



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	José Nilson Cossio Uchoa		
NACIONALIDADE	brasileiro	TELEFONE	(85) 99700-9108
RG	97002333930	ESTADO CIVIL	
CPF	002.556.683-09	PROFISSÃO	
ENDEREÇO	Rua Parangaba, nº 1248		
BAIRRO	Parque Santa Rosa	CEP	60.734-155
MUNICIPIO / UF	Fortaleza / CE		

OUTORGADA: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 19 de Agosto de 2020

José Nilson Cossio Uchoa
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, José Nilson Assis Uchoa, brasileiro(a),
casado, autônomo, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 97002333930, e inscrito (a) no CPF sob o nº
002.556.683-09, residente e domiciliado (a) na Rua
Paranaíba, nº 1248, no bairro
Parque Santa Rosa, na cidade Fortaleza, CEP 60.734-155,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
 com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 19 de Agosto de 2020

José Nilson Assis Uchoa
 Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, José Nilson Assis Uchoa, brasileiro(a), casado, autônomo, portador(a) da cédula de Identidade Nº 97002333930 e CPF Nº 002.556.683-09, DECLARO que resido no seguinte endereço: Rua Paranaíba, nº 1248, no bairro Pq. Santa Rosa, na cidade de Fortaleza, CEP 60.734-155, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 19, de Agosto, de 2020

José Nilson Assis Uchoa
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, José Nilson Assis Ucheca, portador (a) do RG nº 97002333930, e CPF 002.556.683-09, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 18/10/2019, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 19 de Agosto de 2020

José Nilson Assis Ucheca
Declarante

CPF: _____
TESTEMUNHA

CPF: _____
TESTEMUNHA

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Nascimento
16/11/1980

Nome
JOSE NILSON ASSIS UCHOA

Numero
002.556.683-09

Nome





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL
 Impresso nº 2019867062



BOLETIM DE Ocorrência Nº 120 - 1561 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/11/2019 10:23:38**
 Data / Hora da Ocorrência: **18/10/2019 06:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **CÔNEGO DE CASTRO CASAS FREITAS, ALTO ALEGRE - MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência: **SALDÃO DA RABELO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE NILSON ASSIS UCHOA**
 Nascimento: **16/11/1980** CPF: **002.556.683-09**
 RG: **97002333930** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
 Filiação: **DEUSDETE JUSTA ASSIS ANTONIO ARAUJO UCHOA**
 Endereço: **RUA PARANAGUA, 1248**
 Bairro: **PARQUE SANTA ROSA**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** CEP: _____
 Telefone: **(85) 99700-9108**

Histórico

A vítima afirma que estava se deslocando de casa para o trabalho, na motocicleta Modelo: HONDA/CG 160 START, Placa: PMZ1853, Número Chassi: 9C2KC2500KR044828, RENAVAL: 1191543908 e de Cor: VERMELHA, Proprietário: JOÃO GENIVAN UCHOA DE ASSIS, com CPF: 37842552304, quando chegando próximo ao local supracitado alguns cachorros passaram atravessando a via, que conseguiu desviar de alguns, mas acabou colidindo em outro o que acarretou em sua queda; que ficou ao solo e foi socorrido; que ligaram para o seu irmão e o irmão, o proprietário da motocicleta; que por estar com muita dor acabou sendo levado ao hospital pelo seu irmão; que foi levado ao Frotinha da Parangaba e ficou internado do dia 18/10/2019 até 22/10/2019; que está aguardando a realização de cirurgia; Fratura na escápula esquerda e algumas escoriações. E nada mais disse.

ESTE B.O. ESTÁ SENDO REALIZADO PARA FINS DE DPVAT.

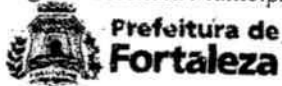
O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação ficando este cientificado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
DAYANA FELÍCIA RODRIGUES DOS SANTOS - MAT.: 30118790

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:
FELIPE ALVES SILVA MOREIRA - MAT.: 30120256

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOTE DA SILVA DE OLIVEIRA PARANGABA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
JOSE NILSON ASSIS, UCHOA

CADUS
707403094169471

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 00255668309; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 0233108

NOME RESPONSÁVEL
NI

MUNICÍPIO
FORTALEZA

CEP
60.734-155

UF
CE

NASCIMENTO
16/11/1980(38 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO
392679

Nº DO BE
293788

SEXO
M

RACIA COR
PARDOS

NOME MÃE

DEUSDETE JUSTO ASSIS

ENDEREÇO
RUA PARANGABA 1248 CANINDEZINHO

CONTATO
(85) 88105-912

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

QUEIXA
PACIENTE REFERE TRAUMA COM DOR INTENSA EM OMBRO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM MSE APÓS QUEDA DE MOTO.

CLASSIFICAÇÃO

SINTOMAS
NI

MOTIVO
QUEDA DE MOTO

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PESO
NI

TEMPERATURA
NI

CLASSIFICAÇÃO
AMARELO

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

ALERGIAS
NEGA

SINAIS VITAIS

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
JULIANA RODRIGUES DOS SANTOS

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICÊMIA
NI

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
18/10/2019 07:32:28

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ÁREA DE ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO

- Pt sofreu queda de moto hoje. Cita dor no ombro esq. Nega alergia.
- Dor ex. dor intensa. Não é possível examinar no momento.
- cd: Rx + sintomáticos + reavaliar em 24h.

MEDICO
CREMEC 15346

DIAGNÓSTICO

ADT SOLICITADO:
☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIOS-X

TIPO DE PROCEDIMENTO

CID

☐ OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Papirone Lamp IM
Ibuprofen Lamp IM

DR DANIEL DLSCHAMPS
MEDICO
CREMEC 15346

Paracetamol Lamp + SF 100 S IV

Paracetamol Lamp + SF 100 S IV

DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

ESTIMIO DO CORPO: ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

HORA DO ATENDIMENTO

Assinatura por Juliana Rodrigues dos Santos em 18/10/2019 às 07:32:32
e serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

em tempo. Oestip.
uso Rx. Observe Rx escapula exq
1. Otimize analgesia para novo Rx
e/ou posicionado.

DR DANIEL DLSCHAMPS
MEDICO
CREMEC 15346

Assinatura de Jose Nilson Assis Uchoa
JOSE NILSON ASSIS UCHOA

em tempo
uso Rx: Observe Rx escapula (E)
1. Intente para realizar TC escapula (E)

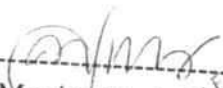
DR DANIEL DLSCHAMPS
MEDICO
CREMEC 15346

CERTIDÃO NARRATIVA

Certifico, em virtude da faculdade que me é conferida por lei, que o Sr. José Nilson Assis Uchoa esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 18/10/2019 a 22/10/2019, sob o prontuário de nº 392679, com o diagnóstico de fratura da escapula esquerdo e recebendo alta medica do profissional responsável.

Atenciosamente

Fortaleza 14 de novembro de 2019


Monica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do NUAC

Avenida Osório de Paiva, 1127 Parangaba – Fortaleza – Ceará
CEP 60.720-640 – Fone (85) 31317322

SUS

Unico de
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO PACIENTE

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

Nº 1248

15 - CÓDIGO MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx escapula (E)

40 - OBSERVAÇÕES

It relata acidente de moto. Evolui com dor no ombro (E). Ao Rx observou Fx escapula (E).

37 - CID10 PRINCIPAL

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

5427

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/10/19

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

DR. DANIEL DALCINHO

MEDICO

CREMEC 15340

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

127000332



SUS
Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

PRIMEIRA SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE
PRIMEIRA SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE
AV. Celso de Faria nº 1117 - Parangaba - CEP 44.070-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3139-7422

Fortaleza

CENTRO DE REGISTRO E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE PORTALEZA - CRRP - PORTALEZA
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (IN)

Nº LAUDO:

Nº da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-1

NOME DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

MUNICÍPIO

CONDIÇÃO

UF

CEP

EDADE

DEUSDETE

JUSTO ASSIS

CPF MÉDICO SOLICITANTE

66791464372

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30717078

DATA DA EMISSÃO

18/10/2019

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

- Refere acidente de moto hoje. Alta
dor ombro (E).

- Ao ex: ADM ↓, edema +/4+, NV pre-
nervado.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

(Guamamere) + ex. fôr + Rx; diagnóstico Guamamere

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx escapula E

5427

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

RM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DR. DANIEL DE SOUZA
MÉDICO
CREMESP 15043

DATA

18/10/19

HORA



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1137 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3131-7322

RECEITA

por Nilsa Ami Vol

① flanco 500, _____

Tomar 2x @ 12h
RL

② Dipirona 1g _____

Tomar 2x @ 6h / 12h

Paulo Elivel Prota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 5314 830T: 11263

DATA: 24/10/19

CRM - Médico (a)



Fortaleza

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Faria nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará Telefones: (85) 3131-7522

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) José N. da An. Uelak

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 13/10/19 às _____ hs.

Tendo como causa de socorro: fx. do pé esquerdo

(15)

Necessita de (15) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S42.1

Observações: _____

Fortaleza-Ce, 18 de 10 de 19

Paulo Elyel Frota Porto
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 9314 SBOT: 11263

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 80.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARRATO DE OLIVEIRA
PROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva n° 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza, Ceará Telefones (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Jon Nilza Ann Vello

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 04/11/19 às _____ hs.

Tendo como causa de socorro: fx de bala na perna

(60)

Necessita de seis dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S92.1

Observações: _____

Fortaleza-Ce, 04 de 11 de 19

Paulo Elton Proença
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 8814 SSOT: 11283

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

JOSE WILSON ASSIS JUNIOR

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

18/10/19

Diagnóstico

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

18/10/19 # Ortopedia

- Pt relata acidente de moto hoje. Evolui com dor ombros exp.

- Cx ex: ADM ↓, edema +/4+, BPP; NV preservados.

- Cd: Solicito TC para definição do quadro (Fx escápula).

DR DANIEL DISCHAMP
MÉDICO
CREMER 15373

18/10/19 II Enfermagem

12:30 J. W. A. U. 38 anos, masculino, admitido na enfermaria por acidente de trânsito. Fx. Escápula (E). Alerta, orientado, boa oral, cap em MSO, tolerando bem líquidos. Sufre de dor no ombro direito, com dificuldade para movimentar o membro superior direito. Relata dor para LAD. Não apresenta alterações de consciência e nível de consciência. Sem queixas.

19/10/19

Wilson IC ORT

22/10

Acidente de trânsito

Antonio Eusebio T. Rocha
CRM 4174
TraumatoDr Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4660

11/10/19

Paciente evoluiu sem alterações no membro superior direito.

Dr. ...
CRM 7870

PP. ...

Mário ...
Mx. 15

Prontuário



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Gócio de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3131.7322

RECEITA

João Milton R. Voz

Tpca velpeum @

Paulo Elton Freira Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 9314 SBOT: 11263

DATA: ____/____/____

CRM - Médico (a) _____

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200109392

Vítima: JOSE NILSON ASSIS UCHOA

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE NILSON ASSIS UCHOA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

