



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WTAM.20.00166608-8** em **15/09/2020 11:35:07**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Tamboril
Processo : 0050270-63.2020.8.06.0170
Protocolo : WTAM.20.00166608-8
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 15/09/2020 11:35:07

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>>[Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2749981_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2749981_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-11.pdf
Documentação : 2749981_CONTESTACAO_Anexo_02 - 12-21.pdf
Documentação : 2749981_CONTESTACAO_Anexo_02 - 22-34.pdf
Documentação : 2749981_CONTESTACAO_Anexo_02 - 35-37.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TAMBORIL/CE

Processo: 00502706320208060170

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DAYANE TORRES PERES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/03/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária   orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrar  em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218,   4  do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-f , pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as d vidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO -  NUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5    5  da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...]   4  - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **19/12/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TAMBORIL, 15 de setembro de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DAYANE TORRES PERES**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **TAMBORIL**, nos autos do Processo nº 00502706320208060170.

Rio de Janeiro, 15 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

NR:

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Hora: 18:02 DATA: 19/12/18

1. IDENTIFICAÇÃO:
 NOME: Mayone Torres pereira IDADE: 27
 Nº DO DOCUMENTO: 3128887-1 ÓRGÃO EMISSOR: SSP CE DATA DE EMISSÃO: 03/10/2018
 FLS.: 1 LIVRO: 1 DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO: 1
 NATURALIDADE: CEARA PROFISSÃO: NO PAR DATA DO NASC.: 19/12/1991
 EST. CIVIL: casado SEXO: F TELEFONE: 981160218 ESCOLARIDADE: 15
 RELIGIÃO: católica RAÇA/COR: branca
 ENDEREÇO: rua...
 FILIAÇÃO: Mayone Torres pereira
Mayone Torres pereira

2. QUEIXA PRINCIPAL: problema de visão de acuidade c/ - retina debr.
 3. HISTÓRIA ATUAL: apresenta em exames em olhos e...
 4. DIAGNÓSTICO: glaucoma
 5. CONDIÇÃO: paciente em tratamento com...
 6. EXAMES SOLICITADOS: 15

7. RA: 12-01-80 mmHg

8. TEMPA:

9. PISO:

SPC: 90% FC: 96%



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190/426374 3 - CPF da vítima: 052.006.853-37 4 - Nome completo da vítima: DAYANE FERNANDES PERES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: DAYANE FERNANDES PERES 6 - CPF: 052.006.853-37
7 - Profissão: CONTÁBIL 8 - Endereço: AVA CIDO DAVID 9 - Número: 514 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CEILAND 12 - Cidade: JAMBOLIL 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63.150-000
15 - E-mail: EDC12305000716450405MAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 144199912-3808

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1409 5 CONTA: 35.661 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (virescente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JAMBOLIL - CE, 01 DE AGOSTO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Dayane Fernandes Peres

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201921000790 12/02/2019 15:30 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Médico Responsável
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Procedimento Solicitado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
223V1 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 8

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
DAYANE TORRES PERES FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
19/12/1991 27 Anos NÃO INFORMADO 2449752 291002570000702

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
Procedimento Realizado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
Data Hora Motivo
16/02/2019 01:22 ALTA MELHORADO



==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente DAYANE TORRES PERES, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 16 de fevereiro de 2019

Responsável/ Representante Legal Nome Legível Assinatura

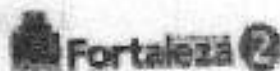
Enfermeira(o) Responsável pela Liberação Nome Legível Assinatura

Usuário responsável: anapaula.silva

Data: 16/02/2019 Hora: 01:23:13



INSTITUTO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Av. Nelson de Barros, 150 - 2º andar - Maracanã - RJ - 20040-020



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DA JOSÉ FORTA** 2 - CNES: **2.812.911.419**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **DAYANE TORRES PERES** 6 - FRONTOUÁRIO: **5992559**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **70580137610039** 8 - DATA NASCIMENTO: **15/02/1991** 9 - SEXO: **M / F** 10 - RACIA/POR: **10.1 - BRANCA**
11 - NOME DA MÃE/PAI: **ELIETE TORRES PERES** 12 - TELEFONE:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I.** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **SUCESSELO S/N SUCESSO**
16 - MUNICÍPIO: **TAMBORIL** 17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX. PLATÔ TIBIAL** 24 - CID 10: **S82.1** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE PLATÔ TIBIAL** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050501**

29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNES () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **12/02/2019** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRÁFICO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO SEGURO: 41 - SÉRIE:
42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBO:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () INAPREVIDENCIADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - CDD. ORGÃO EMISSOR: 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via: SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



HOSPITAL FERNANDES TAVORA

Endereço: Rua do Comércio, 51 - Centro
Cidade: São Paulo - SP
CEP: 01010-000 - Fone: (11) 3228-2000
www.hospitalfernandes-tavora.com.br E-mail: hospitalfernandes-tavora@ig.com.br

PRÉ-REQUISIÇÃO - ANESTESIA

COD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT	COD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
101-1	ADONALINA	AMP		101-3	Solução Fina 200ML	Tubo	
101-2	SOLUÇÃO DESTILADA 1000ML	UNO		101-4	Solução de Meprob 200ML	Tubo	
101-5	ASPIRINA	AMP		101-5	Solução de Fentanyl 500ML	Tubo	
101-7	ATROPINA	AMP		101-6	Solução de Propofol 200ML	Tubo	
101-8	BARBITURATO 10	FRAMP		101-7	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-9	CLOROFATO DE SÓDIO	AMP		101-8	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-10	OL. POTASSIO - 10%	AMP		101-9	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-11	CHAZERIL 40MG	AMP		101-10	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-12	CHAZERIL 40MG	AMP		101-11	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-13	CHAZERIL 40MG	AMP		101-12	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-14	CHAZERIL 40MG	AMP		101-13	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-15	CHAZERIL 40MG	AMP		101-14	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-16	CHAZERIL 40MG	AMP		101-15	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-17	CHAZERIL 40MG	AMP		101-16	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-18	CHAZERIL 40MG	AMP		101-17	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-19	CHAZERIL 40MG	AMP		101-18	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-20	CHAZERIL 40MG	AMP		101-19	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-21	CHAZERIL 40MG	AMP		101-20	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-22	CHAZERIL 40MG	AMP		101-21	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-23	CHAZERIL 40MG	AMP		101-22	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-24	CHAZERIL 40MG	AMP		101-23	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-25	CHAZERIL 40MG	AMP		101-24	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-26	CHAZERIL 40MG	AMP		101-25	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-27	CHAZERIL 40MG	AMP		101-26	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-28	CHAZERIL 40MG	AMP		101-27	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-29	CHAZERIL 40MG	AMP		101-28	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-30	CHAZERIL 40MG	AMP		101-29	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-31	CHAZERIL 40MG	AMP		101-30	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-32	CHAZERIL 40MG	AMP		101-31	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-33	CHAZERIL 40MG	AMP		101-32	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-34	CHAZERIL 40MG	AMP		101-33	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-35	CHAZERIL 40MG	AMP		101-34	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-36	CHAZERIL 40MG	AMP		101-35	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-37	CHAZERIL 40MG	AMP		101-36	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-38	CHAZERIL 40MG	AMP		101-37	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-39	CHAZERIL 40MG	AMP		101-38	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-40	CHAZERIL 40MG	AMP		101-39	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-41	CHAZERIL 40MG	AMP		101-40	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-42	CHAZERIL 40MG	AMP		101-41	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-43	CHAZERIL 40MG	AMP		101-42	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-44	CHAZERIL 40MG	AMP		101-43	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-45	CHAZERIL 40MG	AMP		101-44	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-46	CHAZERIL 40MG	AMP		101-45	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-47	CHAZERIL 40MG	AMP		101-46	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-48	CHAZERIL 40MG	AMP		101-47	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-49	CHAZERIL 40MG	AMP		101-48	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-50	CHAZERIL 40MG	AMP		101-49	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-51	CHAZERIL 40MG	AMP		101-50	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-52	CHAZERIL 40MG	AMP		101-51	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-53	CHAZERIL 40MG	AMP		101-52	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-54	CHAZERIL 40MG	AMP		101-53	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-55	CHAZERIL 40MG	AMP		101-54	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-56	CHAZERIL 40MG	AMP		101-55	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-57	CHAZERIL 40MG	AMP		101-56	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-58	CHAZERIL 40MG	AMP		101-57	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-59	CHAZERIL 40MG	AMP		101-58	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-60	CHAZERIL 40MG	AMP		101-59	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-61	CHAZERIL 40MG	AMP		101-60	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-62	CHAZERIL 40MG	AMP		101-61	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-63	CHAZERIL 40MG	AMP		101-62	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-64	CHAZERIL 40MG	AMP		101-63	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-65	CHAZERIL 40MG	AMP		101-64	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-66	CHAZERIL 40MG	AMP		101-65	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-67	CHAZERIL 40MG	AMP		101-66	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-68	CHAZERIL 40MG	AMP		101-67	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-69	CHAZERIL 40MG	AMP		101-68	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-70	CHAZERIL 40MG	AMP		101-69	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-71	CHAZERIL 40MG	AMP		101-70	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-72	CHAZERIL 40MG	AMP		101-71	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-73	CHAZERIL 40MG	AMP		101-72	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-74	CHAZERIL 40MG	AMP		101-73	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-75	CHAZERIL 40MG	AMP		101-74	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-76	CHAZERIL 40MG	AMP		101-75	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-77	CHAZERIL 40MG	AMP		101-76	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-78	CHAZERIL 40MG	AMP		101-77	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-79	CHAZERIL 40MG	AMP		101-78	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-80	CHAZERIL 40MG	AMP		101-79	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-81	CHAZERIL 40MG	AMP		101-80	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-82	CHAZERIL 40MG	AMP		101-81	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-83	CHAZERIL 40MG	AMP		101-82	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-84	CHAZERIL 40MG	AMP		101-83	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-85	CHAZERIL 40MG	AMP		101-84	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-86	CHAZERIL 40MG	AMP		101-85	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-87	CHAZERIL 40MG	AMP		101-86	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-88	CHAZERIL 40MG	AMP		101-87	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-89	CHAZERIL 40MG	AMP		101-88	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-90	CHAZERIL 40MG	AMP		101-89	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-91	CHAZERIL 40MG	AMP		101-90	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-92	CHAZERIL 40MG	AMP		101-91	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-93	CHAZERIL 40MG	AMP		101-92	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-94	CHAZERIL 40MG	AMP		101-93	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-95	CHAZERIL 40MG	AMP		101-94	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-96	CHAZERIL 40MG	AMP		101-95	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-97	CHAZERIL 40MG	AMP		101-96	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-98	CHAZERIL 40MG	AMP		101-97	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-99	CHAZERIL 40MG	AMP		101-98	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	
101-100	CHAZERIL 40MG	AMP		101-99	Solução de Fentanyl 200ML	Tubo	

COMPREV SEGUNDO
E PREVIDENCIA SA
REC 12 JUL 2019
Nome:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Doença

- Polipose do cólon

com "cáncer"

na parede do cólon

realizada a polipectomia com remoção de

polípos - alguns com características

de adenocarcinoma no cólon

da esquerda

- Realizada a prostatectomia

radical



Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

HOSPITAL
FERNANDES TAVORA

Eventos Cibernéticos de Portugal S/C Ltda.
c/o: Transmundo, Lda. 5-225 - Avenida Maria - Portugal 125
CNPJ nº 11.10.002 - Fone/Fax: (06) 3113.3532

Chen²⁰

FICHA DE ANESTESIA

[illegible]

REC 72 JUL 2019

Notes:

ESPELHO DA AIN

APRESENTAÇÃO: 03/2019

DATA: 11/03/2019

O.E: M239440001

URG./EMERG: 00 ESPERA: PRIVADA

Num AIN: 231910184245-3 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2019 Data de Emissão: 12/02/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0223 Leito: 0001
Doc autorizador: 708505320547275 Doc med resp: 107185222700000 Doc diretor clín.: 210150950320000 Doc médico solici: 107185222700000
CNS: 3909000 - INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL Prontuário: 2449752 Laudo: 0001
Paciente: DAYANE TORRES PERES Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 312658871
Data Nasc.: 10/12/1991 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 10 - BRASIL Nome da Mãe: ELIETE TORRES PERES
Responsável pac.: DAYANE TORRES PERES Raça/Cor: PARDAS
Endereço: FRANCISCO RODRIGUES DIAS, 600 - SUCESSO UF: CE CEP: 63750-000 Telefone: (88) 9983.19360
Município: 231320 - TAMBORIL Mod. Proc.: 71 N02
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Diag. principal: 5821-FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE
Diag. complementar: Causa Óbito:
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 12/02/2019 Data saída: 16/02/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01:

==== CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA) =====

CNPJ do Empregador:

CNAER:

CBO:

Vínculo com a previdência: -

==== PROCEDIMENTOS REALIZADOS =====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtda Capt	Descrição
1 04.08.05.015-2	107185222700000	1 225270	107185222700000	3909000	1 022019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
2 04.08.05.015-2	210157919150018	6 225151	210157919150018	3909000	1 022019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
3 04.08.05.055-1	107185222700000	1 225270	107185222700000	3909000	1 022019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANO
4 04.08.05.055-1	210157919150018	6 225151	210157919150018	3909000	1 022019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANO
5 07.02.03.007-0	000000000000158	0	000000000000158	3909000	1 022019 PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
6 08.02.01.001-0		0	3909000	3909000	4 022019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERM)
7 04.01.01.001-5	107185222700000	0 225270	107185222700000	3909000	3 022019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.04.06.016-0	3909000	0	3909000	3909000	1 022019 RADIOGRAFIA DE PERNA

==== VALORES DA PRÉVIA =====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +	+ Serviço Profissional +	+ Direto +	+ Direto +	+ Rateado +	+ Total +
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	97,20	0,00	0,00	0,00	0,00	97,20
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	687,75	0,00	0,00	0,00	288,28	976,03
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	288,71	0,00	0,00	0,00	0,00	288,71
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00
Total Geral:	1.105,66	0,00	0,00	0,00	288,28	1.393,94

==== DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES =====

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
-------------------	-----------------	------	-------	-----------------	-----------------

5 27767 09.009.950/0001-50

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção 1, p. 12966, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

S821 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL,
NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESE • EXAME FÍSICO • RX

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

Só

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências de solicitação você pode:

Acessar ocorrências





**HOSPITAL
FERNANDES TAVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/A
CNPJ 07.758.940/0001-05 - CUF 08.870
Av. Francisco de Sá, 3345 - Bairro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 61.310-000 - Fone/Fax: (85) 333-2551

www.hospitalfernandes-tavora.com.br E-mail: hospitalfernandes-tavora@ig.com.br

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 12/07/2009

Nome do paciente: JOSE CARLOS

Nº Prontuário: 123456

Categoria: Adulto

Clinica: Ortopedia

Leito: 10

Cirurgião: Dr. Roberto

Anestesiologista: Dr. Carlos

Tipo de Anestesia: Alto

1 Auxiliar: Dr. João

2 Auxiliar: Dr. Maria

3 Auxiliar: Dr. Paulo

Instrumentadores: Dr. Roberto

Cirulante: Dr. Roberto

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de fêmur

Tipo de Operação: Código: 34143J1112

Diagnóstico Pós-Operatório: Fratura de fêmur

Relatório imediato do Patologista: Fratura de fêmur

Exame Radiológico no ato: Sim

Acidente e Incidentes: Não

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia

Término da Cirurgia

Duração da Cirurgia

Início do Oxigênio

Término do Oxigênio

Duração do Oxigênio

Duração da Anestesia (Total de Minutos)

Minutos e Acrescidos

Anestesia Ocorrências Principais

Classificação da Cirurgia

LIMPA

POSSIBILIZADA

CONTAMINADA

INFECTADA

Assinatura do Enfermeiro(a): [Assinatura]

Assinatura Anestesiologista: [Assinatura]





OLAVO - BRUNO - UNIDADE DE REGULAÇÃO DO INSTITUTO DE JOSE PROTÁ GERAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrências
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Asseso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

305001177610050 - DAYANE TORRES PERES



DIETE TORRES PERES

5502650

19/12/1991 - 27 anos

FEMININO

A MESMA

NOME DA MÃE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

SEXO

NOME DO RESPONSÁVEL

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

BAIRRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Plantonista

SUCESSO

SUCESSO

CEARA

TAMBORÉ



MÉDICO

47211512134 - GUSTAVO TAVARES COLLARES DA PENHA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32580000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO R/ HGBH DE APCO - INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600-02724

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

33044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

12/07/2019 - 11:30

PROFISSIONAL

47211512134 - GUSTAVO TAVARES COLLARES DA PENHA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

040805051 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTAR TIBIAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URGÊNCIA AIN EMIITA APÓS INTERNAÇÃO

ORAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.984/0001-15 CNES: 252084-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

---[ADMISSÃO]---

Número 201021000790 Data 12/02/2019 Hora 15:30 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento SISREG AEM
URGÊNCIA
Origem do Paciente Clínica/Especialidade
IJE CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante Médico Responsável
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI
Procedimento Solicitado Dias
0400030551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLACALTO TIBIAL 3

---[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]---

Nome Sexo
DAYANE TORRES PERES FEMININO
Nascimento Idade Raza/Cor Estado Civil Religião
19/12/1991 27 Anos PARDA SOLTEIRO(A) NÃO INFORMADO
Mãe Pai
ELIETE TORRES PERES JUAREZ FARIAS PERES
Conjuge Responsável Prontuário
MARIA DAS GRACAS LOPES JORGE 2440752
CNS Registro Documento Informado
706901177010030 20102570000702 RD: 312858871 Emissão: 03/10/2014
País Município de Naturalidade CEP
BRASIL NOVA RUSSAS/CE 63750-000
Município de Residência Logradouro
TAMBORIL/CE DISTRITO FRANCISCO RODRIGUES DIA
Número Complemento Bairro
600 SUCESSO
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência
(88)9014.49044 (88)9963.10369
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
OUTRA / DO LAR

---[CONTATO/ACOMODAÇÃO]---

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito
MARIA DAS GRACAS LOPES JORGE 223/1
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: dalane.mariane Data: 12/02/2019 Hora: 15:36:51 Tempo: 50:05:58
---[TERMO DE RESPONSABILIDADE]---

MARIA DAS GRACAS LOPES JORGE, abaixo assinado, responsável pelo paciente DAYANE TORRES PERES, através do presente Termo de Responsabilidade, autorizo aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Comprometo-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 12 de fevereiro de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Maria das Gracas Lopes Jorge



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL
Crescimento com felicidade

Nº: _____

Hora: 18:02 DATA: 19/12/18

Nº SUS: _____

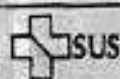
1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Wayane Torres pereira IDADE: 27
Nº DO DOCUMENTO: 31285887-1 ÓRGÃO EMISSOR: SSP CE DATA DE EMISSÃO: 03/10/2018
CIVIL: _____ FLS: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: _____ CARTÓRIO: _____
NATURALIDADE: Ceará PROFISSÃO: NO PAR DATA DO NASC.: 19/12/1991
EST. CIVIL: União Estável SEXO: F TELEFONE: 9.81160318 ESCOLARIDADE: _____
RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____
ENDEREÇO: Juazeiro
FILIAÇÃO: Mariz Farias pereira
Wayane Torres pereira

2. QUEIXA PRINCIPAL: Problema de visão de saúde c/ restrição
3. HISTÓRIA ATUAL: apresenta embaçamento na visão há uns meses
4. DIAGNÓSTICO: Eq. LGBA DEBILIDADE DE CONSCIENTIZAÇÃO
5. CONDUTA: avaliar - fazer Rx. Glaucoma: 15
6. EXAMES SOLICITADOS: _____
7. PA: 120x80 mmHg
8. TEMP: _____
9. PISO: _____

SP02: 99% PC: 96%





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES
3021114

4 - CNES
3021114

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DAYANE TOUGI PEREIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
70630031147761100310

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/12/91

9 - SEXO
F

6 - Nº DO PRECATÓRIO

11 - NOME DA MÃE
Elaine Tereza Pereira

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - RAÇA/COR

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Sucupira

Tamboril

17 - CDD. BOM MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOENÇA crônica de evolução de todo o corpo com fraturas de fêmur tibial esquerdo (fechadas)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Excesso de complicações

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Diagnóstico + exame físico + radiológico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura fechada de fêmur tibial esquerdo

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 TERCIÁRIO

582.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
OSTEOTOMIA DE SOBRAL

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050591

29 - CLÍNICA

30 - NOME DO RESPONSÁVEL DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/12/14

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - SÉRIE

42 - CNES

43 - CNES

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNES () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Renata Ramos da Silva

Enfermeira - Doravim - Sobral - Ce

11/12/2014

GRUPO 10442

CPF: 049.282.800-3305 - (RR) 2611.3723

CDD. BOM MUNICÍPIO

Assinatura do Consultante - Nº Registro
() Utilizar também como resumo de alta

Função

Data

13/01/2019

UNISUS WEB

un@sus
web

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: Bruno Evangelista - UNIDADE: SECRETARIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Operação:
Agendar Procedimento
Ambulatorial

OPERAÇÃO FINALIZADA COM SUCESSO

Siga os passos abaixo:
Identificação do paciente
Solicitação de procedimentos
Seleção da especialidade
Solicitação do Agendamento
Operação finalizada com sucesso
Detalhes demanda reprimida
Resumo exclusão de demanda
reprimida
Dados para regulação
Resumo dados de regulação
Lista de Pacientes

Para realizar uma nova operação clique em Voltar.

Lista de agendamento enviado para regulação

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 240004375924

CENTRAL DE REGULAÇÃO: MACRO - SOBRAL

Voltar

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

Caso deseje visualizar fila de demanda reprimida você pode:
Visualizar Fila de Demanda Reprimida





ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Secretaria Municipal de Saúde

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar 2 vias ao usuário, orientando-o
para retornar com a 1ª via à unidade de
origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HRT
Distrito Sanitário: ASA CRIS
Nome: Danyane Torres Pires
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 1 / 1 / 1 Ocupação:
Endereço: Luceno
Motivo do Encaminhamento: Pete vítima de acidente de
trânsito, evolui com fratura de platô tibial
esquerdo (fechada).
Resultado de Exames:

Consulta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada de platô tibial G

Dr. Nelson Gomes C. de Paula
Médico
Assinatura do Consultante Nº de Registro 45504

Médico
Função

07/01/19
Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial: ☐ Hospitalar: ☐ Auxílio Diagnóstico: ☐
Procedimento: Osteossíntese de fixação profissional: Traumatologista
Unidade de Referência:

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: Data / / Hora:
Município:
Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exame:

Diagnóstico: Principal
Secundário 1
Secundário 2

Proposta de Conduta para Segmento

O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro
(*) Utilizar também como resumo de ata

Função

Data



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Secretaria Municipal de Saúde

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar 2 vias ao usuário, orientando-o
para retornar com a 1ª via à unidade de
origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HRT
Distrito Sanitário: ASA CRAS
Nome: Daudine Torres Peres
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 1/1/ Ocupação:
Endereço: Luciano
Motivo do Encaminhamento: Pós vítima de acidente de
trânsito, evolui com fratura de platô tibial
esquedo (fechada).
Resultado de Exames:

Consulta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada de platô tibial E

Assinatura do Consultante N° de Registro
Dr. Karen Gomes C. de Farias
Médico

Médico
Função

07/01/19
Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: Osteossíntese de fêmur Profissional: Traumatologista
Unidade de Referência:

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: Data 1/1/ Hora:
Município:
Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exame:

Diagnóstico: Principal
Secundário 1
Secundário 2

Proposta de Conduta para Segmento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro
(*) Utilizar também como resumo de este

Função

Data

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO ESQUERDO
NOME: DAYANE TORRES PERES
DATA DO LAUDO: 20-12-2018
MÉDICO SOLICITANTE:

IDADE: anos

LAUDO

Realizados cortes volumétricos em tomógrafo multislice de 16 canais, sem a administração endovenosa do produto de contraste iodado.

Fratura irregular por esmagamento do platô tibial lateral com irregularidades dos seus contornos.

Hemartrose moderada.

Coxins gordurosos com densidades homogêneas.

Grupos musculares focalizados sem anormalidades apreciáveis.

CONCLUSÃO:

1. Fratura irregular por esmagamento do platô tibial lateral com irregularidades dos seus contornos.
2. Hemartrose moderada.

ED WILSON CUSTÓDIO FRANCELINO
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 59325





HOSPITAL DISTITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que a paciente DAYANE TORRES PERES foi tratada cirurgicamente de fratura da fíbula esquerda e necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 12.02.19.
CID: S821.

FORTALEZA, 13 de February de 2019

CARLOS MACEDO
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
Trauma



HOSPITAL DISTITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que a paciente DAYANE TORRES PERES foi tratada cirurgicamente de fratura da fíbula esquerda e necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 12.02.19.
CID: S821.

FORTALEZA, 13 de February de 2019

CARLOS MACEDO
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
Trauma



EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO ESQUERDO
NOME: DAYANE TORRES PERES IDADE: anos
DATA DO LAUDO: 20-12-2018
MÉDICO SOLICITANTE:

LAUDO

Realizados cortes volumétricos em tomógrafo multislice de 16 canais, sem a administração endovenosa do produto de contraste iodado.

Fratura irregular por esmagamento do platô tibial lateral com irregularidades dos seus contornos.

Hemartrose moderada.

Coxins gordurosos com densidades homogêneas.

Grupos musculares focalizados sem anormalidades apreciáveis.

CONCLUSÃO:

1. Fratura irregular por esmagamento do platô tibial lateral com irregularidades dos seus contornos.
2. Hemartrose moderada.

ED WILSON CUSTODIO MANCINI
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 9125



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atestado, para os devidos fins, que a paciente DAYANE TORRES PERES foi tratada clinicamente de fratura da tíbia esquerda e necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 12.02.19.

CID: S821.

FORTALEZA/CE, 13 de February de 2019

CARLOS MACEDO
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CRM/CE 5342



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atestado, para os devidos fins, que a paciente DAYANE TORRES PERES foi tratada clinicamente de fratura da tíbia esquerda e necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 12.02.19.

CID: S821.

FORTALEZA/CE, 13 de February de 2019

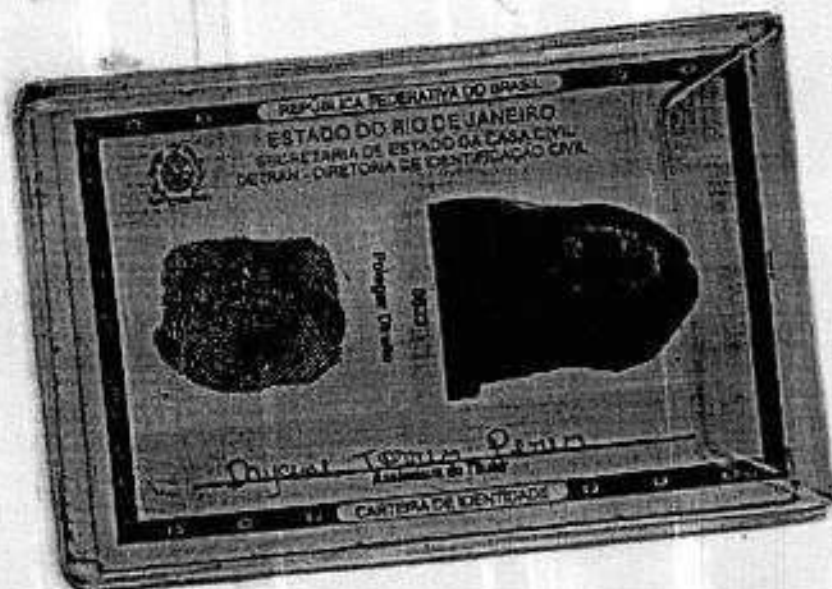
CARLOS MACEDO
CRM/CE 5342

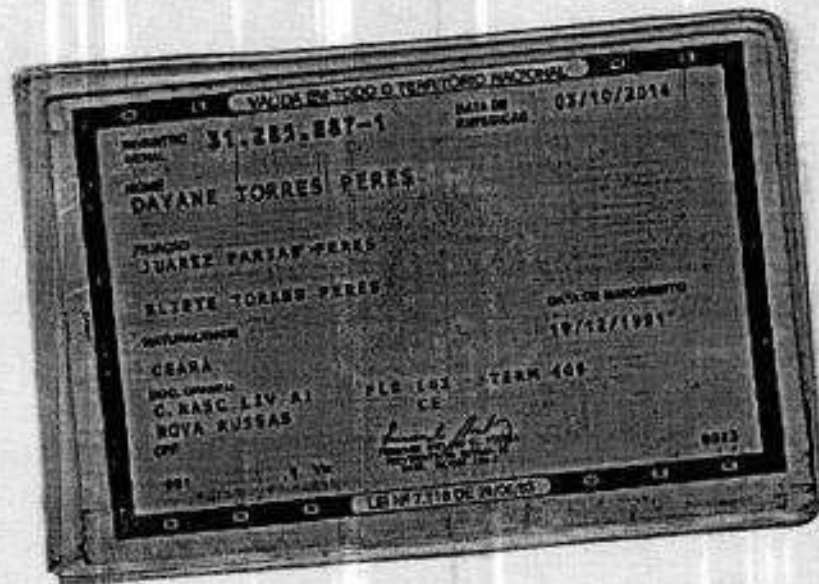
Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CRM/CE 5342



COMPREV SEGUROS
PREVIDENCIA S.A.
REC 12 JUL 2019
Nombre: _____

COMPREV SEGUROS
PREVIDENCIA S.A.
29 MAR 2019





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236861/19

Vítima: DAYANE TORRES PERES

CPF: 057.006.853-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2018

Titular do CPF: DAYANE TORRES PERES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DAYANE TORRES PERES : 057.006.853-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019
Nome: DAYANE TORRES PERES
CPF: 057.006.853-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

DAYANE TORRES PERES

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

Luciana Alves Araujo (COMPANHIA (Matriz) DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL) concluiu a regulação do sinistro.

Parecer: Favorável

Parecer da Regulação:
Prezado(s) Senhor(es),

01/04/2019 12:28 Concluir regulação

Encaminhamos a V.S.a., o processo abaixo para apreciação, pois a documentação encontra-se completa, Deverá ser averiguado a sequele definitiva da invalidez, pois tudo indica que a vítima não possui sequele alguma.

O usuário Luciana Alves Araujo (COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL) editou os dados da pessoa DAYANE TORRES PERES.

01/04/2019 12:28 Edição de pessoa

Luciana Alves Araujo preencheu campos chave do sinistro.

01/04/2019 12:22 Preencher campos chave

GIAN CARLOS DE LUCENA SILVA (COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL) encaminhou a regulação do sinistro para Luciana Alves Araujo

01/04/2019 08:14 Distribuir

O usuário Serviço Tasker informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.

29/03/2019 12:42 Carga realizada

O usuário Usuário DigProprio (Digitalização Própria) informou que recebeu os documentos da remessa 791464472.

29/03/2019 11:49 Emissão de protocolo

Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por:

Usuário: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE (0081)

ASL-0108363/19

29/03/2019 11:01 Aviso Seguradora Líder

Dados da vítima

Vítima: DAYANE TORRES PERES

CPF: 05700685337

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAYANE TORRES PERES

Data de nascimento: 19/12/1991

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190426374 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAYANE TORRES PERES **Data do acidente:** 19/12/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190426374 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAYANE TORRES PERES **Data do acidente:** 19/12/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236861/19

Número do Sinistro: 3190426374

Vítima: DAYANE TORRES PERES

CPF: 057.006.853-37

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 19/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAYANE TORRES PERES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: DAYANE TORRES PERES
CPF: 057.006.853-37

DAYANE TORRES PERES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAYANE TORRES PERES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01409-5

CONTA: 000010035661-3

Nr. da Autenticação BA3B5149CCDA621

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190426374

Vítima: DAYANE TORRES PERES

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAYANE TORRES PERES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190426374

Vítima: DAYANE TORRES PERES

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAYANE TORRES PERES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **DAYANE TORRES PERES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **1**

Agência: **000001409-5**

Conta: **000010035661-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190426374

Vítima: DAYANE TORRES PERES

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAYANE TORRES PERES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Impresso nº 2019200565

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 656 - 205 / 2019



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/03/2019 10:39:35**
Data / Hora da Ocorrência: **19/12/2018 19:02:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA VICENTE FERREIRA**
Complemento:
Bairro: **AREIAS**
Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência: **PROX A LINHA DO TREM**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DAYANE TORRES PERES**

Nascimento: **19/12/1991** CPF: **057.006.853-27**

RG: **20072315371**

Orgão Emissor: **SSPD** **PREV SEGUROS**

Filiação: **ELIETE TORRES PERES**

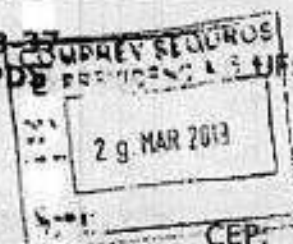
JUAREZ FARIAS PERES

Endereço: **RUA CIRO OTAVIO**

Bairro: **CENTRO**

Município: **TAMBORIL/CE**

País: **BRASIL**



Telefone: **(88) 98152-5203**

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

O declarante compareceu a esta delegacia e informou que estava fazendo caminhada na lateral da avenida Vicente Ferreira, próximo a linha do trem, quando uma motocicleta, não identificada, lhe atropelou; QUE ficou desorientada após a pancada e que fraturou o osso do joelho da perna esquerda; QUE afirma que não conhece o condutor da motocicleta e que o mesmo não prestou socorro; QUE foi socorrido por sua sogra de nome Maria das Graças, que chamou a ambulância do PSF do distrito de Sucesso, município de Tamboril-CE; Afirma que foi levada ao Hospital de Tamboril, a qual foi transferida para o Hospital São Lucas em Crateús; QUE está sendo auxiliado com a documentação do DPVAT pelo Caril Seguros.

TESTEMUNHA MARIA DAS GRAÇAS LOPES JORGE (CPF: 986.540.803-10)- Moradora da rua Francisco Rodrigues Dias, Centro do distrito de Sucesso, Tamboril-CE. Afirma que é sogra da vítima e que estava fazendo caminhada com a mesma no endereço supracitado; QUE não viu o momento em que a motocicleta, não identificada, atropelou sua nora; QUE estava mais atrás e só escutou o barulho da pancada; QUE afirma que a motocicleta não parou para prestar socorro; QUE chamou a ambulância do PSF de Sucesso para levar a vítima ao Hospital.

TESTEMUNHA JOAO DE DEUS LOPES JORGE (CPF: 038.337.743-98)- Morador

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Concluído em: 27/03/2019 11:14:52

Pág. 1 de 2

Impresso em: 27/03/2019 11:14:52



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL



Impresso nº 2019200565

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 205 / 2019

da rua Francisco Rodrigues Dias, Centro do distrito de Sucesso, Tamboril-CE. Afirma que é amigo da vítima e que não presenciou o momento do acidente; QUE logo após para prestar socorro; QUE viu sua esposa caída no chão com o joelho bastante ralado, porém não sabia que tinha existido fratura.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Dayane Torres Pires

VISTO DO DELEGADO(A): Thiago Rezende Tatagiba
THIAGO REZENDE TATAGIBA - MAT.: 30123832

x maria dos Graças Lopes Jorge



x José dos Reis Lopes Jorge





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

057.006.853-37

DAYANE TORRES PERES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

DAYANE TORRES PERES

CPF: 057.006.853-37

Profissão:

ADVOGADA

Endereço:

RUA CINDO OTAVIO

Bairro:

CE-AND

Cidade:

TAMBORIL

Estado:

CEARA

Número:

00582

Complemento:

CASA

CEP:

63.750-000

TEL (DDD):

144199912-3846

E-mail:

004152-0001230@GMAIL.COM

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4020

CONTA:

00017581

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Vítima deixou companheiro(a). Informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/só(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha pais, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não

Se tinha pais, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: TAMBORIL-CE, 27 MARÇO 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

29 MAR 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.