

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E 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 **WEB1.20.01457098-0** em **21/09/2020 13:30:28**.
- 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.

Petionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0249266-29.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01457098-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 21/09/2020 13:30:28

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

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

Petição* : 2751965_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2751965_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-25.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553772

Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190553772

Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do 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 tornozelo 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: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004690

Conta: 0000014817-8

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, retorno 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

165.869.213-68 JOSÉ DE DEUS DE SOUZA SANTOS

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

5 - Nome completo:

JOSÉ DE DEUS DE SOUZA SANTOS

6 - CPF:

7 - Profissão:

AUTOMÓVEL

8 - Endereço:

Rue Silveira Filho

11 - Bairro:

Joquei Clube

12 - Cidade:

Fortaleza

15 - E-mail:

9 - Número:

1030

10 - Complemento:

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60520-055

15 - Telefone:

1800 9296-8641

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA: 4690

C/2

CONTA: 000.148.17

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Investprev Seguradora S/A

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

26 SET 2019

Autorizo a Seguradora Lider 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.

NPJ: 42.366.302/0001-28

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

 Sim Não

30 - Vítima deixou nascituro(na natureza)?

 Sim Não

31 - Vítima teve imóveis?

 Sim Não

32 - Se tinha imóveis, informar

 Sim NãoVivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

JOSÉ DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2828 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2019 12:49:19**
Data / Hora da Ocorrência: **09/07/2019 16:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA EDUARDO PERDIGAO**
Complemento:
Bairro: **PARANGABA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO HOSP MENINO JESUS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS**
Nascimento: **09/09/1962** CPF: **165.869.213-68**
RG: **97002651915** Orgão Emissor: **SSPCE**
Filiação: **ALMIRA ALVES DE SOUZA SANTOS**
JOSE SIMPLICIO DOS SANTOS
Endereço: **RUA SILVEIRA FILHO, 1030 CASA 18**
Bairro: **JOQUEI CLUBE**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

Investprev Seguradora S/A
UF: _____
26 SET 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28
CEP: **60.520-055**

Telefone: **(85) 98846-5641**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE GUIAVA UMA BICICLETA PELA RUA EDUARDO PERDIGÃO NA FAIXA DA ESQUERDA E AO TENTAR MUDAR PARA A FAIXA DA DIREITA FOI COLHIDO POR UMA MOTO DE PLACA NAO ANOTADA NA VIA QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SUA FILHA, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS.: Falsa comunicação é crime previsto no art. 340 do CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
165.869.213-68 Jônio de Deus de Souza SANTOS

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

5 - Nome completo:	Jônio de Deus de Souza Santos	6 - CPF:						
7 - Profissão:	AUTOMÓVO	8 - Endereço:	Rua Silveira Filho	9 - Número:	4050	10 - Complemento:		
11 - Bairro:	Joquei Clube	12 - Cidade:	Fortaleza	13 - Estado:	CE	14 - CEP:	60520-055	
15 - E-mail:							16 - Telefone:	(85) 9336-8641

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 4690	CONTA: 000.148.17 8	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(informar o dígito se existir)</small> <small>(informar o dígito se existir)</small> <small>(informar o dígito se existir)</small>
Nome do BANCO: _____		

Autorizo a Seguradora Lider 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.

26 SET 2019

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

GNPJ 42.300.002/0001-28

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

- Não há IML que atende 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 Lider 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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou nascituro (na natureza)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve imóveis?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha imóveis, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		Falecidos:		<input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jônio de Deus de Souza Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, não localizou atendimento em nome do Sr. **João de Deus de Souza Santos**. Porém, consta na central de regulação do SAMU, acionamento para prestar atendimento a uma vítima de trânsito, identificada apenas por **João de Deus** no dia **09/07/2019, às 16h44min**, na **Rua Eduardo Perdigão**, no Bairro Parangaba.

Documento requerido pela Sra. **Kátia Moreira Santos** por meio do Processo nº **P814352/2019**.

Fortaleza, 20 de Agosto de 2019.

Investprev Seguradora S/A
26 SET 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04690

CONTA: 000000014817-8

Nr. da Autenticação 9EB853BAC617907D

ROSA LIA KERETRA SANTOS
BLO SILVEIRA FILHO, 1030, 18, JOKKEI CLUBE
FORTALEZA

00528-058

001	030	0076	0313	0029
	00	00		

001	000	008	000

ÁGUA	A13H478156	2303	5	10	0

13/08/2019	13/09/2019	3884608
13/08/2019	14/10/2019	3797047
	07/2019	

526	528	125	328	528
545	540	545	545	545
542	537	533	529	545

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 18 m³ | META: 14 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada é saúde.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ÁGUA	28,30			
ESGOTO	22,64			
		set/18	14	11
		out/18	15	12
		nov/18	15	12
		dez/18	13	10
		jane/19	13	10
		fev/19	13	10
		mar/19	13	10
		abr/19	11	9
		mai/19	15	9
		jun/19	12	9
		jul/19	13	10
		ago/19	13	10

PIS	0,48	VALOR DO SERVIÇO	73,98
COFINS	2,49	VALOR DO SUBSÍDIO	23,04
		VALOR TOTAL A PAGAR	50,94

09/2019 03/10/2019 50,94

I:358318975193933 L:2825 H:08:59:06 R:032 P:001

Cagece

Cagece

É obrigatório o uso de óculos de proteção e máscara de respiração ao entrar em contato com a Águas e Esgotos da Cagece.
Entidade Reguladora: Fortaleza Águas – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de saneamento Ambiental (DEBR) 2055 1999. Denúncias: ANRE – Agência Reguladora de Serviços Públicos de Região Sul (Floripa) CEP: 48800-275-8888. Ouvidoria: e-mail: 155. Site da ANRE: www.anreco-e-pudr.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 71022015. das 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br, das 8h às 12h e 13h às 17h.

Cagece

358318975193933 - 2825

007002904 09/2019

001	030	0076	0313	0029
	00	00		

FORTALEZA	03/10/2019	50,94
-----------	------------	-------

82620000000 6 50940009600 6 00700290401 4 00071022015 3



CERTIDÃO NARRATIVA

Certifico, em virtude da faculdade que me é conferida por lei, que o Sr. João de Deus de Souza Santos esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 09/07/2019 a 12/07/2019, sob o n° do prontuário 344622, com o diagnóstico de fratura de maleolar medial direito, sendo realizado tratamento cirúrgico, recebendo alta médica do profissional responsável.

Atenciosamente

Fortaleza, 17 de Julho de 2019

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Maria Sá Ferreira
Monica Maria Sá Ferreira
Coordenadora do Núcleo
Laboratório de Análises Clínicas
CPF: 229.001-04
Matr.: 15584

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

12700030971



Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle da Informação
 Fone: (85) 3229-1000 - E-mail: cci@saude.gov.br
 Rua: Presidente Vargas, 1200 - Centro
 CEP: 59010-000 - Fortaleza - CE
 Telefone: (85) 3229-1000

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AT (LM)

Nº LAUDO:

Nº da ATI:

2319102748215

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

JOSÉ DE DEUS DE SOUZA SANTOS
RVA: SILVEIRA FILHO N° 17044

ENDERECO DO PACIENTE

Bairro

JOQUEI CLUBE

MUNICÍPIO

FORTALEZA

CEP

DATA DO NASCIMENTO

09/01/64

CIDADE

CACHIMBO

SEXO

MASC

FEM

2.□ SEGUROADO 4.□ CONJUGE 6.□ FILHO 8.□ OUTRO DEF.

NOME DA MÃE

ALMIRIA ALVES DE SOUZA SANTOS

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINATURA DO DIRETOR CLÍNICO

CRM.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DR REGIS SILVEIRA TEIXEIRA
CRM-CE 10247 TEF 85 3229-1000

DATA DA EMISSÃO

09/10/2019

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Investiprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Acidente de moto (Vit. 4)

(de Adrenalina)

CONDICIONES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

Necessidade de cura

AQUILO QUE VENHA CONSTAR É DA DIVERSA

Mônica Saba

Mat. 15984

Rx + EP

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Malpelo t/4

TIPO DE CLÍNICA

- 1.□ CIRÚRGICA
- 3.□ CLÍNICA MÉDICA
- 5.□ PSIQUIÁTRICA
- 9.□ OUTROS

- 2.□ OBSTÉTRICA
- 4.□ TISIOPEUMOL
- 6.□ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO Cirurgia de Fr

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Investoprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ 42.366.302/0001-28

Série: 16
JOGO DE DEUS DE 300\$

10/07/2019 08:20

FOTO PAGAMENTO

DATA	EVOLUÇÃO
10/02/19	14:00 Pct. puxo d ^o , SG a, 2h por fractura de maléolo medial D. Evolu ^c consciente, orientado, h ^a n. FG. Nega alergias. Hipertensão e diabetes. Segue aos cuidados da equipe. AO 71 L 108
10/02/19	J. D. S. 56años, astutido no ponto de, paciente do esvergenci, AD. Fratura de maléolo medial D. Andar em apontado, verbalizando, expressivo, afas- tado, movimentando membra direita H.A.S + D.M. Sug. dor de s ^o s, lojastaria, glifase. H.S.TZ Segui em observaç ^o . Acompanha c ^o unsa
11/02/19	6 ^o dia operação
11/02/19	Investprev Seguradora S/A
11/02/19	26 SET 2019
11/02/19	J. D. S., masculino, 56a PCT por fractura maléolo medial D. Evolu ^c consciente, orientado, verbalizando H.A.S, caminhando com auxilio. Ambiente seco diab. V.O. A.U.P sem MSE p ^{er} io. Sem queixas no momento. Eliminações g ^o ologicas presentes. Segue aos cuidados de enfermagem.
12/02/19	M ^o na
12/02/19	HOSPITAL MUNICIPAL JO ^E BARRETO DE CUNHA ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL
12/02/19	D ^o M ^o na Saba
12/02/19	M ^o na Saba
12/02/19	Mat. 15004

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico
ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável.

TRAMPA

16:		IRIO:	13.20	24/IV
20:		P.A.:	44.0 x 30	130 x 90
DB:		TEMP.ºC:	36,8	2
		P.I.M.H.:	96	
		M.V. / MIN.:		

NOME:

João de Deus do Souza Soárez

Sexo: M / Idade: 201

CNPJ: 42.366.302/0001-01

Segurado:

S/A

28

LETO:

Nº PRONTUÁRIO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Atendimento Móvel e Extrahospitalar

ATENÇÃO: Toda informação registrada deve ser viciada, obedejetoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informaçāo.

15:		HORÁRIO:	8
16:		P.A.I.:	3/0/67
17:		TEMP.ºC:	36
18:		P.I. MOL.:	77
19:		M.V. / MMH:	

NOME: Dr. D. de Souza Santos

Sexo:

Data:

Sexta-Feira

ENF.:

LETO:

NR. PRONTUÁRIO:

S/A

201

02/00

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

62

3462

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMIRRA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALÓTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML		SOROS		
CISATRACURIO	AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO	
CLINDAMICINA	AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
CLÓRETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA		SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO	
DEXAMETASONA	AMPOLA		SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
DESLANOSÍDEO	AMPOLA		SORO RINGER LACTATO 500ML	FRASCO	
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA		50% MANITOL 20% 250ML	FRASCO	
DIPIRONA	AMPOLA		FRUTOSE	FRASCO	
DIPIRONA + ESCÓPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 15MG	AMPOLA		SOROS		
ETOMIDATO	AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO	
FENTANI	AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
FUROSEMIDA	AMPOLA		SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO	
GENTAMICINA	AMPOLA		SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
HIFARINA	AMPOLA		SORO RINGER LACTATO 500ML	FRASCO	
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO		50% MANITOL 20% 250ML	FRASCO	
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO		FRUTOSE	FRASCO	
IPSILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAINA 2% C/ ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAINA 2% S/ ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAINA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAN 10MG	AMPOLA				
HALOXONA	AMPOLA				

SANGUE - HEMODERIVADO 26 SET 2019

 Investprev Seguradora S/A
 CNPJ: 42.366.802/0001-28

MATERIAIS DESEARTÁVEIS

HOSPITAL INFANTIL

UNIDADE

CATETER VENOSO

UNIDADE

EXTENSOR

UNIDADE

EQUIPO DE SORO

UNIDADE

SONDA ASPIRAÇÃO

UNIDADE

SONDA TRAQUEAL

UNIDADE

SONDA NASOCASTRICA

UNIDADE

SCALP

UNIDADE

AGULHA PAPER/DURAL

UNIDADE

AGULHA/ RAQUI

UNIDADE

TORNEIRA 3 VIAS

UNIDADE

ANESTESISTA-CRM

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

HOSPITAL DISTITAL N° 102 BARRETO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CORRÉA DA DOCUMENTAÇÃO

PB. Bento

Mônica Sabo

Medicina

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DATA: _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO CIRURGÃO - CRM

Paciente: João de Deus da Silva

Data da Operação: 11/10/19

Operador:

Enfermeira

2º Auxiliar:

CREMES 16.510

1º Aux.

Instrumentador:

3º Auxiliar:

Anestesieta:

Tipo de Anestesia: Lorazolam

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura de tornozelo (R)

Tipo de Operação: Fixo enxerto de fratura do tornozelo (R)

Diagnóstico Pós-operatório: O Tudo certo

Relatório Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: Contaminada Infectada

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

Via de acesso - Técnica e Técnicas Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Vasculares CNP: 42.366.302/0001-291

(R) Fratura em VDH no antero

C. CPA

(R) Acaso pedir no método radiol. Radios direto e fixar o com
02 parafuso corticos 3,5mm

(R) Ocorreu radiografia

(R) Fixar op fraturado + suture por plástico + curativo estéril +
+ flo hula

CREMES 16.510

HOSPITAL DIAETAL DO SUL - SISTEMA DE SAÚDE
ESTE QUE CRIA UMA SAÚDE DIFERENTE

pp. De Souza

Mônica Soárez

Mat. 15000

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANTIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROFOPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCROSILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% CI ADRENALINA	FRASCO		TROPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% SI ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXÔNA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO		SOROS		
CETAMINA	ML		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO	
CISATRACURILO	AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
CLINDAMICINA	AMPOLA		SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO	
CLORETO DE POTASSIO 10%	AMPOLA		SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
DEXAMETASONA	AMPOLA		SORO RINGER LACTADO 500ML	FRASCO	
DESLANDOSÍDEO	AMPOLA		SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO	
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA		FRUTOSA	FRASCO	
DPIRONA	AMPOLA				
DPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA		SANGUE- HEMODERIVADOS		
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA		PLASMA		
ETOMIDATO	AMPOLA		SANGUE TOTAL		
FENTANIL	AMPOLA		CONCENTRADO DE HEMACIAS		
FLUORESCEÍDA	AMPOLA		ALBUMINA		
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA		MATERIAS DESCARTÁVEIS		
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO		CATETER VENOSO	UNIDADE	
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO		EXTENSOR	UNIDADE	
IPSILON	AMPOLA		EQUIPO DE SORO	UNIDADE	
ISOFLURANO	ML		SONDA ASPIRAÇÃO	UNIDADE	
ISORDIL	AMPOLA		SONDA TRAQUEAL	UNIDADE	
LIDOCAYNA 2% CADRENALINA	FRASCO		SONDA NASOGASTRICA	UNIDADE	
LIDOCAYNA 2% SI ADRENALINA	FRASCO		SCALP	UNIDADE	
LIDOCAYNA GEL	FRASCO		AGULHA PÍPERIDURAL	UNIDADE	
MÉPERIDINA 100MG	AMPOLA		AGULHA YAGUI	UNIDADE	
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA		TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE	
METROMIDAZOL 600MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA				
NAOXONA	AMPOLA				

ANESTESISTA-CRM:

Nome:

Socô de Deus de Souza Sampaio

Prontuário	Enferm.	Leito	Data internação	Diagnóstico
			09/10/2019	

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
11/10/2019	Ex maluso medial (P)
	Naju Abreço
	HMS → LP
	A (d) Interno Investprev Seguradora S/A
	26 SET 2019
	CNPJ: 12.866.302/0001-28

09/10/2019 Paciente J.D.S.S. 06 anos, sexo masculino. Internado neste hospital para exame de RX da maluço medial (P). Consciente, orientado, de bom humor com auxílio, cooperativo. Examinado prudente, com ilite corporal e prudente. AVP em HSE perúvio. Negar alergias, reações nas comidas comuns, em uso contínuo de losartana, HCTZ, RAS e glicose. Sem queixas no período seguiu sob os cuidados da sua equipe de enfermagem.

Pronto para alta
Assinatura
Data

10/10/2019 Pronto para alta clínica, sem intranumero ab momento.
Agradecemos seu atendimento.
AFFETO QUE DÁ A CONFERIR COM ORIGINAL

PP. M. Sampaio

Mônica Saba

Mat. 15993

Prontuário

Prefeitura de
Fortaleza907
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA109
sus

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

Nº DO
PACIENTE
344522

Nº CGS

379701

NASCIMENTO
08/09/1862(58)
ANO(S)

SEXO

M

RACOR

PARDO

NOME
ALMIRA ALVES DE SOUZA
SANTOSENDERECO
RUA SILVEIRA FILHO 11044 JÓQUEI CLUBE
CONTAC

CADUS

707402000386779

DOCUMENTO

NOME RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO

FORTALEZA

CEP

60.620-055

CP

OCORRÊNCIA

CLASIFICAÇÃO DE RISCO

OLHA
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO ENTRE MOTO E BICICLETA HOJE, REFERINDO TRAUMA EM
JOELHO ESQUERDO + LESÃO NO LOCAL, TRAUMA EM TORNozELO DIREITO E EDEMA
INFERIOR.

COLISÃO MOTO X BICICLETA

EDADE/FAZER
99 (ADULTO)

ESTADO

NI

PESO

M KG

TÉ CULPA

C

COR

AMARELO

UNIDADE DE ATENDIMENTO

ANAMSE

DIAGNÓSTICO

EXAMES

Vitima de Fratura de Joelho direito

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

OUTROS

CNPJ: 42.366.302/0001-48

APENAS

OSSERVAÇÕES

TIPO DE ATIBALDA

DECISÃO MÉDICA

DESTINO DO CORPO

ATRIBUIÇÃO MÉDICA

EVASÃO

TRANSFERÊNCIA

INTERNAÇÃO

ÓBITO:

ATÉ 48 HORAS

APÓS 48 HORAS

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍ

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

CIDADE
707402000386779

DOCUMENTOS

RESIDÊNCIA
Nº:
MUNICÍPIO:
FORTALEZA
CEP:
60.520-085Nº DO
PROTÓCOLO:
344822
Nº DO
PROTÓCOLO:
279701ATENDIMENTO
08/08/1962(56
ANOS)SEXO:
M
RACIOC
PARDONOME DA
ALMIRA ALVES DE SOUZA
SANTOSENDERECO:
RUA SILVEIRA FILHO 11044 JOQUEI CLUBE
CONTATO:

LOCAL DA Ocorrência / Informações do Acidente

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE MOTO E BICICLETA HOJE, REFERINDO TRAUMA EM
JOELHO ESQUERDO + LESÃO NO LOCAL, TRAUMA EM TORNozELO DIREITO E EDEMA
MOBERABD.
ESTIGMÁTICAS:
NINOTA:
COLISÃO MOTO X BICICLETAESCALA DE DOR:
99 (ADULTO)PESO:
69 KG
ALTURA:
1,70 CPRESSIONAMENTO:
NI/NI
ALÉRGIAS:
NEGAPeso: 69
NI%
NI
NIÁREA DE ATENDIMENTO:
TRAUMATOLOGIARESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO:
BRUNA KARLINE AMORIM DA COSTADATA/HORA DA
CLASSIFICAÇÃO:
09/07/2019
17:47:11

ANAMSE:

ATENDIMENTO MÉDICO

Victima de Atro pedotrauma
n n ①.

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28EXAMES LÍQUIDOS:
() HGB () SU () US ABDOMINAL () TG GRANIS () RAIOS-X

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APARELHAMENTO

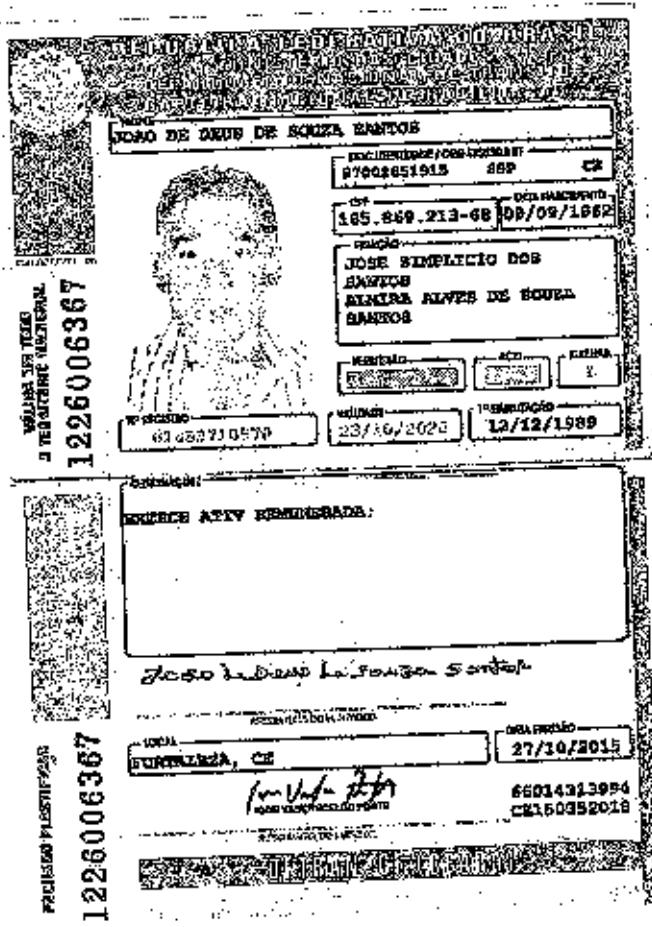
OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SAÍDA
DECISÃO MÉDICA: () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOLImpresso por Bruna Karline Amorim da Costa em 09/07/2019 às 17:47:13
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

João de Deus S. Santos

 HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ SARROSO DE OLIVEIRA
 ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

 Mônica Saba
 Mat. 15584



ପ୍ରକାଶକ ମାଲା

1226006367

卷之三

1006006367

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553772 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.07/09 _CIRURGIA

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553772 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.07/09 _CIRURGIA

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334140/19

Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

CPF: 165.869.213-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/07/2019

Titular do CPF: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS : 165.869.213-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS
CPF: 165.869.213-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Antonia Daniella Ferreira da Silva