

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

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

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01498909-3** em **13/10/2020 15:27:26**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Petionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0253781-10.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01498909-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 13/10/2020 15:27:26

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

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

Petição* : 2757348_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2757348_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

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

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

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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032863

Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILKER BARROS ALEXANDRE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032863

Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILKER BARROS ALEXANDRE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032863

Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILKER BARROS ALEXANDRE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200032863 **Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE**

Data do Acidente: 07/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILKER BARROS ALEXANDRE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **WILKER BARROS ALEXANDRE**

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

Banco: **237**

Agência: **000002999-8**

Conta: **0000076106-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





VIA DO CLIENTE

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
VALE UTILIDADES SERVICOS DE FOTOCOPIAS
AV MENEL STEINBRUCH KM 4 CESA GP7 LJ 4
TERM.NET-ISO 00020602 DATA: 03/02/2000
DATA: 03/02/2000 HORA DE BRAS/LIA:15:20

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO
BANCO : 237
AGENCIA: 02999 - DIST. INDUST-UNIRAC
CONTA : 00000000076106-8
NOME : WILHER BARROS ALKANDRE

DEPOSITANTE : O PROPRÉO
FAVORECIDO
VALOR EM DINHEIRO : 5,00
VALOR EM CHEQUE : 0,00
VALOR TOTAL : 5,00

AG.BRABESCO :2999 -
DIST. INDUST-UNIRAC.
CORRESP.BANC.:004 - VALE UTILIDADES -
MATRIZ
NSU: 004168587502 AUTENTIFICACAO: 133149.

O VALE UTILIDADES SERVICOS DE
FOTOCOPIAS LIDA ATUA CUMO
CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO
BRADESCO S.A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUVIDORIA BRADESCO
0000 727 9933

NSU RECIE: 054357 HORA RECIE: 15:20:30

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 053.097.653-60 4 - Nome completo da vítima: Wilker Barros Alexandre

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

5 - Nome completo: Wilker Barros Alexandre 6 - CPF: 053.097.653-60
 7 - Profissão: Marceneiro 8 - Endereço: Rua 30 9 - Número: 1074
 11 - Bairro: Alto Alegre 12 - Cidade: Maracanaú 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.910-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 99421.0253

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:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varanças): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Maracanaú - CE, 03/02/2020

X JOSÉ LÍDER BARROS ALEXANDRE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 11445 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/12/2019 08:56:48**
Data / Hora da Ocorrência: **07/10/2019 07:10:30**
Endereço da Ocorrência: **ESTR DO PICUI, O PRÓXIMO AO VIADUTO, PICUI - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **WILKER BARROS ALEXANDRE**
Nascimento: **11/04/1989** CPF: **053.097.653-60**
RG: **2005009206320** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA FÁTIMA BARROS ALEXANDRE NI**
Endereço: **RUA 16, 427**
Bairro: **ALTO ALEGRE I** CEP:
Município: **MARACANAU/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98791-8847**

Materiais / Documentos Envolvidos

- 1) RG Órgão Emissor: SSP-CE - PERDIDO
PROPRIETARIO: WILKER BARROS ALEXANDRE

Histórico

QUE na data, local e hora acima mencionados, o noticiante estava trafegando em sua bicicleta, quando foi colidido por um veículo de cor branca, cujo modelo e placas não sabe informar; QUE o noticiante caiu ao solo e permaneceu neste por alguns minutos; QUE o condutor do veículo evadiu-se do local; QUE o noticiante após se recompor, saiu andando e que sua bicicleta ficou bastante deteriorada; QUE ficou sentindo muitas dores; QUE foi ao hospital Dionísio, em Maracanaú, onde foi constatado a quebra de seu punho; QUE na ocasião do acidente perdeu seu documento de identificação (RG); QUE foi submetido a uma cirurgia para colocação de dois pinos em seu punho; e nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Andreia Braga
ANDREIA BRAGA DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120035

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: WILKER BARROS ALEXANDRE

VISTO DO DELEGADO(A) : Luis Rodrigues Cavalcante Junior
LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

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: **030 978-693-17** 3 - CPF da vítima: **030 978-693-17** 4 - Nome completo da vítima: **ELISEU ALVES DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: ELISEU ALVES DA SILVA	6 - CPF: 030 978-693-17		
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: RUA MONTAVIDE - SERRA	9 - Número: 10	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: SENAQUE - SP	13 - Estado: SP	14 - CEP: 62970-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (21) 9 9605-0011		

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0554**

CONTA: **307.79**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascrito (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 elaborada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SENADOR. SP 03 JANEIRO 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 5 meses 26 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2005009206320			
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
3598522411			

DADOS DO ATENDIMENTO

Data atendimento: 07/10/19	Hora: 07:27:31
Médico: ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO	CRM: 11696
Especialidade:	Unidade: RECEPCAO
Convenio: SUS	Categoria: SUS
AMBULÂNCIA:	MOTORISTA:
NÚMERO DA AR: 427	Situação:
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS	

AMARELO ()

COMISSÃO REVISORA DE FORTALEZA
 CONFERE COM ORIGEM AUTENTICAÇÃO DE RISCO
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICA DE MARACANAÚ - CRM 001-08
 CNPJ: 00.581.376/0001-79
 MARACANAÚ - CE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DESCRÍÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

dobra no joelho
 dígo afrouxamento

EXAMES SOLICITADOS

Rx fôrme abdôm D10

DIAGNÓSTICO

CID: C30309015

PROCEDIMENTO

Rx. Fôrme abdôm S1 Cintigal

PREScrição MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dr. Rogerio Araujo do Nascimento
 Ortopedista e Traumatologista
 Cirurgia do Joelho
 CRM: 11696

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

X Mº Silvana

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PAGINA

F

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 7 meses 15 dias		Data Nasc: 11/04/99	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
Celular: 8598522411	Telefone Residencial	Telefone Comercial	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data atendimento: 26/11/19	Hora: 08:31:16
Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO	CRM: 6308
Especialidade	Unidade: RECEPCAO
Convenio: SUS	Categoria: SUS
AMBULÂNCIA:	MOTORISTA
NÚMERO DA AR: 427	Situação:
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AMARELO ()

VERDE ()

AZUL ()

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

P.O de fálico do pulmão

DESCRÍÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Doenças: fálico

EXAMES SOLICITADOS

Exames: fálico do pulmão

CID: 030309000

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Francisco Rodrigues Filho
Dentista - Traumatologista
CRM: 21220 373-00 CRM:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO!
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE MARACANAÚ
CNPJ: 06.587.011/0001-00
MARACANAÚ-CE 31011020

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILKER BARROS ALEXANDRE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02999-8

CONTA: 000000076106-0

Nr. Autenticação

BRADESCO12022020050000000002370299900000076106168750 PAGO

Nº DO CLIENTE

10093482

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato comosco.

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valzevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 00105-8483

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

575280452

Rota 14 260001 12 1186000 - Data de Emissão 21/05/2019

Nome CLIENTE PROCURE A ENEL

End. Postal RU 0620 ALTO ALEGRE 01074

ALTO ALEGRE - MARACANAÚ - 61910000

Medidor 3308393 Poste 9999 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 000000000000043

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Maio/2019	21/05/2019	21/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso (lado 2) da conta

Conjunto Maio/2019 R\$0,22,50

Mês R\$0,22,50

B1(R\$= 0,00)

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquotas Valor do Imposto

102,74 17,00 40,76

Padrão Individual Apuração Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 14,15 28,30 48,51 0,00 0,00 0,00

FIC 7,44 14,89 25,79 0,00 0,00 0,00

DMIC 5,08 10,16 15,24 0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 3024,325

3024,325 3024,325 3024,325 30

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 5 meses 26 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2005009206320			
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
3598522411			

DADOS DO ATENDIMENTO

Data atendimento: 07/10/19	Hora: 07:27:31
Médico: ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO	CRM: 11696
Especialidade:	Unidade: RECEPCAO
Convenio: SUS	Categoria: SUS
AMBULÂNCIA:	MOTORISTA:
NÚMERO DA AR: 427	Situação:
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS	

AMARELO ()

COMISSÃO REVISORA DE FORTALEZA
 CONFERE COM ORIGEM AUTENTICAÇÃO DE RISCO
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICA DE MARACANAÚ - CRM 001-08
 CNPJ: 00.581.376/0001-79
 MARACANAÚ - CE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DESCRÍÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

dobra no joelho
 dígo afrouxamento

EXAMES SOLICITADOS

Rx fôrme abdôm Os n/f

DIAGNÓSTICO

CID: C30309015

PROCEDIMENTO

Rx. Inférme 81 Gmpe

PREScrição MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dr. Rogerio Araujo do Nascimento
 Ortopedista e Traumatologista
 Cirurgia do Joelho
 CRM: 11696

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

X Mo Silvana

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PAGINA

F

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 7 meses 15 dias		Data Nasc: 11/04/99	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
Celular: 8598522411	Telefone Residencial	Telefone Comercial	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data atendimento: 26/11/19	Hora: 08:31:16
Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO	CRM: 6308
Especialidade	Unidade: RECEPCAO
Convenio: SUS	Categoria: SUS
AMBULÂNCIA:	MOTORISTA
NÚMERO DA AR: 427	Situação:
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AMARELO ()

VERDE ()

AZUL ()

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

P.O de fálico do pulmão

DESCRÍÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Doenças

EXAMES SOLICITADOS

Exames

DIAGNÓSTICO:

Fálico do pulmão

CID 030309000

PROCEDIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Francisco Rodrigues Filho
Dentista - Tramadol
C.R.D.: 21220373-0 CRM:

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO!
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PARNAMÁ
CNPJ:06.587.611/0001-00
MARACANAÚ-CE 31011020

M. Silvana voksaus
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

31011020

Rita

ATENDIMENTO AMBULATORIAL ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 7 meses 29 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor: 2005009206320	Expedição:	CPF:
Celular: 8598522411	Telefone Residencial:		Telefone Comercial:
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 10/12/19		Hora: 08:31:24	
Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO		CRM: 6308	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 427		Situação:	
Atendente: ANTONIO JONES MOTA DE SOUZA			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERDE ()

AMARELO ()

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

JO de Prolongado Prolongado

Descrição sumária do exame clínico:

Boa evolução

EXAMES SOLICITADOS:

PX Prolongado

DIAGNÓSTICO:

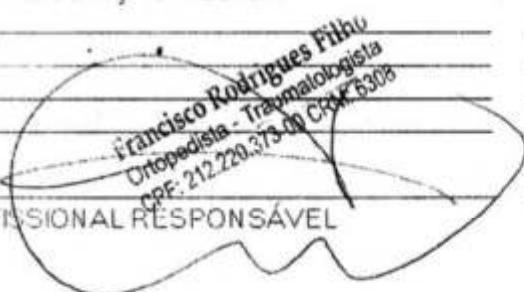
CID: 0303090 C9

PROCEDIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL



WILKER BARROS ALEXANDRE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ: 06.587.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 13/01/2020

Rodrigo



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Beneficente
Associação Beneficente Médica Pajuçara

Nome do Estabelecimento Beneficente
Associação Beneficente Médica Pajuçara

CNES
2372150
CNES
2372150

*Ref. 22/01/19
239705991785*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente
WILKER BARROS ALEXANDRE

Cartão Gestante

Nome Social

Nº Pront. 1584

Cartão Nacional de Saúde (CNS)
165362326400001

Data de Nascimento
11/04/1989

Sexo

Masc.

Fem.

Race / Cor
PARDA

Etnia

Nome da Mãe
FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE

DDD Telefone do Contato

Nome do Responsável

DDD Telefone do Contato

Município de Nascimento
QUIXADA

UF
CE

Nacionalidade
BRASILEIRA

Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)
16

UF
CE

CEP
61922150

Nº
427

UF
ALTO ALEGRE I

Município de Residência
MARACANAÚ

Código IBGE do Município
2307650

Pointe de Referência

Documento

CPF

RG

R.Civil

PIS/PASEP

RG 2005009208320

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante

Nº Cons. Classe

CPF

Ass. o Cartório do Diretor Clínico

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sintomas ou Sintomas Clínicos

*Reveiu os sintomas da T. G. der
paciente e determinado*

Condições que justificam a internação

Profº especialista

5527

Principais Resultados do Próximos Diagnósticos (Resultados de Exames Realizados)

Anamnese + Et + IR

0408020431

Diagnóstico Principal

Princípio de Internação

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CID 10 Principal

CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

Nº Número

Condição de Internação

Urgente

Normal

Clinica

TRAUMATOLOGIA

Código do Procedimento

Leito Clínico

ENFERMAGEM

Operário Traumatologista

CE: 212.20.312.00001/6388

Equipamentos Requeridos para Internação

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante

FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

Documento

CRM

CNS

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

78556660363

Nº do Conselho de Classe

11332

Data da Solicitação

14/10/2019

Data da Sol.

14/10/2019

Assinatura o Cartório do Profiss. Solicitante/Nº do Conselho do Classe

Assinatura

14/10/2019

Preencher em caso de causas externas (Acidentes ou violências)

AC DE TRÂNSITO

CNPJ da Seguradora

Número do Bilhete

Sone

ACID. TRÂNSITO

CNPJ da Empresa

CNAE da Empresa

CBRH

AC TRÂNSITO

Vínculo com a Previdência

Empregado

Autônomo

Desempregado

Aposentado

Nome do Profissional Autorizador

Documento

CPF

CNS

Nº do CNS/CPF Profiss. Autorizado

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

*COMISSÃO REVISORA DE FONTEIRAS
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUCARA
CNPJ:06.587.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 18/11/2019*

Nº Registro Geral do Crédito

Ass. do Autorizador/Cartório

W

elo f1c

FICHA DE INTERNACÃO HOSPITALAR
ANAMINESE DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: WILKER BARROS ALEXANDRE

REGISTRO: 1583

IDADE DÓ PACIENTE: 30 anos 6 meses 3 dias

DATA DE NASCIMENTO: 11/04/89 NÚMERO DO CNS: 165362326400001

NOME DA MÃE: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE NOME DO PAI: «030»

ENDEREÇO: 16 NÚMERO: 427 BAIRRO: ALTO ALEGRE I

RG: 2005009206320 ORGÃO EXPEDIDOR: CE CPF:

TELEFONE PARA CONTATO: 8598522411

DADOS DA INTERNACÃO

DATA DA INTERNAÇÃO: 14/10/19 HORA: 11:01:21

MÉDICO: FREDERICO THALES DE CRM: 11332 ESPECIALIDADE: TRAUMATO-ORTOPED

CONVÊNIO: SUS CATEGORIA: SUS

QUARTO/LEITO: ENFER/GERAL/TRA2 - 2 UNIDADE: UNIDADE A

FORMA DE CHEGADA: PROCEDÊNCIA: SITUAÇÃO:

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLINICA E EXAME FÍSICO:

Grau de perda exp. 4
tor, tene e deformidade

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

Fratura do punho e

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Onde

CONDIÇÕES DE ALTA:

() CURADO () A PEDIDO MELHORADO () INALTERADO

() TRANSFERIDO: _____

() OUTRA: _____

DATA DA ALTA: ___/___/___

HORA DA ALTA: _____

MARACANAÚ,

Francisco Rodrigues Filho
Ortopedista - Traumatologista
CRM: 11332 CNP: 00000000000000000000

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ: 06.587.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 18/11/2018

1. Henrique Mendes

2. Affonso do HS

3. Henrique de Melo
e Filho e Filha de Mulher
e Filha de Cachorro

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUCARA
CNPJ:06.587.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 18/11/2010
[Handwritten signature]

1º D.R. Rodrigues Filho
Cirurgião
Franciscó Rodriguez, Traumatologista
Médico Especialista em Ortopedia
Assinatura e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

NOME DO PACIENTE

DATA E HORA

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

ENF. OU APTO. LETTO PRONTUÁRIO

15.
16/
17/
18

Reinete Alves

Francisco Rodrigues Filho
Traumatologista
Ortopedista
CNPJ: 22.220.372/0001-06
CPF: 21.220.372.000-06

Altto Nohil

Francisco Rodrigues Filho
Traumatologista
Ortopedista
CNPJ: 22.220.372/0001-06
CPF: 21.220.372.000-06

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFÉRE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ: 06.587.611/0001-06
LMARACANAÚ-CE 11/11/2019
[Signature]

LLX

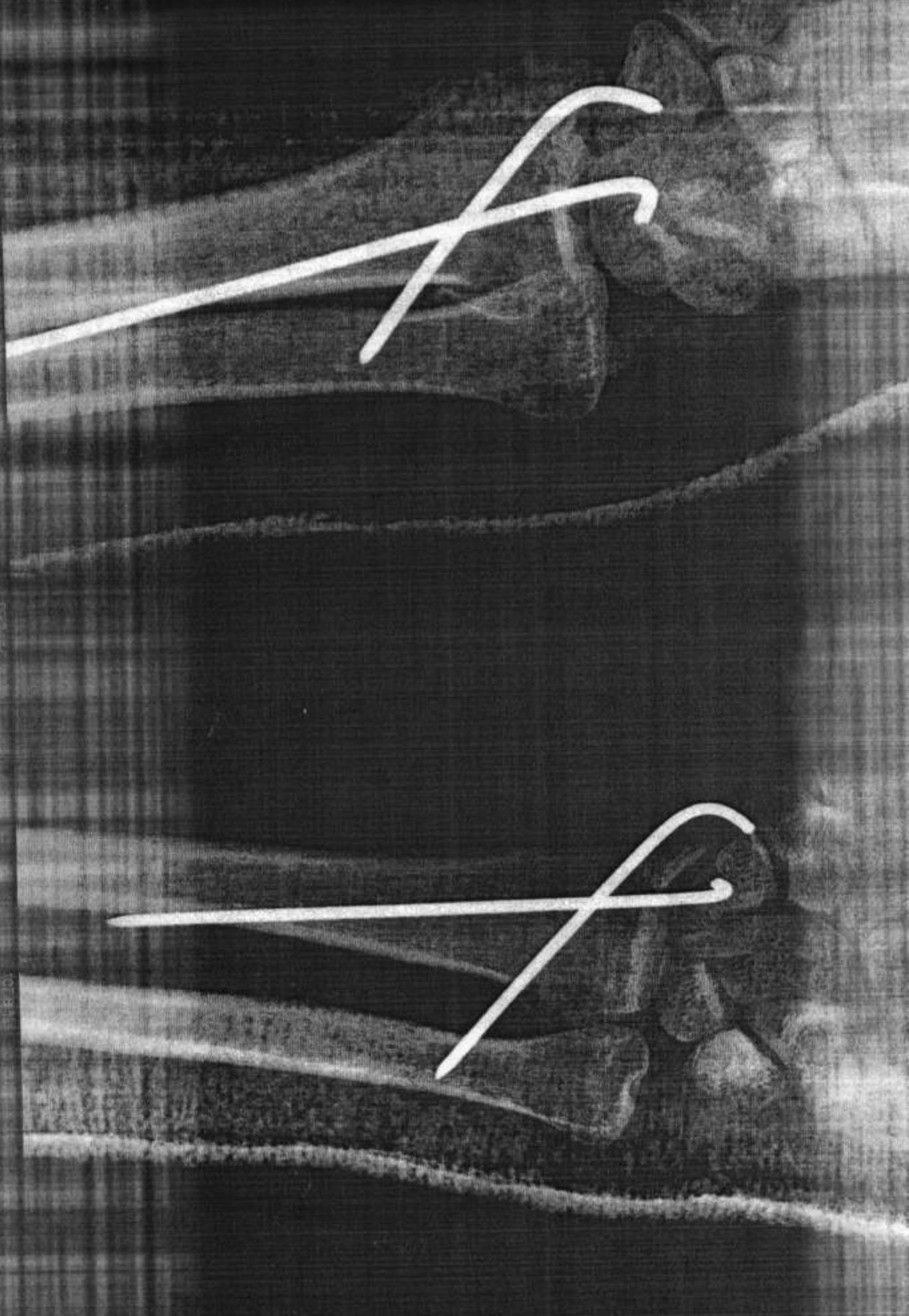
1073

TESSA

VLR
Paciente WILKER BARROS ALEXANDRE
CONV/SUS
HOSPITAL ABEMP

1583
DATA: 15/06/2019

TÉCNICO: TR JESILA





E

107,8%

04/10/16

Técnico: TR JESILA

1583
DATA: 07/10/2019

135,8%

04/10/16

Paciente: WILKER BARROS ALEXANDRE
CONV.: SUS
HOSPITAL ABEMP



13A

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

SEMP Associação Beneficente Médica de Pajucara

Rua João Conrado, 353 - Pajucara
Maracanaú / Ceará

Fones: (85) 3215-3064

CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898-51

1.ª via - Farmácia ou Drogaria
2.ª via - Paciente ou Responsável

Data: 15/10/13


Francisco Rodrigues Filho
Orthopedist - Traumatologist
CRM 630H
CPF: 242.282.000-00
Registered Doctor

Paciente: Wilker Bonos Alexandre

Dereço: R. 16, Nº 427

Prescrição: - CEFALEXINA 500mg - 20 Comprimidos

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas.

- IBUPROFENO 600mg - 20 Comprimidos.

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

Identificação do Comprador

Nº:

L. _____ Órg. Emissor: _____

de: _____ IPF: _____

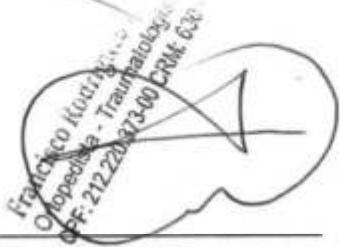
Identificação do Fornecedor



PILHA DA FEDERAÇÃO DAS MATERIAIS E ENTIDADES MATERIAIS DO CEARÁ
Walter S. Alves

Flancox 500 →
Tomar oftal.
12/12/2016

28
10
18



Rua João Conrado, 363 - Pajucara - Maracanaú/Ceará
CNPJ: 06.578.811/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Wilken Bonn Alexonir

Amputação radio distal
LSE

tro Envolv.

SA/10/159

as 07:00 em

Aguardar com I.M.J. segun

Dr. Rogerio MASCIOCCHI
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
ZM: 11696 TBOT 15196

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Manacanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wilkir Barros AlexandreDATA DO ACIDENTE 07/10/2019 (PF DA VÍTIMA 053.097.653 - 60)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA, ÉENDERECO DO PORTADOR Rua 20Nº 1074 COMPLEMENTOCIDADE MarcianaUF CEBAIRRO Alto MágereCEP 61.910-000TELEFONE (85) 994210253

E-MAIL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MÉIOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

<ul style="list-style-type: none"> * MORTE = R\$ 15.500,00 * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. 	<ul style="list-style-type: none"> * PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204
--	--

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MÉIOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032863 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K). ALTA.
P 6/9.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027831/20

Número do Sinistro: 3200032863

Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

CPF: 053.097.653-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: WILKER BARROS
ALEXANDRE

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

WILKER BARROS ALEXANDRE : 053.097.653-60

Autorização de pagamento

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: 24/01/2020
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE
CPF: 053.097.653-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

WILKER BARROS ALEXANDRE

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027831/20

Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

CPF: 053.097.653-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: WILKER BARROS
ALEXANDRE

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILKER BARROS ALEXANDRE : 053.097.653-60

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: 21/01/2020
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE
CPF: 053.097.653-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

WILKER BARROS ALEXANDRE

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032863 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K). ALTA.
P 6/9.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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