



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WBAR.20.00171178-4** em **07/10/2020 11:33:10**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Barbalha
Processo : 0050587-54.2020.8.06.0043
Protocolo : WBAR.20.00171178-4
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 07/10/2020 11:33:10

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2756705_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Documentação : 2756705_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-13.pdf
Documentação : 2756705_CONTESTACAO_Anexo_02 - 14-23.pdf
Documentação : 2756705_CONTESTACAO_Anexo_02 - 24-34.pdf
Documentação : 2756705_CONTESTACAO_Anexo_02 - 35-51.pdf
Documentação : 2756705_CONTESTACAO_Anexo_02 - 52-63.pdf
Documentação : 2756705_CONTESTACAO_Anexo_02 - 64-66.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA/CE

Processo: 00505875420208060043

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **13/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/12/2019**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro

Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

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

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 04/12/2019 após 6 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 13/05/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Informa a Seguradora Ré Exa., que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão de mora do pagamento do Seguro DPVAT. Veja, o vencimento para o pagamento do bilhete do Seguro Obrigatório se deu dia 31/01/2019, entretanto, a parte Autora somente procedeu com o pagamento no dia 10/07/2019, ou seja, inadimplente à data do alegado sinistro ocorrido no dia 13/05/2019, vejamos:

Seguro DPVAT

Calendário de pagamento

ACESSIBILIDADE



Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício	UF	Final da Placa	Categoria(Saiba mais)	Pagamento	
2019	CE	6	9	À vista	Consultar

Categoria: 9

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
6	31/01/2019	SIM	31/01/2019	10/08/2019

CE: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2019

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACESSIBILIDADE



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte

Sua busca por placa: NUX8316 UF: CE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
	2019	R\$84,58	Quitado	
	Data Pagamento		Valor Pago	
	10/07/2019		R\$84,58	
+	2018	R\$185,50	Quitado	
+	2017	R\$185,50	Quitado	
+	2016	R\$292,01	Quitado	

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do

prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Trazemos a colação o entendimento da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná no julgamento da apelação cível Nº 1.658.910-1, no qual a Câmara entendeu concordou com o i. Relator o qual ressaltou a importância dos princípios de celeridade e economia processual, no sentido de que não faz sentido a Lei prever o direito de regresso à Seguradora quando a ocorrência de proprietário inadimplente e condena-la a realizar o pagamento do seguro, vejamos trecho do julgado:

“Tal entendimento também já tinha sido exposto, mesmo que indiretamente, na Lei 8.441/92, que alterou a Lei 6.194/74, passando a prever o direito de regresso da seguradora em face do proprietário inadimplente em seu art. 7º, §1º, [...]”

Ora, se a seguradora possui direito de regresso dos valores despendidos com a vítima em face do proprietário inadimplente, por decorrência lógica, quando o proprietário inadimplente também figurar como vítima, não há o que se falar em indenização, **caso contrário este seria credor e devedor da mesma obrigação, configurando o instituto da confusão, devendo a obrigação ser extinta, nos termos do art. 381, CC.**

Também **não há como defender a tese de que a indenização é devida pois caput do artigo obriga o pagamento, enquanto seu parágrafo primeiro faculta o direito de regresso, haja vista os princípios de celeridade e economia processual, que visam a obtenção do máximo rendimento da lei com o mínimo de atos processuais, não sendo razoável condenar alguém em face de outra pessoa, a qual detenha o direito de regresso.**

[...]

Diante do exposto, dou provimento ao apelo, para reformar a sentença e julgar improcedente a lide, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor da causa.

ACORDAM os Desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator.

Nesta esteira trazemos os seguintes arrestos:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO – VÍTIMA QUE É A PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO – INADIMPLÊNCIA VERIFICADA – INDENIZAÇÃO INDEVIDA – INTERPRETAÇÃO DA SÚMULA 257 DO STJ EM CONFORMIDADE COM AS DEMAIS DISPOSIÇÕES VIGENTES ACERCA DA MATÉRIA – EXTINÇÃO DA OBRIGAÇÃO – IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS INICIAIS – INVERSÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL. RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0018643-27.2016.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Juiz Alexandre Barbosa Fabiani - J. 06.09.2018)

Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro obrigatório DPVAT. Dever de indenizar. Vítima proprietária do veículo. Inadimplência do prêmio do seguro obrigatório à época do sinistro. Indenização indevida. Inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. Instituto da confusão configurado. Inteligência do art. 381 do Código Civil. Extinção da obrigação. Ônus de sucumbência. Readequação. Recurso provido.

1. Art. 17. §2º Resolução SUSEP 332/2015: “Se o proprietário do veículo causador do sinistro não estiver com o prêmio do Seguro DPVAT pago no próprio exercício civil, e a ocorrência do sinistro for posterior ao vencimento do Seguro DPVAT, não terá direito à indenização.”

2. Art. 381 do Código Civil: “Extingue-se a obrigação, desde que na mesma pessoa se confundam as qualidades de credor e devedor.

3. Com o provimento do recurso de apelação em relação ao mérito, deve ser readequado o ônus de sucumbência.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0004500-96.2017.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Desembargador Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima - J. 08.11.2018)

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **13/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.037,50 (TRÊS MIL E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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

⁷ art.

1º

(...)

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

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARBALHA, 1 de outubro de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BARBALHA**, nos autos do Processo nº 00505875420208060043.

Rio de Janeiro, 1 de outubro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701635

Vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701635 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. PG1,21,22,35,41,42
FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO E MANDÍBULA-OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO
FACIAIS.
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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 04-1741.943-90 4 - Nome completo da vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNGA

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

5 - Nome completo: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNGA 6 - CPF: 044-1741.943-90
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: ST BELA VISTA 9 - Número: 88 10 - Complemento:
11 - Bairro: DISTRITO CALDAS 12 - Cidade: BARBALHA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63180-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88-9246-5102

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1024 3 CONTA: 33.781 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BARBALHA-CE 02-12-2019

x Aline Saraiva de Sa Barreto Lunga

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

P. Prodanil dos Santos Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019884199



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 3022 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/12/2019 09:17:11**
Data / Hora da Ocorrência: **13/05/2019 18:15:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT SANTA CRUZ, ZONA RURAL - CALDAS BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓX. À IGREJA DE SÃO SEBASTIÃO**

Noticiante(s)

Nome: **ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO LUNA**
Nascimento: **20/04/1992** CPF: **044.741.943-90**
RG: **20070552740** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SÁ BARRETO**
JOSÉ SARAIVA DE SÁ BARRETO
Endereço: **SÍTIO BELA VISTA**
Bairro: **CALDAS** CEP:
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98138-9734**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUX8316** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:
9C2JC4220AR400126 Renavam: **258022264** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2010**
Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A declarante, advertida das penalidades previstas nos artigos 339, 340, 342 do CPB, informou que no dia e hora acima mencionados estava conduzindo a motocicleta descrita acima, de sua propriedade, com seu afilhado TAYSIO SARAIVA FERREIRA (residente no Sítio Bela Vista, Caldas, em Barbalha/CE) na garupa, quando, na pista situada no Sítio Santa Cruz, Caldas, em Barbalha/CE, um cachorro atravessou na sua frente e, ao desviar, acabou perdendo o equilíbrio da motocicleta e caindo. Informou que após o acidente a declarante perdeu a consciência e foi levada ao hospital Regional do Cariri, em Juazeiro do Norte/CE, pela pessoa identificada como JOSÉ EDELMES SANTANA DOS SANTOS. Que seu afilhado sofreu apenas pequenas escoriações e também foi levado ao hospital Regional do Cariri para receber atendimento médico. Que do acidente a declarante teve fratura na mandíbula e no maxilar, bem como no punho além de escoriações pelo corpo. Que possui CNH. Que a pessoa identificada como DANIEL é seu agenciador e irá ajudá-la a dar entrada no requerimento de seguro DPVAT. Foi informada que será expedida guia de exame de corpo de delito. Indica como testemunhas JOSÉ EDELMES SANTANA DOS SANTOS, residente no Sítio Santa Cruz, Caldas, nesta cidade, bem como MARIA SHEILA SARAIVA, residente no Sítio Bela Vista, Caldas, Barbalha/CE. Que foi informada que

Aline Saraiva de Sá Barreto Luna Dayana



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019884199



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 3022 / 2019

será expedida guia de exame de corpo de delito. E nada mais disse.
////////////////////////////////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Layana Carvalho

LAYANA CARVALHO LUCAS - MAT.: 300656-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Aline Saraiva de S. B. Moura

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 04-1741.943-90 4 - Nome completo da vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNGA

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

5 - Nome completo: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNGA 6 - CPF: 044-1741.943-90
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: ST BELA VISTA 9 - Número: 88 10 - Complemento:
11 - Bairro: DISTRITO CALDAS 12 - Cidade: BARBALHA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63180-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88-9246-5102

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1024 3 CONTA: 33.781 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BARBALHA-CE 02-12-2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01024-3

CONTA: 000010033787-2

Nr. da Autenticação 66AC9DB02E500477

Nº do Cliente:

10025606

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Para agilizarmos seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 023208103

Rota BL226R01 - 272500

Referência 10/2019

Nome ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

Endereço ST BELA VISTA, 00088, DISTRITO CALDAS, 63180-000,
BARBALHA

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifa B2 RURAL

Ligação Monofásico

Emissão 09/10/2019

Medidor 3070345-NAN-270

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

145,18% 0790,4166,57% 0442,3001,3636

DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias

Anterior 09/09/2019 Atual 08/10/2019 Próxima prevista 09/11/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	11.754	11.652	1.00	62	60	62	0,40290	24,98

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

-

7,57

CONSUMO

0,40290

24,98

ADICIONAL BAND. AMARELA

-

0,25

ADICIONAL BAND. VERMELHA

-

1,79

CREDITO DE PEQUENOS VALORES

-

-34,59

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	27,02	0,03	0,00
COFINS	27,02	0,14	0,04

VENCIMENTO 18/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 044.741.943-90

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (NCO₂) e 100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 10/09 - 30/09 Amarela :
01/10 - 08/10

Nº do Cliente:

10025606

Referência:

10/2019

V: [1.0.0.5]

Data de Emissão:

09/10/2019

Total a Pagar (R\$):

0,00

CPF - 1000040911

Nº da Nota Fiscal:

023208103

Nº de Controle:

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao
mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este
valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B - Série Unica-1 | Nº 011515667

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-5A Tarifa Social da Energia Elétrica foi aplicada
para a Lei nº 10.136 de 26 de maio de 2002

Esta é a sua conta de

08/2019

Nº DO CLIENTE

2767309

VENCIMENTO

18/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

050,58

DATA EMISSÃO

08/09/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Endereço ST LAMBEDOR 01506
63180-000 BARBALHA CABECEIRAS

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 2677547-1A11-270 - SL62BR01

CPF / CNPJ

010.969.843-33

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1DE7.DA44.A52C.3E1B.7A8B.0005.69D0.027A

DADOS DE EMISSÃO

Anterior 15/07/2019

Atual 13/08/2019

Próx. Data de Emissão 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumo Lâmpada Atual	Consumo Lâmpada Anterior	Consumo Mês (kWh)	Consumo Lâmpada Atual	Consumo Lâmpada Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	22581.90	21918.08	1383.30	0.00	0.00	0.00	1.00	1383.30	1383.30	0.81443	776.08

DESCRIÇÃO DA CONTA

CP - LUM FUS PREF MUNIC		61.30	
Jane Mesóclima		0.87	
Consumo	1.383	0.81443	776.08
Adicional Band. Amarela		18.98	
Adicional Band. Verde		24.23	
Plano Otimizado System		65.18	

CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Importante	Utilizado	Saldo (kWh)	A Explorar
			Atualizado	Próximo mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão / Compensado / Condição Ecológica
kg CO₂ / kg CO₂ / (%)

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
IMPASEP	625.55	1.56%	11.16
OPFMS	625.55	5.10%	30.91
ICMS	625.55	27.3%	222.17

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif. Amarela : 18/07 - 31/07 Verde : 01/08 - 13/08

ESTIMATIVA

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano Valor R\$

8381000009 4 50580031300 6 01902214003 5 00002767309 0



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.969.643/33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.741.943/90

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.741.943/90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M. E. I Renda: 2.793,17 e apresento os documentos comprobatórios:

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>SÍTIO LAMBEDOR</u>	Número:	<u>1505</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>ZONARURAL</u>	Cidade:	<u>BARBALHA</u>	Estado:	<u>CEARA</u>
E-mail:		CEP:	<u>63180-000</u>	Tel.(DDD):	<u>88 44021543</u>

Local e Data: BARBALHA - CE 02-12-2019

Cicero Daniel dos Santos Silva

Assinatura do Declarante

EMPREGADOR		Demonstrativo de Pagamento de Salário	
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA		Referente ao Mês e Ano:	
Endereço: SÍTIO LAMBEDOR Nº 1505 - ZONA RURAL - BARBALHA - CEARÁ		março-19	
CNPJ: 21.445.032/0001-70			

CÓDIGO	NOME DO FUNCIONÁRIO	CBO	FUNÇÃO
25	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA		ADMINISTRADOR

Cód.	Descrição	Referência	Proventos	Descontos	
001	SALARIO BASE	220,00	3.200,00		
973	INSS	11,00		352,00	
987	IRRF S. SALÁRIO	7,50	0,00	54,83	
			Total dos Vencimentos	Total dos Descontos	
			3.200,00	406,83	
			Líquido a Receber=	2.793,17	
Salário Base	Base Calc. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
3.200,00	3.200,00	0,00	0,00	2.848,00	0

2ª VIA - EMPREGADO

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

28/03/2019 *Cicero Daniel dos Santos Silva*
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO
DATA

NOME: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO PRONTUÁRIO: 174677
DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1992
SOLICITANTE: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM
SETOR SOLICITANTE: AMBULATORIO
DATA DO EXAME: 12/07/2019 HORA DO EXAME: 08:38
DATA DO LAUDO: 12/07/2019 HORA DO LAUDO: 11:14
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:

Trauma.

TÉCNICA:

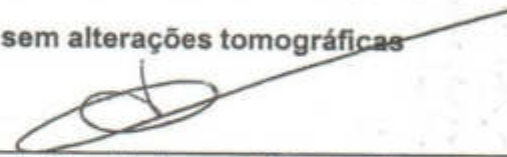
Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados no plano axial do crânio e da face, com reconstrução no plano coronal e 3D.

ANÁLISE:

- Fratura envolvendo a base do processo condilar da mandíbula à direita, corrigida cirurgicamente, apresentando material metálico de osteossíntese caracterizado por pinos e miniplacas.
- Espessamento do revestimento mucoso do seio maxilar direito, associada a redução volumétrica. Notamos ainda rebaixamento do assoalho orbitário ipsilateral.
- Imagem de aspecto polipoide com atenuação de partes moles em assoalho do seio maxilar esquerdo (polipo/cisto de retenção).
- Septo nasal levemente tortuoso com desvio para a esquerda, por uma distância de 2,9 mm.
- Seios etmoidais com septos intercelulares preservados, seios esfenoidais e frontais anatômicos e aeração normal.
- Complexos de drenagem ostiomeatais pérvios com aspecto anatômico.
- Fóveas etmoidais simétricas.
- Fossas pterigo-palatinas e infratemporais preservadas.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Persistência do cavum vergae (variante anatômica).
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura em côndilo mandibular direito, corrigida cirurgicamente com material de osteossíntese
2. Sinusopatia inflamatória crônica maxilar direita, associada a redução volumétrica (seio silencioso).
3. Parênquima encefálico sem alterações tomográficas


Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
Médico Radiologista CRM-CE 10485
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB





Study date: 05/13/2019
Study time: 21:18:25

Series number: 2
Image number: 1

Study date: 05/13/2019
Study time: 21:18:25

Series number: 2
Image number: 2



KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas

WWW/MC:4096/2047

(Underlined)

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas

WWW/MC:4096/2047

22:19

13/05/2019





NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

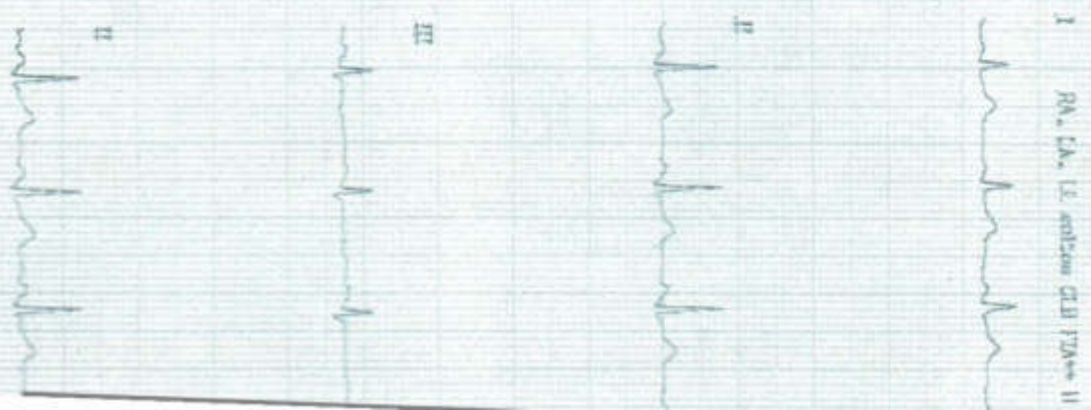


NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

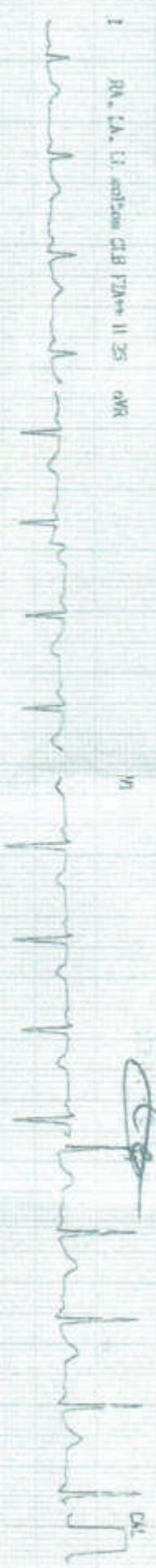
AP view
27 cm



APR 27 2019 24.05.19

Median normal range
5 / within 5
(normal)

1 RA, LA, V1, V2, V3, V4, V5, V6, I, II, III, aVR, aVL, aVF





HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 239 - Barbacina - Ceará

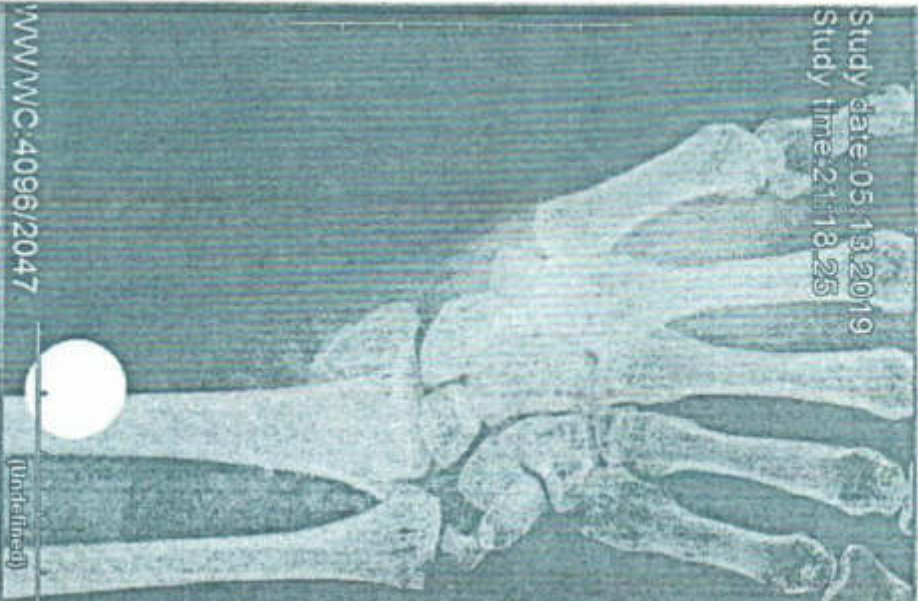
Nome: Almeida Soraia de Sa

Nº doc: Barbosa 222

Soraia Almeida

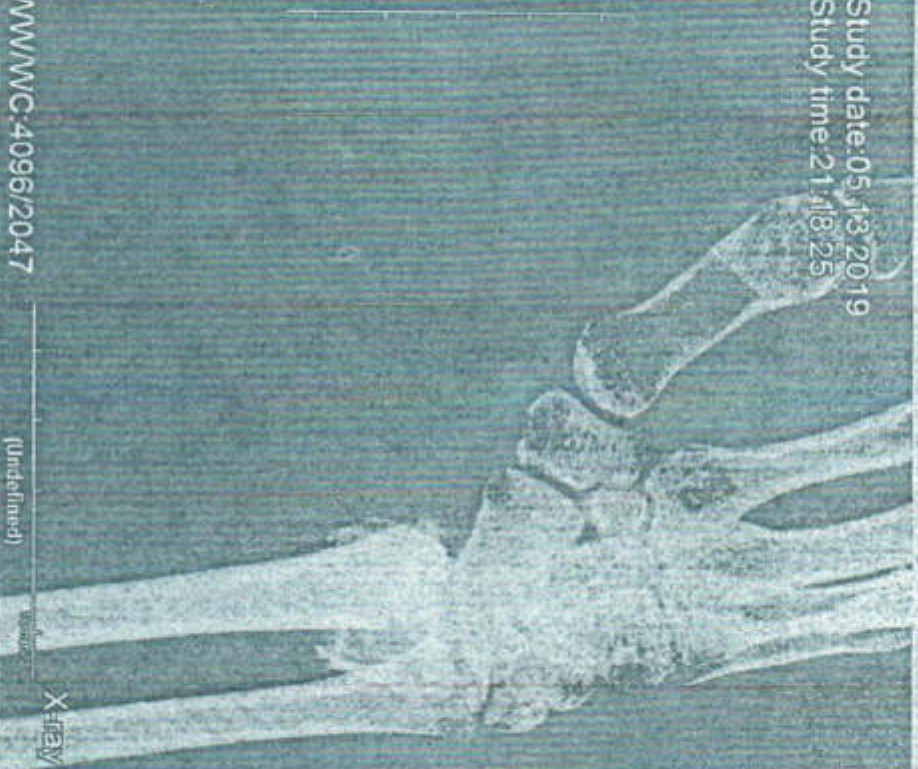


Study date: 05.13.2019
Study time: 21:18:25

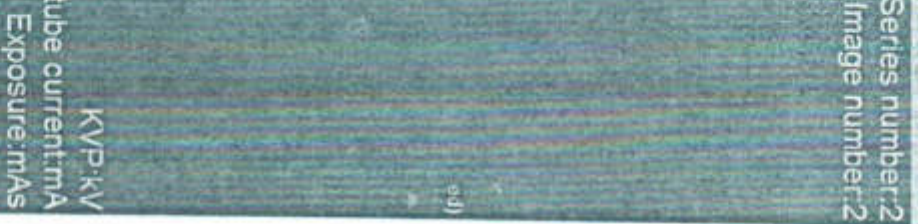


Series number: 2
Image number: 1

Study date: 05.13.2019
Study time: 21:18:25



Series number: 2
Image number: 2



WWW/WC:4096/2047

(Undefined)

10 mm

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas

WWW/WC:4096/2047

(Undefined)

10 mm

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas



7219
13/05/2019



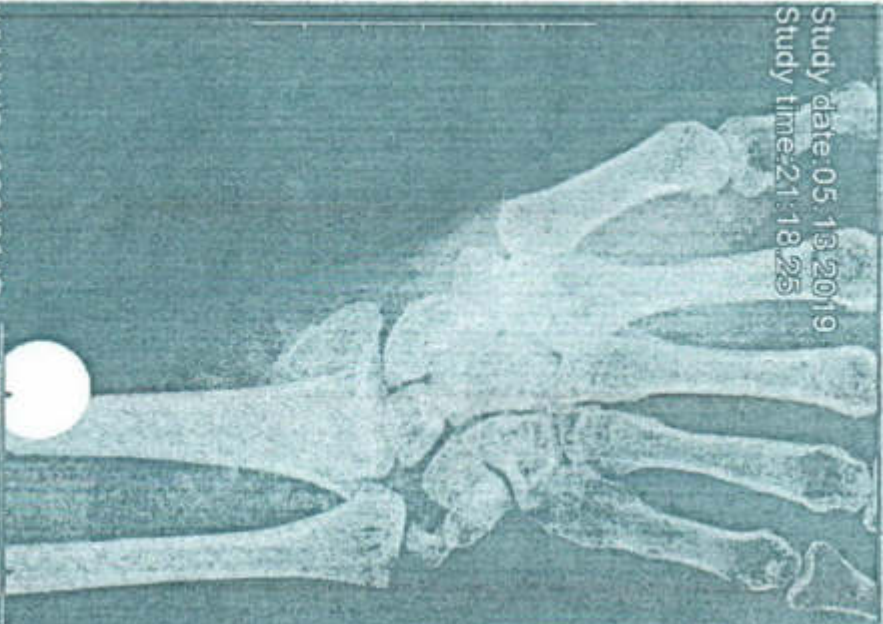


Study date: 05/13/2019
Study time: 21:18:25

Series number: 2
Image number: 1

Study date: 05/13/2019
Study time: 21:18:25

Series number: 2
Image number: 2



WWW/MC:4096/2047

(Undefined)

13 mm

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas

WWW/MC:4096/2047

(Undefined)

13 mm

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas



PT - 13/05/2019 22:19



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Prontuário: 174677 Admissão: 21/05/2019
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 1 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA Telefone: (88) 98117-8557
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 485844
Destino Interno: AGENDADO CIRURGIA

HDA/Exame Físico:

RETORNA APOS ALTA HOSPITALAR COM O HD: FT DE MANDIBULA. EVOLUI COM DOR LOCAL E LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL. TC REVELA FT DE MANDIBULA (SUBCONDILIANA A DIREITA) COM INDICACAO CIRURGICA. A MESMA NEGA COMORBIDADES. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, ACIANOTICO, AFEBRIL. APRESENTA FT EM PUNHO DIREITO EM ACOMPANHAMENTO ORTOPEDICO.
.:1. SOLICITO PRE OPERATORIO E AGENDO CIRURGIA PARA 31/05/19

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Endereço: SÍTIO BELA VISTA

Bairro: CALDAS

CEP: 63183-000

Num: 0

Idade: 27 ano(s) 1

UF: CEARÁ

Cidade: BARBALHA

Prontuário: 174677

Sexo: Feminino

Localização

Clinica: CLÍNICA CIRURGICA I Enfermaria: 01

Leito: 504

Internação 31/05/2019 22:58 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE COM CERCA DE 24 HS DE PÓS OPERATÓRIO DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA MANDIBULAR à DIREITA, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE NO PÓS OPERATÓRIO (SEM QUEIXAS ABDOMINAIS). EDEMA DE LEVE A MODERADO COMPATÍVEL COM TRAUMA CIRÚRGICO. SEM DEISCÊNCIAS OU SINAIS INFECCIOSOS. RADIOGRAFIA PÓS OPERATÓRIA NÃO REALIZADA ATÉ O MOMENTO DA VISITA. EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AMBULATORIAL.

Exames Realizados

Ex. Fís. CLÍNICO + EXAMES DE IMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA MANDIBULAR à DIREITA

Diagnóstico

S026 - FRATURA DE MANDIBULA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S026	FRATURA DE MANDIBULA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 01/06/2019

Observações Complementares

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CTBMF COM DR DAVID GONDIM CONFORME DISPONIBILIDADE DE VAGA.
TORNAR À EMERGÊNCIA DO HRC EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Responsável

Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI

Data: 01/06/2019

Dr. Francisco Aurélio L. Sandrini
CRM: 10.000-6

	Agendamento	
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Prontuário: 174677 Admissão: 18/06/2019
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 28 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA Telefone: (88) 98133-1374
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 489671
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 8 dia(s)

HDA/Exame Físico:

POS OP DE FT DE MANDIBULA HA 18 DIAS, (CONDILO). EVOLUI COM LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL , DOR LOCAL. AUSENCIA DE SINAIS FLOGISTICOS. SEM FISTULA SALIVAR. AUSENCIA DE LESAO NERVOSA. CD: INICIO FISIOTERAPIA INTENSA COM PALITOS 2. SOLICITO RAO-X E RETONRO COM 8 DIAS.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	18/06/201 17:10	Não	Pendente
TC FACE SEM CONTRASTE (0206010044)	18/06/201 17:10	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Dr. David Gondim
Cirurgião
BUCOMAXILOFACIAL
CRO-CE 4891



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Prontuário: 174677 Admissão: 25/06/2019
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 2 mes(es) e 5 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA Telefone: (88) 98133-1374
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 490601
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 30 dia(s)

HDA/Exame Físico:

POS OP DE FT DE CONDILO MANDIBULAR NO DIA 31.5.19. EVOLUI COM ABERTURA BUCAL SATISFATORIA (19PALITOS), LEVE DESVIO PARA A DIREITA.
F.O SEM SINAIS FLOGISTICOS.
RAIO-X SEM ALTERACOES
CD:1. RETONRO COM 30 DIAS

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------




Dr. David Gondim
Cirurgião
Bucodentofacial
CRO/CE 4891

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Prontuário: 174677 Admissão: 06/08/2019
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 3 mes(es) e 16 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA Telefone: (88) 98133-1374
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 496178
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 60 dia(s)

HDA/Exame Físico:

POS OP DE FT DE CONDILO MANDIBULAR HA 2 MESES. EVOLUI COM ABERTURA BUCAL SATISFATORIA
F.O SEM SINAIS FLOGISTICOS. SEM QUEIXAS
TC DE FACE SEM ALTERACOES
RETORNO COM 60 DIAS.
CD:1. RETONRO COM 30 DIAS

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Dr. David Gondim
Cirurgião
Máximoaxilofacial
CRO-CE 4891





HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão 27/05/2019

Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :

DBAMV

Paciente : 3554

Idade: 27 Anos / 1 Mês / 7 Dias

Nome do Paciente : ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Data Nascimento : 20/04/1992

Sexo : FEMININO

Estado Civil : CASADO

Religião :

Profissão : AGRICULTOR

Naturalidade : BARBALHA

Endereço : SÍTIO BELA VISTA

Número : 0

Bairro : DISTRITO DO CALDAS

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180970

Telefone :

Identidade : 20070552740

CPF : 04474194390

CNS : 700505748395851

Nome da Mãe : FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

Nome do Pai : JOSE SARAIVA DE SA BARRETO

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Responsável

Nome : DAYANA DO NASCIMENTO DA SILVA SA Parentesco : AMIGO (A)

Fone :

Endereço : SÍTIO BELA VISTA

Número : 0

Complemento :

CEP : 63180970

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Número : 3606710

Data : 27/05/2019 Hora : 07:17:14

Origem : INTERNACAO

3606710

Tipo : INTERNACAO CIRURGICA ELET

Unidade de Internação : BLOCO I

Leito : APTO 9-3

Médico do Atendimento : 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM -C6002

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF : 34631348372

Convênio : 1 SUS - INTERNACAO

Plano : PLANO UNICO

Carteira :

Guia :

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Comodação : APARTAMENTO SIMPLES

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID : S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento principal : 0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / MET

Local de Procedência :

Motivos

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002

Paciente/Responsável



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO

N.S. 13790031071

2 - CNES

2564211

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

2564211

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

6 - Nº Prontuário

3854

7 - Cadastro Nacional do SUS

700505748395851

8 - Data de Nascimento

20/04/1992

9 - Sexo

☒ Masculino ☐ Feminino

10 - Raça/Cor

03 - Parda

10.1 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe

FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

12 - Telefone de Contato

8881280722

13 - Nome Responsável

FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

SÍTIO BELA VISTA, 0 - DISTRITO DO CALDAS

16 - Município

BARBALHA

17 - IBGE

230190

18 - UF

CE

19 - CEP

63180970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

PACIENTE ADMITIDA PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA EM ANTEBRAÇO DITO. VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

21 - Condições que justificam a internação

TTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

HDA + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

24 - CID 10 Principal

S526

25 - CID 10 Secundário

V99

26 - CID 10 Causas Associadas

Dr. Antônio Nelson Viana de Brito
Pneumologista
CREMIO 9654
CPF 430.571.013-72

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

28 - Código do Procedimento

0406020407

29 - Especialidade

CIRÚRGICO

30 - Caracter de Atendimento

1

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

128368744590001

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

CASSIO MURILO DA SILVA

34 - Data da Solicitação

23/05/2019

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Dr. Cassio Murilo da Silva

Ortopedia e Traumatologia

CRM 1-2002

6002

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - () Acid. Trabalho Trajetado

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

48 - Documento

() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

47 - Cód. Órgão Emissor

M230190101

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Dr. André Tavares Evangelista
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 9677
CPF - 431.164.383-99

Dr. MOURA N. JUNIOR
MÉDICO ALCAIDON
CRM 200428888-0000
CPF 431.164.383-99

24/05/19

Código do Laudo: 3603705



Ficha de Anamnese de Internação

27/05/2019
Data de Emissão

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Usuário do Cadastro: DBAMV
Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Dados do Paciente

Nome: **ALINE SARAIVA DE SA BARRETO**

Paciente: 3854

Atendimento

Sexo: FEMININO Data Nascimento: 20/04/1992 Idade: 27 Anos / 1 Mês / 7 Dias

Nome da Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

Nome do Pai: JOSE SARAIVA DE SA BARRETO

Endereço: SÍTIO BELA VISTA

Bairro: DISTRITO DO CALDAS

CEP: 63180970

Cidade: BARBALHA

Telefone:

Profissão Declarada: AGRICULTOR

Número: 0

Dados do Atendimento

Data: 27/05/2019 Hora: 07:17:14 Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME: 24168

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade: BLOCO I

Leito: APTO 9-1

Assinatura do paciente ou responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

trauma em WRD

Antecedentes:

I.S.

Exame Físico:

Dor e deformidade

Hipótese Diagnóstica:

Trauma em nudo distal do D

Diagnóstico Definitivo:

D. nudo

Alta em: 28/05/19

Condições de Alta:

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULC

Data de Emissão 27/05/2019

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Usuário do Cadastro :

DBAMV

Nome : ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Unidade : BLOCO I

Identidade : 20070552740

Leito : APTO 9-3

Paciente : 3854

CPF : 04474194390

Nome da Mãe : FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

Dados do Responsável

Nome : DAYANA DO NASCIMENTO DA SILVA SAF Parentesco : AMIGO (A)

Fone :

Endereço : SÍTIO BELA VISTA

Número : 0

Atendimento



360671

TERMO DE RESPONSABILIDADE - MAIOR E CAPAZ

1- Disposições gerais:

a) O presente termo dispõe sobre direitos e deveres recíprocos entre o paciente, o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, tendo como base o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.

b) O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo é uma instituição filantrópica de assistência social que mantém convênio com a Universidade Federal do Ceará e com a Universidade Regional do Cariri - URCA para dar apoio às suas atividades de ensino. O seu Corpo Clínico é composto por Médicos, Professores de Medicina e seus aprimorandos.

2- Dos deveres e salvaguarda de direitos:

a) O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

b) O profissional de saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

c) O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável de sua doença.

d) Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios;

e) Quando houver discordância quanto à aplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

f) O paciente tem o direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

g) No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito ou na presença de duas testemunhas, devendo este termo ser arquivado junto ao seu respectivo prontuário.

h) Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital cessarão para o médico e para a Instituição quanto às consequências que este fato trouxer.

3- Da Incapacidade:

a) No caso do paciente, durante o tratamento, tornar-se incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, desde já ficará responsável como seu REPRESENTANTE INDICADO para representá-lo junto à Instituição e Corpo Clínico:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

b) O Representante Indicado será a pessoa de confiança do paciente, podendo ser seu parente ou não, cabendo ao paciente a sua notificação sobre esta indicação.

c) Em caso de iminente risco de vida ou de perda da qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões (e na ausência do seu Representante Indicado) o médico estará autorizado a adotar as condutas que achar necessárias para resguardar a sua saúde.

d) Estando ausente o médico assistente do paciente e ocorrendo eventos que coloquem em risco a sua saúde a Instituição lhe garantirá a assistência emergencial necessária através dos seus médicos plantonistas.

4- Do Prontuário:

a) Conforme preceituam as normas em vigor o Prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada. O seu manuseio será permitido apenas pelos profissionais envolvidos no seu atendimento, ressaltando-se o sigilo ético sobre as informações ali contidas.

b) Cabe à Instituição a guarda do prontuário pelo tempo previsto em lei.

c) O paciente tem o direito de obter relatório contendo informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação prévia e por escrito ao Setor de Arquivo Médico e Estatística;

d) O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo serem revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

5- Disposições Finais.

a) Após a alta médica o paciente deverá deixar as dependências do Hospital no prazo de até 24 (vinte e quatro horas), após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

b) O atendimento eletivo será prestado nos limites e dentro das regras do convênio a que pertença o paciente, fora dos quais o paciente e seus familiares ficarão responsáveis pelo ressarcimento ao Hospital.

O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME.

Barbalha-CE, ____/____/____

PAC. OU RESP.:

Data da Alta: ____/____/____

Assinatura

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 30/05/2019

Hora.....: 09:37

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0004

SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Atendimento : 3606710

SUS - INTERNACAO

Carteira :

APTO 1-1

Idade : 27 Anos 10 Dias 9 Horas

Aviso de Cirurgia : 103370

Paciente : 3854

Convênio Atend. : 1

Leito : 83

BEI

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 103370

Paciente : 3854

Convênio Atend. : 1

Leito : 83

Dt. Início : 27/05/2019 10:05

Id Pré-Operatório : S526

Id Pós-Operatório :

Sala : 0004

SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

SUS - INTERNACAO

APTO 1-1

Dt. Fim : 27/05/2019 11:05

Atendimento : 3606710

Carteira :

Idade : 27 Anos 10 Dias 9 Horas

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimentos

Procedimento: 0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 29

BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIAO

6002 CASSIO MURILO DA SILVA

ANESTESISTA

10064 MOACIR FERREIRA CHAVES JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

-PC EM DECUBITO DORSAL

-ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

-APOSIÇÃO DE CAMPOS

-ABORDAGEM DO RÁDIO E VIA RADIOSCÓPICA REALIZADO FIXAÇÃO COM 02 FIOS PERCUTÂNEOS

-CURATIVO

-TALA LUVA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6002

DR(A): CASSIO MURILO DA SILVA
CRM : 6002

403370

50.403

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo		BOLETIM ANESTÉSICO		REGISTRO	ATENDIMENTO	CONVÊNIO	
					3606710	SUS	
IDENTIFICAÇÃO							
Paciente: <i>Lina Servino de São Bento</i>				Origem: () APTD () ENFERMARIA () AMB.			
Idade: <i>27A</i>	Sexo: <i>F</i>	Peso: <i>37</i>	Altura:	Data: <i>27/05/19</i>			
Diagnóstico Pré-operatório: <i>Exatoma de nódulo distal à direita</i>							
AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA							
ASA: <i>I</i>	RA: <i>132,60</i>	FC: <i>95</i>	FR:	SpO ₂ :	Tempo:		
Anestesia: <i>Bupivacaína / Bupivacaína</i>							
Complicações e/ou Testes Anestésicos: <i>Nenhuma</i>							
Jéjun: <i>7h</i>	Mallampatti: <i>E</i>	Esternomental: ☒ >10cm ☐ <10cm	Tireomental: ☒ >5cm ☐ <5cm	Intenso: ☒ >3cm ☐ <3cm	Extensão Atlantooccipital: ☒ Completa ☐ Incompleta	Dentição: <i>NDV</i>	
ECTOSCOPIA		AP. CARDIOVASCULAR		AP. RESPIRATÓRIO		SNC	
☒ Estado geral bom ☐ Estado geral ruim ☐ Estado geral péssimo ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Febril ☐ Desidratado ☐ Descolorado ☐ Sudoreico		☐ Hemodinâmica instável ☐ Arritmia ☐ Choque ☐ Insuficiência cardíaca ☐ IAM prévio ☐ Uso de antiagregante pgt. ☐ Uso de anticoagulantes ☐ Revascularização prévia ☐ Hipertensão ☐ Insuficiência Coronariana ☐ Valvopatia ☐ Aneurisma de aorta		☐ Dispneico ☐ Tabagista ☐ Asma ☐ DPOC ☐ Hipertensão pulmonar ☐ Broncoespasmo ☐ Roncos e estertores ☐ Pneumonia ☐ Tosse produtiva ☐ Derrama pleural ☐ Pneumotórax / hemotórax ☐ Insuficiência respiratória		☒ Alerta e orientado ☐ Torporoso ☐ Agitação psicomotora ☐ Coma ☐ TCE ☐ Liquorréia ☐ Otorrágia ☐ Lesão medular ☐ Hipertensão intracraniana ☐ Déficit motor localizado ☐ AVE prévio ☐ Convulsão / epilepsia	
						ENDÓCRINO / MET / RENAL	
						☐ Diabetes ☐ Hipertireoidismo ☐ Hipotireoidismo ☐ Obesidade ☐ Desnutrição ☐ IRC ☐ IRA ☐ Hematuria ☐ ITU ☐ GESTAÇÃO Semanal:	
EXAMES COMPLEMENTARES							
Hto: <i>36,5</i>	Hb: <i>16,1</i>	Pqt: <i>260 mil</i>	Glicemia:	Creatinina:	Uréia:		
Na: <i>136</i>	K: <i>4</i>	Ca: <i>2,0</i>	Mg: <i>0,8</i>	TP: <i>11,3</i>	Atv: <i>96%</i>	INR: <i>1,02</i>	
RX Tórax:							
ECG:							
Avaliação Cardiovascular: <i>Good I</i>							
Outras Observações:							
Anestesia Proposta: <i>bloqueio de plexo braquiopl</i>							
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
① <i>Cirurgia de plexo de nódulo distal à direita</i>							
②							
③							
PÓS-ANESTÉSICO							
DESTINO DO PACIENTE		ESTADO DE CONSCIÊNCIA		VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO	
☒ Enfermaria ☐ SRPA ☐ CTI ☐ Casa (ampliadora)		☒ Consciente e orientado ☐ Lavemente sedado ☐ Sedação profunda ☐ Coma		☒ Sem dispositivos acessórios ☐ Cateter nasal ☐ Máscara de Venturi (%) ☐ Máscara laringea ☐ Sonda Traqueal		☒ Espontânea ☐ Assistida manualmente ☐ Ventilação mecânica	
						SISTEMA CARDIOVASCULAR	
						☒ Estável hemodinâmica ☐ Instável hemodinâmica ☐ Uso de DVA ☐ Choque	
SINAIS VITAIS							
PA: <i>126x54</i>	FC: <i>100</i>	FR:	SpO ₂ : <i>100%</i>	Temperatura:			
ANESTESIOLOGISTA		CIRURGIÃO PRINCIPAL		PRIMEIRO AJUDAR			
<i>Dr. Mosca</i> Dr. Moisés Chaves Anestesiologista CRM-EC 10.064		<i>Dr. Camilo</i> Murilo					



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AV. DEL. JOÃO COELHO, 289 - PONEI - (SAX/58) 3532-7100
CNPJ: 06.954.506/0001-12



cuidado
humanizado



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: <u>Alma Sampaio de sa. Pereira</u>		ATENDIMENTO: <u>3606710</u>	
Admissão no centro cirúrgico			
DATA: <u>21/05/19</u>	HORÁRIO:	Procedência: ☒ Enfermaria () Externo () UTI () Apto. () outro	
Prótese dentária: ☒ não () sim:		Adornos: ☒ não () sim:	
Jejum: () não ☒ sim: desde as _____ h		Roupa íntima: ☒ não () sim:	
Procedimento Realizado: <u>exame cirúrgico de base de coxas direita esquerda</u>			
Evolução na Sala Operatória			
Punção venosa: ☒ veia periférica JELCO Nº: <u>29</u> A.V.C () dissecação venosa LOCAL: <u>ME</u>			
Posição para cirurgia: () Ginecológica () Litotômica ☒ Dorsal () D.Ventral () D.Lateral D/E			
Sonda Vesical: ☒ não () sim Tipo: () demora () alívio Número: _____ Presença diurese: () não () sim			
Placa Bisturi: ☒ não () sim Local: () panturrilha D/E () dorso ombro D/E () coxa D/E			
Anestesia: ☒ Bloqueio Qual: <u>Bloqueio de flexão R/L</u> Geral () Sedação () Local			
HEMOTRANSFUSÃO ☒ não () sim C.H. () PLASMA FRESCO () PLAQUETAS ()			
D. Os: ☒ não () sim Tipo: () Tórax D/E () tubular/laminar () penrouse () Kher () sucção () outros			
COMPRESSAS OFERECIDAS: () não ☒ sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: () não ☒ sim:	
GRANDES: <u>05</u> PEQUENAS:		GRANDES: <u>05</u> PEQUENAS:	
CIRURGIA: INÍCIO: <u>1000</u> h		TÉRMINO: <u>1110</u> h	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS		VIA	DOSE
1- <u>cefazolin</u>		<u>EV</u>	<u>2g</u>
2- <u>cefotaxima</u>		<u>IV</u>	<u>400mg</u>
3- <u>amoxiclavina</u>		<u>IV</u>	<u>400mg</u>
4- <u>diclofenaco</u>		<u>IV</u>	<u>1.5g</u>
5- <u>cefepime</u>		<u>IV</u>	<u>1000mg</u>
6- _____			
7- _____			
8- _____			
9- _____			
10- _____			
HGT			
Encaminhado peça para exame: ☒ não () sim: qual: _____			
INTERCORRÊNCIAS: <u>não</u>			
OBS: <u>entrega de exames de intensificação</u>			
Alta da sala operatória as: _____ h Destino: () RPA () UTI AD. () UTINEO () TIPED () Enfermaria () Apto. () Necrotério			
<u>Davi + Alina</u> CIRCULANTE DA SALA - ASS./COREN		<u>Enimar</u> INSTRUMENTADOR - ASS./COREN	
Recuperação Pós - Anestésico - RPA			
Admissão: nível consciência: () acordado () sonolento () acorda quando chama () dormindo () TOT			
Queixas: () sem queixas			
Respiração: () ndn () com necessidade de suplementação O ₂			
Local cirúrgico: () ndn () alterado			
SNG: () não () sim SNE: () não () sim Sonda Vesical Demora: () não () sim			
Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: () não () sim Qual: () uso O ₂ l/min			
ESTOMA: () não () sim: ASPECTO: _____			

58.284



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 299 Fone: (88) 3532 - 7100

CNPJ:03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: 3606710 Cliente: Alma Francisca de sa. Pereira
Idade: 27 anos ASA: 2 Data: 27.05.19
Clínica: B L I Quarto: 1-1 Categoria: 505
Cirurgião: Dr. Cassio Muniz
Diagnóstico: _____
Procedimento realizado: esclerose cirúrgica de Est. de Córdova de 1º grau

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

1 x ply. energia

RESP. PREPARO:

licença

DATA ESTERILIZAÇÃO:

23.05.19

NÚMERO DO LOTE:

11052305191809

DATA DO USO:

(26.05.19) 27.05.19

HORA:

10.00 A 11.10

S.O.

D

CIRURGIÃO:

Dr. Cassio Muniz

OBS:

eletiva

INTEGRADOR

CX-1-ply. energia 330 g
FITA 11052305191809
11052305191809



BOLETIM DE CIRURGIA

50322

PACIENTE:

CONVENIO:

REG. N°

DIAGNÓSTICOS:

CIRURGIA REALIZADA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR



Hospital Materidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3597647
3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Paciente.....
Solicitante.....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 897468
Idade.....: 27a 1m 0d
Atendido.: 16/05/2019
Laudado..: 16/05/2019

PUNHO DIREITO

- Fratura distal do rádio e da base do processo estilóide da ulna.

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682



PRESCRIÇÃO: 1284185 DATA: 27/05/2019 10:00
TENDIMENTO: CMURILO
ATENDIMENTO: 3606710 DT NASC: 20/04/1992 (27A 1M 6D)
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
PACIENTE: 3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO: 27/05/2019 07:17 0 DIAS (5) INT

1ª VIA

VEICULO: CASCO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO I LEITO.: APTO 1-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CIVIL: 3854 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA] CICLO: 1
DIAGNÓSTICO:
PROTÓTIPO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do
Médico

3606710

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA BRANDA					Livre	[27/05]	10
Obs.: APÓS RECUP ANESTÉSICA						[28/05]	10

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 (D1/2) SORO FISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO FR 500ML Obs.: LENTO NAS 24 HRS	1	FRASC C/500		IV	12hs/12hs	[27/05]	20 14-25 [28/05]
3 (D1/2) CEFALOTINA SODICA 1G FA Justificativa: PROFILÁTICO Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD	1	FA C/1G		IV	12hs/12hs	[27/05]	20 2X [28/05]
4 (D1/2) DÍPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD	1	AMP C/2ML		IV	4 x ao dia	[27/05]	20 16 2X [28/05]
5 (D1/2) TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 1ML (TRAMADON) Obs.: DILUIDO EM 100 ML DE SF SE DOR INTENSA	1	AMPOLA		IV	3 x ao dia	[27/05]	20 SIN [28/05]

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 CUIDADOS GERAIS Obs.: MEMBRO OPERADO EM REPOUSO					Continua	[27/05]	10
						[28/05]	10

Dr. Cassio Muriilo da Silva
CRM 3401345377
CASSIO MURILO DA SILVA
CRM 3402



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médicos

27.05/2019

10:03:53
CMURILO

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA
BARRETO

Atendimento: 03606710

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO
1-1

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE SINTESE EM RADIO DISTAL

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM - 6002



**Hospital Maternidade São Vicente de
Paulo**
Evolução do Enfermeiro

27/05/2019
14:42:07
DTAVARES

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 1-1
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução do Enfermeiro

Evolução Diurna 27/05/2019

Cliente em POI de correção de fratura em punho D, evolui consciente, orientada, eupneica, normotensa e afebril. Aceitou a dieta ofertada. Tem uma fratura de mandíbula. Venóclise por AVP. Pele íntegra, aplicado protocolo de prevenção de LP. MSD enfaixado. Tem fluoroscopia de controle. Diurese espontânea. Segue aos cuidados de enfermagem.


DANIELE DE ALCANTARA TAVARES
COREN - 137495



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

27/05/19
17:00:00
GPEXOTO

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: BLOCO I, APTG 1-1
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

27/05/19

08:00H. Paciente admitido no pré operatorio de fratura de punho direito, com tala gessada, veio deambulando acompanhada por familiares e funcionario do setor de origem, exames externo anexo ao prontuario, relata ser alergica paracetamol e buscopam, aguarda S.O.

PA=120X80MMHG T=36.1°C.

09:55H. Encaminhada para S.O.

Vera Lucia Duarte

VERA LUCIA DUARTE. COREN 485722

11:30h, CLIENTE RETORNA S.O EM MACA VENOCILISE POR AVP, ENFAIXAMENTO EM MSD, FLUROSCOPIA ANEXA AO PRONTUARIO, SEGUE TRATAMENTO SEM INTERCORRENCIAS.

PA=110X70MMHG

T=36.4°C.

13:40H. Paciente refere algias medicado c.p.m, aceitou bem a dieta.

PA=110X80MMHG T=36°C.

Jacqueline Santos
JACQUELINE SANTOS 558190



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

28/05/2019
06:04:21
MAYLA GON

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: BLOCO 4, APTO 1-1
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

27/05/2019

22:00h-POI-Fratura em Punho-Paciente evolui consciencia, calma, mantendo F.O em MSD com curativo/enfaixamento externamente limpo e elevado, venoclise por AVF, com algias, sendo m.c.p, em repouso no leito sob cuidados.

Aferidos P.A-110x70mmhg T-36.5°C

28/05

05:00h-Segue sem maiores queixas.

Cicera Gerhild Farias de Sousa-COREN-05369789

Cicera Gerhild F. Sousa

PRESCRIÇÃO: 1284480 DATA: 28/05/2019 12:00
USUARIO: FWLEITE
ATENDIMENTO: 3606710 DT NASC: 20/04/1992 (27A 1M 7D)
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
PACIENTE: 3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO: 27/05/2019 07:17 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

ME. TCO.: CASIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO 1 LEITO.: APTO 1-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.: 8224 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO (ULNA) CICLO.: /
DIAGNOSTICO:
PROCEDIMENTO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3606710

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTO DE ALTA

1 ALTA MEDICA

Obs.: RETIRAR AVP

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

on

Dr. Raimundo Soares

ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médica

28/05/2019

08:34:29
FWLEITE

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA
BARRETO

Atendimento: 03606710

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO
1-1

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

EVOLUÇÃO MÉDICA - 28/05/19

ID: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO, 27 ANOS, PROCEDENTE DE BARBALHA-CE
2º DIH

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM 15 DIAS DE
EVOLUÇÃO SOFRENDO FRATURA DISTAL DO RÁDIO E DA BASE DO PROCESSO
ESTILOÍDE DA ULNA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

HPP: REFERE ALERGIA A PARACETAMOL E BUSCOPAM.

27/05: PACIENTE REALIZOU SÍNTESE EM RÁDIO DISTAL COM FIO DE KIRCHNER.
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ACEITA BEM DIETA
LÍQUIDA, NÃO CONCILIA O CICLO SONO-VIGÍLIA, REFERE PIORA DA DOR EM
ANTEBRAÇO DIREITO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES.

FF:

EGB, ORIENTADA, CONSCIENTE, EUPNÉICA, HIDRATADA.

ACV: RCR 2T, BCNF S/S

AR: MV+, S/RA

ABD: PLANO, RHA+, S/VMG

EXT: ANTEBRAÇO DIREITO COBERTO COM CURATIVO E TALA.

CD: 1. ALTA MÉDICA

2. ORIENTO MARCAÇÃO DE RETORNO COM A ENFERMEIRA SUELI.

Dr. Rainerio Szejima

ALUNO ACABEMICO
CRM - 000000



Hospital Maternidade São Vicente
de Paulo
Anotações de Enfermagem

28/05/2019
16:18:55
EFERREIRA

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 1-1
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

28/05/2019

08:00 Paciente evolui consciente, calma, mantendo F.O em MSD com curativo/enfaixamento externamente limpo e elevado, venoclise por AVP, com algias, sendo m.c.p, em repouso no leito sob cuidados.

PA110/70MMHG.

08:20h, paciente com queixas de fortes algias e incomodo no local da tala, foi encaminhada para troca de tala na trumatologia.

8.36h, paciente teve visita medica e alta, aguarda transporte.

15h, retirado acesso venoso e aguarda transporte.

16h, foi para casa apos chegada do transporte.

----- ENEDINA OLIVEIRA COREN 929367

Enedina Oliveira

1-1

Atendimento: 3506710

Dt Atendimento: 27/05/2019 - 07:17

Dt Alta: 28/05/2019 - 08:20

Paciente: 3854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 83 APTO 1-1

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: FWLEITE

CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento de Alta 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS O:

Observação de Alta

ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO, 27 ANOS, PROCEDENTE DE BARBALHA-CE
2ª UH

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM 15 DIAS DE EVOLUÇÃO SOFRENDO FRATURA DISTAL DO RÁDIO E
DA BASE DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

HPP: REFERE ALERGIA A PARACETAMOL E BUSCOPAM.

27/05: PACIENTE REALIZOU SÍNTESE EM RÁDIO DISTAL COM FIO DE KIRCHNER. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ACEITA BEM DIETA LÍQUIDA, NÃO CONCILIA O CICLO SONO-VIGÍLIA,
REFERE PIORA DA DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES.

EF:

EGG: ORIENTADA, CONSCIENTE, EUPNÉICA, HIDRATADA.

ACV: RCR 2T, BCNF S/S

AR: MV+, S/RA

ABD: PLANO, RHA+, S/VMG

EXT: ANTEBRAÇO DIREITO COBERTO COM CURATIVO E TALA.

CD: 1. ALTA MÉDICA

2. OR. ENTO MARCAÇÃO DE RETORNO COM A ENFERMEIRA SUELI.



Dr.(a) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

CRM: C6002



IMPRESSÃO DE AUTORIZAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
24/05/2019

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

PACIENTE: 700505748395851 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
NOME DA MÃE: FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

CPF:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BARBALHA

CEP:

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

PROCEDIMENTO: 0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE

DIAGNÓSTICO INICIAL: S526 - Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]

DATA - HORA: 24/05/2019 - 08:56

ESTABELECIMENTO SOLIC.: 2564211 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

PROFISSIONAL SOLIC.: 128368744590001 - CASSIO MURILO DA SILVA

ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2564211 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

MUNICÍPIO SOLICITANTE: 230190 - BARBALHA

MUNICÍPIO EXECUTOR: 230190 - BARBALHA

AUTORIZADOR: ANDRE TAVARES EVANGELISTA

CPF: 980016276890044

REGISTRO NO CONSELHO: NÃO INFORMADO

(Dia 27/05/19 (7hs)

Dr. J. J. J.

16



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3597647
3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Paciente.....
Solicitante..... CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio..... SUS - AMBULATORIO
Bloco..... SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 897468
Idade.....: 27a 1m 0d

Atendido.: 16/05/2019
Laudado...: 16/05/2019

PUNHO DIREITO

- Fratura distal do rádio e da base do processo estilóide da ulna.

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

PACIENTE: ALINE SANTANA DE SA BARRETO
LEITO: 1-1 ATENDIMENTO: 3606710 IDADE: 27 A. CONVÊNIO: SUS
PROCEDIMENTO PROGRAMADO: FRAT. DE RÁDIO "D"
DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: 27.05.19 HORA DO ENCAMINHAMENTO: 09:55
() ALERGIAS: BUSCOPAN, PARACETAMOL

HÁ RISCO DE GRANDES PERDAS SANGÜÍNAS? (Superior a 500 ml)

() SIM () NÃO

() RESERVA DE SANGUE DISPONÍVEL - C II Quantos? _____ () PLASMA - Quilhos? _____

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO _____

JEJUM A PARTIR DAS 23.00 HS do DIA 26/05/19

RESERVA DE VAGA EM UTI () DATA: ____/____/____ VAGA EM SETOR () DATA: ____/____/____

COMORBIDADES: () HIPERTENSO () DIABÉTICO () TOSSE () FEBRE () NEOPLASIAS

OUTRAS _____

() TABAGISTA () FERIDAS/ INFECÇÕES DE PELE- Local _____

☒ CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO () BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA

() RETIRADA DE ÓRESES, PRÓTESES E ADORNOS () TRICOTOMIA

() SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO () AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

☒ CIRURGIA PRÉVIA. QUAL? CEZAREIA

EXAMES COMPLEMENTARES E IMAGENS: ☒ ECG () RX DE TORAX () USG () ECO

☒ PARECER CARDIOLOGISTA (RISCO CIRÚRGICO) GRUPO I () USG DOPPLER

OUTROS RX DE PUNHO "D"

HEMOGRAMA: HB: 12,10 HT: 36,50 LEUCÓCITOS: 9.070 PLAQUETAS: 260.000

TAP: TEMPO: 11,30 ATIVIDADE: 96,00 TANK: 1,02

Na: _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glicemia: 95,00 mg/dL

GRUPO SANGÜÍNEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

ACESSO VENOSO: () AVP () AVC JEICO Nº: _____ MEMBRO: _____ () NÃO POSSUI AV

SINAIS VITAIS: PA: 110/70 PULSO: _____ TEMP: 36,12 FR: _____

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS: () INTERNAMENTO + AIH () EXAMES PRÉ-OPERATÓRIO

() SAME Nº _____ OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: _____

COREN 1191340 () ENFERMEIRO ☒ TEC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: [assinatura]

[assinatura]
MARCIA DE SA SANTANA
COREN-CE 1191340-TE



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Paciente _____ Bloco _____
Leito _____ Atendimento _____

Pelo presente termo, Eu, Wagner do Nascimento da Silva Saraiva

() Paciente () Responsável pelo paciente

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Para as cirurgias **NEUROLÓGICAS** os possíveis riscos são: cegueira, surdez, perda da fala (afasia), paralisias de uma parte ou do corpo todo (paraplegia, hemiplegia, quadriplegia), perda de sensibilidade, alterações da consciência, coma e até o risco de morte.

5. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível: _____

Assinatura: Wagner do Nascimento da Silva Saraiva

Grau de Parentesco: _____ RG: _____

Testemunha 1: _____ RG: _____

Testemunha 2: _____ RG: _____

Barbela, ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser Preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade Nº _____

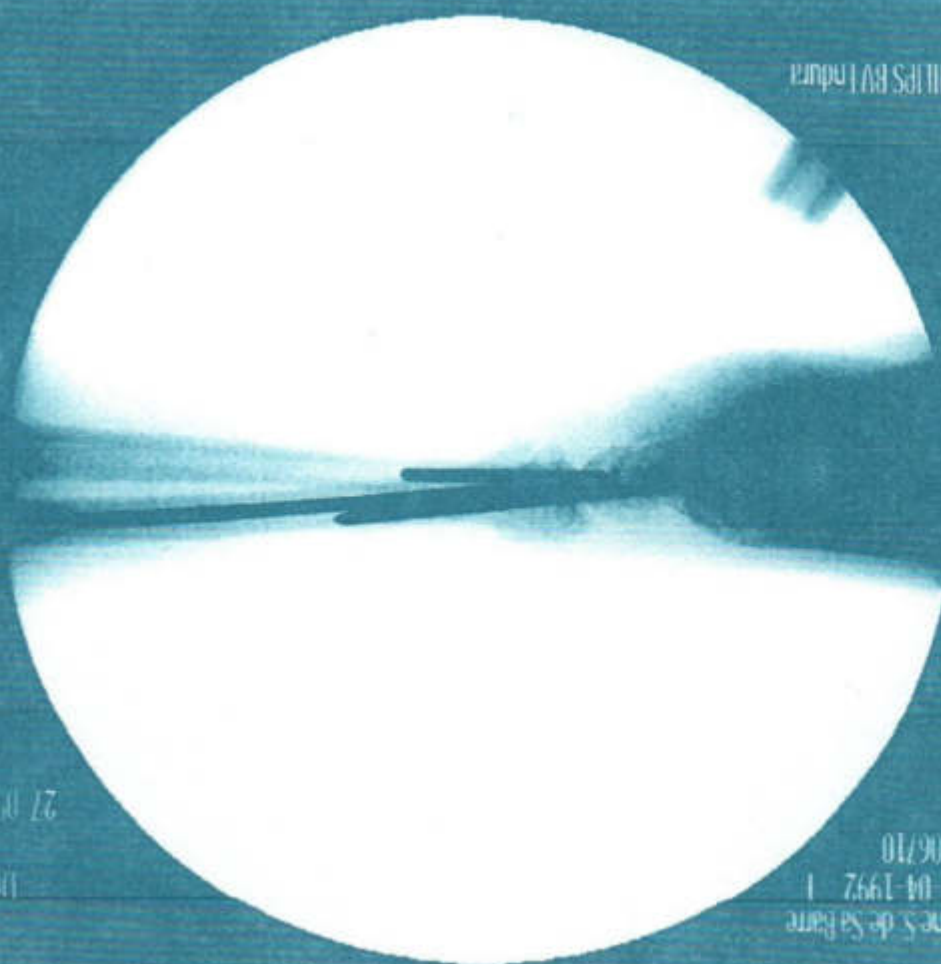
responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, até sua residência.

Barbela, ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura: _____

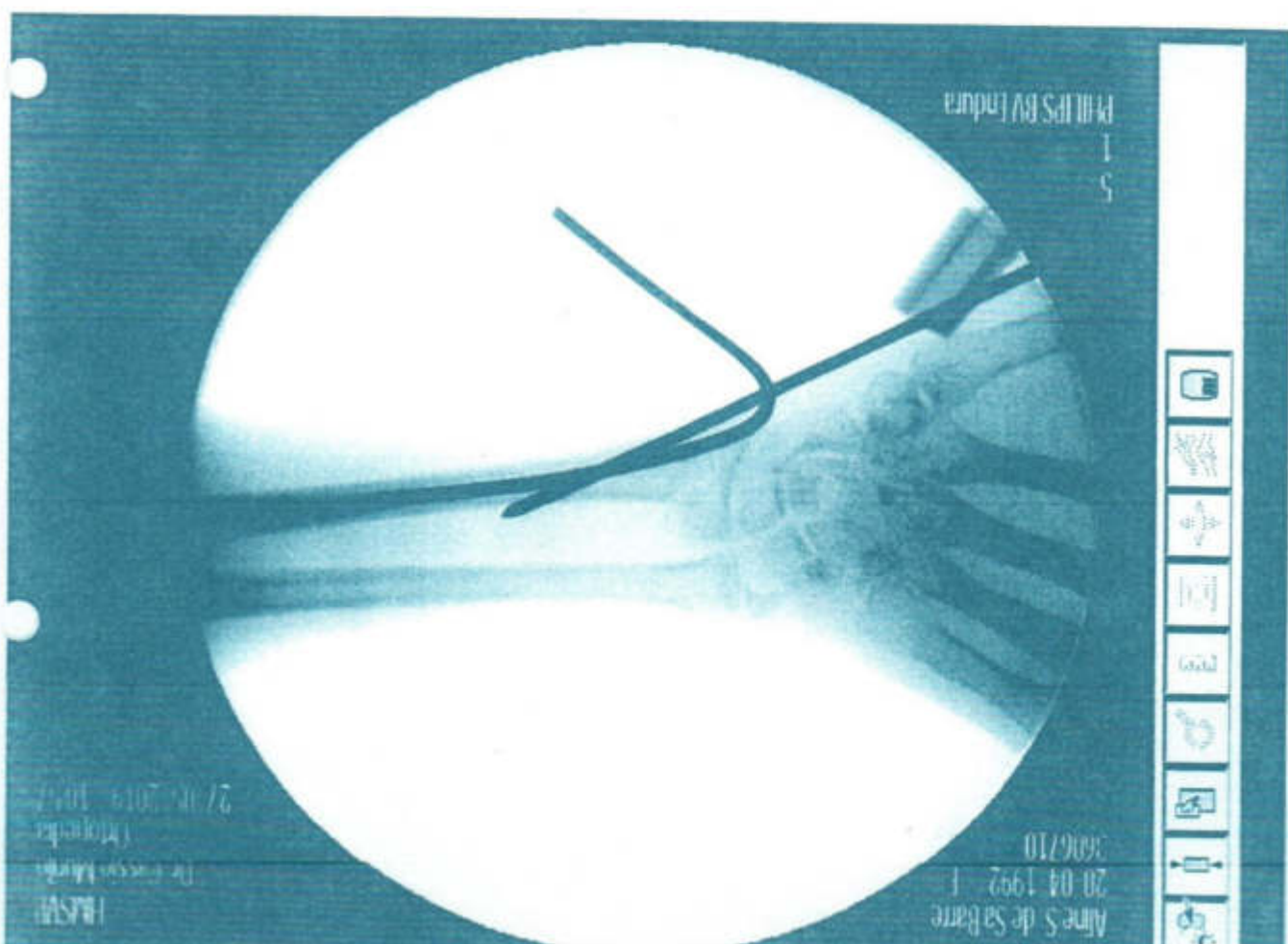


Almeida de Sa Paulo
20-04-1992 1
3606/710

PHILIPS BV Indura
1



MASSP
111-1-ASSIO MAURO
27 DE 2010 1007



S
1
PHILIPS BV Indura

Aline S. de Sa Barre
20.04.1992 F
3606710

LAASER
Dr. Ines von Klenow
17.04.2019 10:17

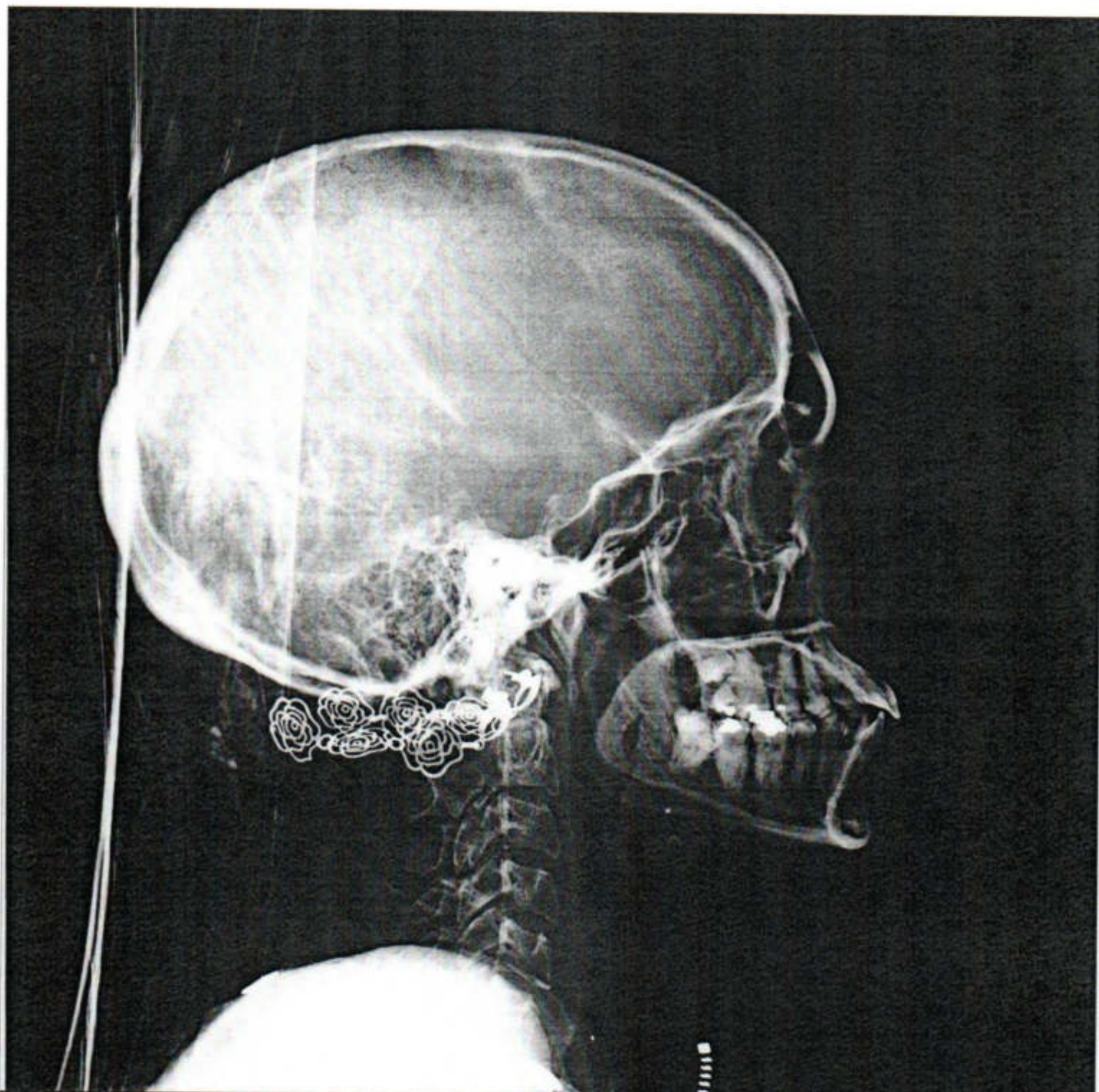




NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE:JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Pront.: 174577 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s) Admissão: 13/05/2019 19:16

Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA

Sexo: Feminino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63183-000

Bairro: CALDAS

Tel.: 88 98117-8557

Endereço: SÍTIO BELA VISTA

Num: 0

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador: EVELINE NAIARA NUVENS OLIVEIRA

Horário: 13/05/2019 19:32

Queixa:

PCT COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, RELATA DOR EM MSD, CEFALeia, APRESENTA

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO

Sato02:

Glasgow: 15 Temp.:

Glicemia:

Régua:

Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

CRM: 6

Nº: 484587

Horário 13/05/2019 19:41

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Elxo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

TRAUMA EM PUNHO E JOELHO DIREITO APOS ACIDENTE DE MOTO

AO EXAME

ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII

NV PRESERVADO

DOR EM PUNHO E JOELHO DIR, DEFORMIDADE NO PUNHO

TRAUMA EM FACE E CEFALeia

CD

RX E REAVALIAÇÃO

AV DA CIR GERAL E DA BUCO



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AP/P (0204060125)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AXIAL (0204060133)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX CRANIO AP/LATERAL (0204010080)	13/05/2019 19:58	Sim	Pendente
RX SEIOS DA FACE MN/FN/LATERAL (0204010144)	13/05/2019 19:58	Sim	Pendente

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Pront.: 174677

Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s)

Admissão: 13/05/2019 19:16

Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA

Sexo: Feminino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63183-000

Bairro: CALDAS

Tel.: 88 98117-8557

Num: 0

Endereço: SITIO BELA VISTA

PRESCRIÇÃO

Médico: ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES

CRM 6529

13/05/19 19:59

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP. ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H (SE DOR)	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	20/30
Nº TOTAL DE FASES (4) SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR NA 1ª, 2ª, 3ª, 4ª FASE(S) 500 ML FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 83.3 ML/H INTRAVENOSA / 6/6 H	20/30 08:30
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	1ª 2ª 3ª 4ª

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Admissão: 13/05/2019 19:16

Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 0 dia(s)

Tel.: 88 98117-8557

Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA

Sexo: Feminino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63183-000

Bairro: CALDAS

Endereço: SITIO BELA VISTA



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	13/05/2019 19:42	Não	Realizado
RX JOELHO D AP/P (0204060125)	13/05/2019 19:42	Não	Realizado
RX JOELHO D AXIAL (0204060133)	13/05/2019 19:42	Não	Realizado
RX CRANIO AP/LATERAL (0204010080)	13/05/2019 19:58	Sim	Realizado
RX SEIOS DA FACE MN/FN/LATERAL (0204010144)	13/05/2019 19:58	Sim	Realizado
RX PA DE MANDIBULA (0204010110)	13/05/2019 20:36	Não	Realizado
TC FACE SEM CONTRASTE (0206010044)	13/05/2019 22:35	Não	Realizado

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
13/05/2019 22:22	BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ	TO RX COM FRATURA RADIO DISTAL DIR DESVIADA CD TALA AXILO MEDICADA E ORIENTADA TTO CIRURGICO NO HMSVP EM BARBALHA RETORNO PRECOCE SN ALTA DA TO
14/05/2019 10:46	DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM	PARECER BUCOMAXILOFACIAL PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, CORADA, ACIANOTICA, AFEBRIL, EG BOM. NEGA DOR EM TORAX OU REGIAO ABDOMINAL. APRESENTA IMOBILIZACAO EM MSD. FACE: LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL COM DOR PRE AURICULAR. FCC JA SUTURADOS EM FACE. CD:1. AGUARA RESULTADO DA TC DE FACE PARA DEFINICAO DE CONDUTA 2. PRESCRICAO EM ANEXO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Admissão: 13/05/2019 19:16
Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 0 dia(s) Tel.: 88 98117-8557
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Sexo: Feminino RG: Município: BARBALHA
CEP 63183-000 Bairro: CALDAS
Endereço: SÍTIO BELA VISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador EVELINE NAIARA NUENS OLIVEIRA Horário 13/05/2019 19:32
Queixa: PCT COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, RELATA DOR EM MSD, CEFALIA, APRESENTA
LESÃO SANGRANTE EM FACE E EM QUADRIL ESQUERDO
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEL MACEDO CRUZ CRM: 13375 Nº: 484587 Horário 13/05/2019 19:41
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA / Exame Físico:
TRAUMA EM PUNHO E JOELHO DIREITO APOS ACIDENTE DE MOTO
AO EXAME
ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII
NV PRESERVADO
DOR EM PUNHO E JOELHO DIR, DEFORMIDADE NO PUNHO
TRAUMA EM FACE E CEFALIA



EX E REAVALIAÇÃO
AV DA CIR GERAL E DA BUCO

ALTA

Data: 14/05/2019 16:44

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data		Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
13/05/201	19:32	TRAUMA MAIOR	MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	EVELINE NAIARA NUENS OLIVEIRA

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s) Admissão: 13/05/2019 19:16
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Sexo: Feminino RG: Município: BARBALHA
CEP 63183-000 Bairro: CALDAS
Endereço: SITIO BELA VISTA Tel.: 88 98117-8557
Num: 0

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição

Horário:

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

Dr. Brando de Azevedo Cruz
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro / Cotovelo
CRM-CE 10.375 CRP-PE 2001 TETO 1456



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s) Admissão: 13/05/2019 19:16
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Sexo: Feminino RG: Município: BARBALHA
CEP: 63183-000 Bairro: CALDAS Tel.: 88 98117-8557
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Num: 0

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: EVELINE NAIARA NUENS OLIVEIRA Horário: 13/05/2019 19:32
Queixa: PCT COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, RELATA DOR EM MSD, CEFALÉIA, APRESENTA
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ CRM: 6 Nº: 484587 Horário: 13/05/2019 19:41
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

TRAUMA EM PUNHO E JOELHO DIREITO APOS ACIDENTE DE MOTO
AO EXAME
ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII
NV PRESERVADO
DOR EM PUNHO E JOELHO DIR, DEFORMIDADE NO PUNHO
TRAUMA EM FACE E CEFALÉIA

CD

RX E REAVALIAÇÃO
AV DA CIR GERAL E DA BUCO



Dr. Breno A. Macedo Cruz
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-CE 13.275 CRM-PE 20941 TEST 1976

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AP/P (0204060125)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AXIAL (0204060133)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA	
DOC IDENTIDADE / DNS FRENTE OF 20070552740 SSPDS CE	
CPF 044.741.943-90	
DATA NASCIMENTO 20/04/1992	
TRACÇÃO JOSE SARAIVA DE SA BARRETO FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO	
PERMISSÃO	ACC CATIMA
06749585994	30/08/2021 28/11/2016
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR Aline Saraiva de Sa Barreto Luna	
IDCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO 01/12/2017
ASSINATURA DO EMISSOR 14359736898 CE162531745	
CEARÁ	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1497229021

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497229021

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Aline Saraiva de Sá Barreto Luna brasileiro(a), estado civil: casada
Profissão: agricultora portador(a) do RG 20070552740 órgão expedidor SSP/SE
e do CPF: 044.741.943.90 residente no(a) ST Bela Vista
nº 88, bairro: Distrito Caldas município: Barbalha I. CE

OUTORGADO:

Nome: Picuro Daniel dos Santos Silva brasileiro(a), estado civil: solteiro
Profissão: M.E.I portador(a) do RG 200101604110 órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 01096964333 residente no(a) ST Hambúndar
nº 1505, bairro: Zona Rural município: Barbalha I. CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Aline Saraiva de Sá Barreto Luna CPF 044.741.943.90 data do acidente: 13/05/2019 Cobertura: Invalidez/DAMS
Local e data: Barbalha - CE, 04 DEZ. 2019

Aline Saraiva de Sá Barreto Luna

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ I.

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453076/19

Vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

CPF: 044.741.943-90

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA : 044.741.943-90

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: 16/12/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 782.049.173-68

MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE