

 **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 **WEB1.20.01480061-6** em **01/10/2020 19:17:42**.
- 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** : 0251706-95.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01480061-6  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 01/10/2020 19:17:42

### 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.

<b>Petição*</b>	: 2754793_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
<b>Documentação</b>	: 2754793_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-10.pdf
<b>Documentação</b>	: 2754793_CONTESTACAO_Anexo_02 - 11-19.pdf
<b>Documentação</b>	: 2754793_CONTESTACAO_Anexo_02 - 20-28.pdf
<b>Documentação</b>	: 2754793_CONTESTACAO_Anexo_02 - 29-30.pdf
<b>Documentação</b>	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.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](http://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, 09 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190266301**

**Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA**

**Data do Acidente: 25/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDINETE DE SOUZA SILVA**

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](http://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, 26 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266301**      **Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA**  
**Data do Acidente: 25/10/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDINETE DE SOUZA SILVA**

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 dos punhos

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: **EDINETE DE SOUZA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001047**

Conta: **0000014903-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **EDINETE DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3190266301**

**EDINETE DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **25/10/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190266301**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº da inscrição ASL

CPF da vítima

025.782.653-05

Nome completo da vítima

Edinete de Souza Silva

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

Nome completo:

Edinete de Souza Silva

Profissão:

Mutonomo

Bairro:

Jockey Club

Endereço:

Rua Tupi

Cidade:

Fonte Laza

CPF:

025.782.653-05

Número:

1565 CS Altas

Complemento:

Estado:

CE

CEP:

60000000

Tel.(DDD): 85.9761-8930

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

RENDIMENTO:

 REÚSCA INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS: (O BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)

 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:

1047

13

CONTA: 14903

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a título de 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 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.

Peço 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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Vínu Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companioneiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companioneiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos: informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso faleça, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provar, nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer missão 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

00 ABR 2019  
LIDER SEGUROS

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.





## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2019206933

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1005 / 2019

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **29/03/2019 12:52:53**  
Data / Hora da Ocorrência: **25/10/2018 17:20:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA BARÃO DE SOBRAL**  
Complemento:  
Bairro: **DAMAS** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **PRÓXIMO A AVENIDA JOÃO PESSOA**



#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDINETE DE SOUZA SILVA**  
Nascimento: **25/07/1986** CPF: **025.782.653-05**  
RG: **2002097043831** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **ELENIR SOUZA SILVA**  
**JOSÉ SARAIVA DA SILVA**  
Endereço: **RUA TUPI, 1565 ALTOS**  
Bairro: **JOAO XXIII**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HZA3325** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2JC30708R079635** Renavam: **943950759** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:  
**2007** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **MARIA NAYANE CAMPOS SEMEAO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

#### Histórico

Afirma que no horário e data acima mencionados trafegava sozinha na motocicleta de placa HZA-3325, licenciada em nome de Maria Nayane Campos Semeão, que dobrou na Rua Barão de Sobral, e estacionou no semáforo, quando avistou um veículo de placas não anotadas, que vinha em sua direção, assustou-se e caiu da motocicleta, sendo que o veículo desviou e foi embora; QUE, com a queda ficou lesionada; QUE foi socorrida por pessoas que presenciaram o acidente e depois levada para o IJF Centro, onde recebeu atendimento. E nada mais disse//////////  
OBS: A falsa comunicação é prevista no Art 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Maria do Socorro Furtado Silva  
MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Edinete de Souza Silva

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESpesas de ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do Instituto ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	025-782-653-05	Edinete de Souza Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Edinete de Souza Silva		
Profissão:	Autônomo	Endereço:	Rua Tupi
Estado:	Jockey Club	Cidade:	Fortaleza
CEP:	60000000	Estado:	CE
Tel. (DDD):	85	Numero:	9761-8930
Completo:	Alto		

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

RENDIMENTO:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

DADOS BANCÁRIOS: (O BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINE UMA OPCIÃO DE CONTA)

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo - assinalar 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) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1047 CONTA: 14903 Dígito: 0  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ Dígito: 0  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA A 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.

Refaço o que 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 a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

E-mail: SEGUROS@LIDER.COM.BR

Data: 08 ABR 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou corpanheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou corpanheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos: Informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso eu viva, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provar, na condição, estando plente, ainda, de que qualquer missão 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: Fortaleza, 01 de Abril de 2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

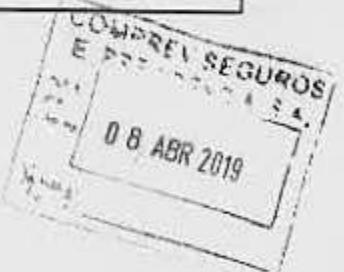
Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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 cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



## Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL					DATA/HORA: 25/10/2018 18:25:27	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
CNS: 702109721740195	NOME: EDINETE DE SOUZA SILVA			Registro: 5586638		
CPF: 025.782.663-05	RG: 2002097043831	D. NASC: 25/07/1986	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR:	
NOME DA MÃE: ELENIR SOUZA SILVA		NOME DO PAI: JOSE SARAIVA DA SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDERECO DO PACIENTE: TUP		Nº: 565	BAIRRO: JOAO XXII	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 85 997691580	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60525250	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: EDINETE DE SOUZA SILVA		PARENTESCO:		TELEFONE: 85 997691580		
ACIDENTE DE TRABALHO						
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CODIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta						
QUEIXAS: QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DEFORRIMIDADE GROSSEIRA+ DOR MÓDERADA						
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/ DOR MÓDERADA						
SINAIS VITais						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:						
ATENDIMENTO MÉDICO						
Anamnese:	PROTÓCOLO - 8/3/2019					
Exame Físico:	RE TIRADA NO SISTEMA E-SUS					
Conduta:	08/03/2019 EDUARDO EDUARDO					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:						
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:						
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:						
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



CÓPIA

# 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: 18/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINETE DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01047

CONTA: 000000014903-0

---

Nr. da Autenticação F55AA72DA74BB6F8





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e grandes metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 072 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 921 91 35

Eu, Maria Nayane Campos Seneão

RG nº 2006005000360, data de expedição 17/01/2017.

Órgão SSP, portador do CPF nº 04125065306,

com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Travessa Antônio dos Santos, nº 40,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Edinete de Souza Silva, cujo o condutor era

Veículo: Moto Modelo: Nonda CG 125 Fan Ano: 2007-2008

Placa: HZA 3325 Chassi: 9G2TC30408R079635

Data do Acidente: 25/11/2018

Local e Data:

Rua Barão de Sobral 25/11/2018

Maria Nayane Campos Seneão

Assinatura do Declarante

Edinete de Souza Silva

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclame do sinistro)

Cartório Cavalcanti Filho  
Av. José Ribeiro Cavalcanti

Rua 3 de Setembro, 160 • CEP: 60.120-000 • Fortaleza • CE  
Fone: (85) 3225-9541 • Fax: 3245-8601 • E-mail: [cavalcantifilho@bol.com.br](mailto:cavalcantifilho@bol.com.br)

02

Reconheço por autenticidade as firmas abaixo:  
MARIA NAYANE CAMPOS SENEÃO, EDINETE DE SOUZA SILVA  
e São Fé, Fortaleza, 27 de março de 2019, 13:25:12. Cod.: (160133190504)  
Antônio Gabriel Cavafistula (Escrivão Autorizado)  
Valor: R\$ 10,58 TAXAS: R\$ 1,36 Total: R\$ 14,94 Fazenda Pública  
Valido somente com o selo de autenticidade

CAVALCANTI  
CAVALCAN  
CAVALCAN





Prefeitura de  
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**SAÚDE**   
HOSPITALAR

Emitido em: 08/03/2019 8:44:39

Por: EDUARDO MOREIRA

## Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 25/10/2018 18:25:27	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 702109721740195	NOME: EDINETE DE SOUZA SILVA			Registro: 5586638	
CPF: 025.782.653-05	RG: 2002097043831	D. NASC: 25/07/1986	ESTADO CML:	SEXO: F	RACACOR:
NOME DA MÃE: ELENIR SOUZA SILVA		NOME DO PAI: JOSE SARAIVA DA SILVA			
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDERECO DO PACIENTE:	TUP:	Nº: 565	BAIRRO: JOAO XXIII
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 85 997691580	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60525250
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: EDINETE DE SOUZA SILVA		PARENTESCO:		TELEFONE: 85 997691580	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão, inclui: cedimento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DEFORMIDADE GROSSEIRA+ DOR MODERADA					
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/ DOR MODERADA					
SINAIS VITais					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Edimile de Souza Silva

PJ DPVAT

- Paciente de alta da  
Traumatologia.

03/01/19

Dr. Josafa Fernandes  
Traumato - Ortopedista  
CREMEC 5265

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com



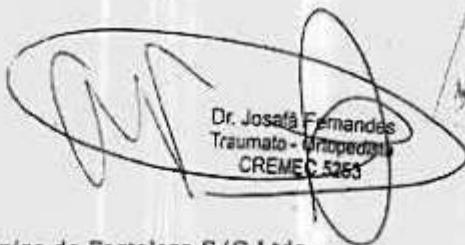


H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Edimilson de Souza Silva

- PJ DPVAT
- Paciente de alta da  
traumatologia

03/01/19

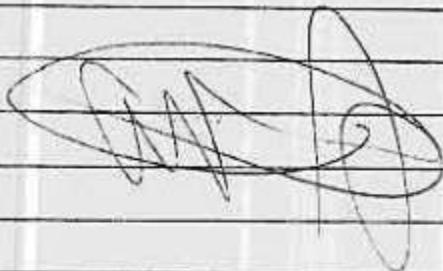
  
Dr. Josafá Fernandes  
Traumato - Ortopedista  
CREMEC 5263



Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: [hospitalfernandestavora@outlook.com](mailto:hospitalfernandestavora@outlook.com)

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

- Deixar o dorso sob anestesia
- Acessar ao MPD
- Limpar os campos
- Infiltrar no prumo D
- Realizar lise compresiva do  
músculo erector
- Reduzir a fratura distal do  
máximo, que se fixa com 3  
bms de Kirschner
- Ossificação
- Tela genitália





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S. C. Ltda.  
CNPJ 07275084-0001-10 CGF ISENTO  
Av. Francisco Ba. 5445 - Alvaro Reis - Fortaleza-CE  
CEP 60130-002 Fone/Fax (85) 3226-1333  
[www.hospitalffernandestavora.com.br](http://www.hospitalffernandestavora.com.br) E-mail: [hospitalffernandestavora@ig.com.br](mailto:hospitalffernandestavora@ig.com.br)

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 08/04/11

Nome do paciente: Edsonete de Souza Soárez	
Nº Prontuário: 0443475	Categoria:
Clinica:	Leito:
Cirurgião: Dr. Xuxa	
Anestesista:	
Tipo de Anestesia:	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora:	
Circulante:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	<i>Pelviperitonite aguda</i>
Tipo de Operação Código:	<i>Peritonite multiplo</i> 415030013
Diagnóstico Pós-Operatório:	<i>Peritonite no hérnias</i>
Relatório Imediato do Patologista:	<i>(108000507)</i>
Exame Radiológico no ato:	<i>+ Nefrolise de compreensiva - 403020077</i>
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	<i>Sem</i>

Inicio da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Inicio do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
11.40 às 11.12	LIMPA: <i>L</i>
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Eduardo Brandão  
Médico-Anestesiologista  
CRM 15.442 CE

Assinatura Anestesista



HOSPITAL ESTADUAL DR. FERNANDES TÁVORA  
RUA FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 97.725.984/0001-25 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201821005288 07/11/2018 20:51 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  
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

===[ ACOMODAÇÃO ]=====

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
235/2	APARTAMENTO SIMPLES	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[ PACIENTE ]=====

Nome	Sexo			
EDINETE DE SOUZA SILVA	FEMININO			
Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	Registro
25/07/1986	32 Anos	CATÓLICO (A)	2448475	201802570004804

===[ DADOS DA ALTA ]=====

Diagnóstico Principal  
S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO  
Procedimento Realizado  
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA  
Data Hora Motivo  
10/11/2018 15:52 ALTA MELHORADO

===[ DECLARAÇÃO ]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente EDINETE DE SOUZA SILVA, 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), 10 de novembro de 2018

Responsável/  
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Rayssa Fernandes  
Enfermeira  
CRM: 440-038

Enfermeira(o)  
Responsável  
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Cartimbo

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ ADMISSÃO ]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821005288	07/11/2018	20:51	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO			12600096716	
Origem do Paciente			Clinica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI			6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI	
Procedimento Solicitado			Dias	
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RÁDIO / DA				2

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]=====

Nome		Sexo		
EDINETE DE SOUZA SILVA		FEMININO		
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
25/07/1986	32 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)	CATÓLICO (A)
Mãe		Pai		
ELENIR SOUZA SILVA		JOSE SARAIVA DA SILVA		
Conjuge		Responsável		Prontuário
		ELENIR SOUZA SILVA		2448475
CNS	Registro	Documento Informado		
702109721740195	201802570004804	RG: 2002097043831		
País		Município de Naturalidade		CEP
BRASIL		CAPISTRANO/CE		60525-120
Município de Residência		Logradouro		
FORTALEZA/CE		RUA TUPI		
Número	Complemento	Bairro		
1557		JOAO XXIII		
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência		
(85)9966.02555				
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)				
EMPREGADO FORMAL / OPERADOR DE CAIXA				
===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]=====				
Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito		
ELENIR		235/2		
Tipo de Acomodação	Clinica	Posto de Enfermagem		
APARTAMENTO SIMPLES	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03		
Atendente: maria	Data: 07/11/2018	Hora: 21:10:31	Tempo: 00:19:17	

===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]=====

ELENIR SOUZA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente EDINETE DE SOUZA SILVA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 07 de novembro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Elenir de Souza Silva

CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
Justificativa da Internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S523 - Fratura da diáfise do rádio
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM FRATURA DE RÁDIO, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RX
Causas externas	
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA

[Voltar](#)

**Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:**

[Cancelar solicitação](#)

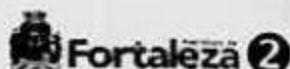
**Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:**

[Acessar ocorrências](#)





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA  
"34 horas de proteção à vida"



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA</b>	2 - CNES: <b>2529149</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <b>INSTITUTO PRAXIS</b>	4 - CNES:

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: <b>EDINETE DE SOUZA SILVA</b>	PRONTUÁRIO : <b>5586638</b>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: <b>70310973740195</b>	8 - DATA NASCIMENTO: <b>25/07/1986</b>	9 - SEXO ( )M ( )F <b>( )M</b>	10 - RACA/COR <b>10.1 - ETNIA</b>
11 - NOME DA MÃE/PAI: <b>ELENIR SOUZA SILVA</b>	12 - TELEFONE:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): <b>TUPI 565 JOAO XXIII</b>			
16 - MUNICIPIO: <b>FORTALEZA</b>	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: <b>CE</b>	19 - CEP:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE RADIO ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

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

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>FX .RADIO</b>	24 - CID 10 <b>S523</b>	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	----------------------------	------------------------	--------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
**TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA RADIO**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  
**0408020431**

29 - CLÍNICA: <b>TRAUMA</b>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <b>EMERGENCIA</b>	31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF	32 - N° DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: <b>07 /11/2018</b>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR);

### PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - N° DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43- CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO: ( )CNES ( )CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/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

COMPRAI SEGUROS  
E DENTAL  
08 ABR 2019



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH  
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600096716  
NÚMERO DA AIH: 2318103427222

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - I/F INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL  
CNE/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 702109721740195 - EDINETE DE SOUZA SILVA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 25/07/1986 - 32 anos

SEXO: FEMININO

NOME DA MÃE: ELENIR SOUZA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DO RESPONSÁVEL: A MESMA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: TUPI, Nº 1557 - A

BAIRRO: JOAOXIII

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: 8523 - Fretura da diáfise do rádio

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020431-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RÁDIO / DA URNA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704609 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 07/11/2018 - 17:41 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 24/11/2018 - 15:43

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



VIS-DATAUS  
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL  
ESPELHO DA AIH

C.E. M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 12/2018

DATA: 07/12/2018

Nºm AIH: 231810342722-2 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 12/2018 Data de Emissão: 07/11/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 8235 /Leito: 8002 Doc autorizador: 708505329547275 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clin.: 210158059320888 Doc médico solic: 206633842350003 CNES: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 70210972174019 Paciente: EDINETE DE SOUZA SILVA ✓ Prontuário: 2448475 Laudo: Data Nascl.: 25/07/1986 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 200209784383 Responsável pac.: EDINETE DE SOUZA SILVA ✓ Nome da Mae: ELEMIR SOUZA SILVA Endereço: TUPI, 1557 - JOAO XXIII Raça/Cor: PARDA Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60525-120 Telefone: (85)9966-82555 Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.? Nô Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE Diag. complementar: Causa Obito:

Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 07/11/2018 Data saída: 18/11/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

==[ CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA) ]=====

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo com a previdência: - CBO: -

==[ PROCEDIMENTOS REALIZADOS ]=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1	04.03.02.007-7	206633842350003	1 225270 206633842350003	3969800	1	112018 NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS
2	04.03.02.007-7	980016297389026	6 225151 980016297389026	3969800	1	112018 NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS
3	04.08.02.040-✓	206633842350003	1 225270 206633842350003	3969800	1	112018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO
4	04.08.02.040-✓	980016297389026	6 225151 980016297389026	3969800	1	112018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO
5	08.02.01.001-6 ✓	0	3969800	3969800	✓ 3	112018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO)
6	04.01.01.001-5	206633842350003	0 225270 206633842350003	3969800	✓ 1	112018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7	02.04.04.001-9	2969800	0	3969800	3969800	✓ 2 112018 RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO

==[ VALORES DA PRÉVIA ]=====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar + ----- Serviço Profissional ----- + + +						
	+----- Direto -----+ +----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ + +	Próprio   Terceiro   Próprio   Terceiro   Próprio   Terceiro   Total					
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40
04.03.02 COLUNA E NERVOS PERIFÉRICOS	201,43	0,00	0,00	0,00	173,64	0,00	375,00
04.08.02 MEMÓRIAS SUPERIORES	159,49	0,00	0,00	0,00	181,41	0,00	260,90
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00
Total Geral:	417,32	0,00	0,00	0,00	275,05	0,00	692,37

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 I, p. 12988, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL



## LAUDO FISIOTERAPÉUTICO

Fortaleza, 25 de abril de 2019.

Declaro que Sr (a) EDINETE DE SOUZA SILVA, CPF 025.782.653-05, admitido (a) para avaliação fisioterapêutica, com diagnóstico médico de pós operatório de fratura de rádio direito, sendo submetido (a) a cirurgia para colocação de artefatos metálicos em novembro de 2018, realizou a avaliação cinético funcional onde apresentou queixas de dor ao movimento prolongado e bloqueio articular e parestesia.

De acordo com o quadro clínico, observou-se que a região afetada apresenta queiloide, edema e aderência na cicatriz com desconforto à palpação. Ao exame físico apresentou: diminuição da amplitude de movimento para desvio ulnar, extensão e flexão de punho avaliadas pela goniometria, apresenta quadro álgico ao realizar grandes esforços e à palpação com Escala Visual Analógica 8.

Apresenta como diagnóstico funcional: Disfunção osteomuscular com diminuição da amplitude de movimento e parestesia com quadro álgico à grandes esforços.



Dra. Cherblane M. Monte  
Fisioterapeuta  
CREFITO 281.866-F

Dra. Cherblane M. Monte  
Fisioterapeuta  
CREFITO 281.866-F

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
SERVIÇO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**EDINETE DE SOUZA SILVA**

DOC. DEMARCAR / OBRIGATÓRIO Nº  
2002097043831 SSP CE

CPF: 025.762.653-05 DATA Nascimento: 25/07/1986

PAI: JOSE SARAIVA DA SILVA  
MÃE: ELENAIR SOUZA SILVA

PERMISSÃO: ACC CIVIL AB  
Nº INSCRIÇÃO: 05018002387 VENCIMENTO: 17/08/2021  
VALIDADE: 02/12/2011

OBRAÇÃO:  
SEM OBSERVAÇÃO:

Lápis de madeira, silva.

ASSINATURA DO PORTADOR  
NOME: FORTALEZA, CE DATA: 19/08/2016  
1-04-24  
98198617185  
CE155011294

ASSINATURA DO TÉCNICO  
OLTRAN/CE (CEARA)

1290077113





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190266301      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDINETE DE SOUZA SILVA      **Data do acidente:** 25/10/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. PÁG 4,6,

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

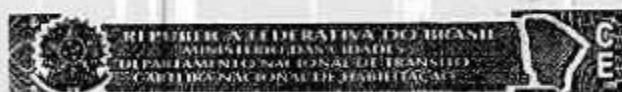
**Documentos complementares:**

**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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



NOME: MARIA NAYANE CAMPOS SEMEAD



DOC. IDENTIDADE / CRÉDITO MÍDIA IF  
2006005000360 SSP CE

DM: 041.250.653-06 DATA NASCIMENTO:  
05/06/1990

MARCAO  
FRANCISCO PEREIRA  
CAMPOS FILHO  
MARIA BEATRIZ SEMEAD

PRIMEIRO:  ADO:  CNA:  B

Nº REGISTRO:  
06779183536

VALIDADE:  
17/11/2021 1º EXPIRAÇÃO:  
17/01/2017

OBSERVAÇÕES:

ZAR:

Maria Nayane Campos Semead

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL:  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO:  
30/08/2018

Ricardo Cavalcanti Filho  
27080562693  
CE166671304

CEARA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1659916666



Cartório Cavalcanti Filho

Rua 7 de setembro, 100 - CEP: 60.120-000 - Fortaleza - CE

fone: (85) 3225-3141 • fax: 3215-1988 • e-mail: [cavalcantifilho@bol.com.br](mailto:cavalcantifilho@bol.com.br)

Certifico que esta fotocópia é reprodução fidedigna do original que se foi apresentado.  
Fortaleza, 27 de março de 2019, 15:22:39. Credito: : sveli

Maria Sueli Sales Pinto (testemunha)  
Cpf.: 88.1.23 - TAXAS: R\$ 1,10 Total: R\$ 2,20 Fazenda: sveli  
Válido somente com o selo de autenticidade



# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120467/19

**Vítima:** EDINETE DE SOUZA SILVA

**CPF:** 025.782.653-05

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 25/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDINETE DE SOUZA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**EDINETE DE SOUZA SILVA : 025.782.653-05**

- 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](http://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: 08/04/2019  
Nome: EDINETE DE SOUZA SILVA  
CPF: 025.782.653-05

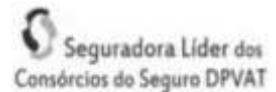
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019  
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA  
CPF: 048.755.333-06

EDINETE DE SOUZA SILVA

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120467/19

Número do Sinistro: 3190266301

Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA

Data do acidente: 25/10/2018

CPF: 025.782.653-05

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINETE DE SOUZA SILVA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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: 15/05/2019  
Nome: EDINETE DE SOUZA SILVA  
CPF: 025.782.653-05

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

---

EDINETE DE SOUZA SILVA

---

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120467/19

Número do Sinistro: 3190266301

Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA

Data do acidente: 25/10/2018

CPF: 025.782.653-05

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINETE DE SOUZA SILVA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/05/2019

Data do cadastramento: 15/05/2019

Nome: EDINETE DE SOUZA SILVA

Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

CPF: 025.782.653-05

CPF: 041.838.663-32

---

EDINETE DE SOUZA SILVA

---

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA