



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 **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.

### Peticionante

**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](#)

---

**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

**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:

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Autorização de pagamento</b> | 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

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:

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Autorização de pagamento</b> | 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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





VIA DO CLIENTE

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.  
VALE UTILIDADES SERVICOS DE FOTOCOPIAS  
AV MENDEL STEINBRUCH KM 4 CEASA GP7 L3 4  
TERM.NET-ISO 00020602 DATA 03/02/2020  
DATA:03/02/2020 HORA DE BRASILIA:15:20

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO

BANCO : 237

AGENCIA: 02999 - DIST.INDUST-UMARAC

CONTA : 000000076106-0

NOME : WILKER BARROS ALEXANDRE

DEPOSITANTE : O PROPRIO

FAVORECIDO

VALOR EM DINHEIRO : 5,00

VALOR EM CHEQUE : 0,00

VALOR TOTAL : 5,00

AG. BRADESCO : 2999 -

DIST. INDUST-UMARAC

CORRESP. BANC.: 004 - VALE UTILIDADES -  
MATRIZ

NSU: 004160587502 AUTENTICADO: 133149

O VALE UTILIDADES SERVICOS DE  
FOTOCOPIAS LTDA ATUA COMO  
CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO  
BRADESCO S.A.

CONSERVE ESTE RECIBO

DAVID ORLA DAVIDE LUIZ

0000 727 5933

NSU REDE: 054357 HORA REDE: 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 - Nº 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

7 - Profissão:

Marceneiro

8 - Endereço:

Rua 20

6 - CPF:

053.097.653-60

11 - Bairro:

Alto Alegre

12 - Cidade:

Maracanaú

9 - Número:

1074

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

61.910-000

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:

☐

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco - 237

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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 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, às 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?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)?

☐

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 Lider 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Maracanaú - CE, 03/10/2020

WILKER BARROS ALEXANDRE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: **MARACANAÚ/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) :** Luís 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: \_\_\_\_\_ 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 Nº 445/2012**

 5 - Nome completo: ELISEU ALVES DA SILVA 6 - CPF: 030.978.693-17  
 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: Rua MONTAUDU - JERROTA 9 - Número: 10 10 - Complemento: CASA  
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SENADOR - SA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62970-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (81) 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:**
☒ 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) ☐ Itau (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

 AGÊNCIA: 0554 ☐ CONTA: 307.FA ☐

(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 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, às 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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 obrigatório

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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

 40 - Local e Data: SENADOR - SA 03 JANUARO 2020

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) ELISEU ALVES DA SILVA

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       |                |
| AMBULANCIA:                                    |                       | MOTORISTA:           |                |
| NUMERO DA AR: 427                              |                       | Situação:            |                |
| Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS        |                       |                      |                |

AMARELO ( )

COMISSÃO REVISORA DE PRECATORIOS  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICA DE PAU  
CNPJ: 06.587.011/0001-08  
MARACANAÚ-CE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

1º EXAME DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

1º Exame de Trt. - 15/10/19  
digo afropelamento

EXAMES SOLICITADOS

RX Fratura Antebrao Distal

DIAGNÓSTICO

CID: 030309015

PROCEDIMENTO

1º Exame de Trt. - 15/10/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dr. Rogério Araújo do Nascimento  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 11696

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

X No Salvadora

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

ANAMNESE DO PACIENTE

|  |                      |                      |                    |
|--|----------------------|----------------------|--------------------|
| DADOS DO PACIENTE                              |                      | ( ) Prioridade       | Registro: 1583     |
| Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE                  |                      | CNS: 165362326400001 |                    |
| Idade: 30 anos 7 meses 15 dias                 |                      | Data Nasc: 11/04/89  |                    |
| 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 |
| 8598522411                                     |                      |                      |                    |

DADOS DO ATENDIMENTO

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

AMARELO ( ) CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERDE ( ) AZUL ( )

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

P.O. de fratura do antebraço

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Do antebraço

EXAMES SOLICITADOS

Fratura do pulso

DIAGNÓSTICO:

CID 030309000

PROCEDIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

Francisco Rodrigues  
Ortopedista - Traumatologia  
CRM: 6308

MO Silvana V. de Sousa  
COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAULISTA  
CNPJ: 06.587.811/0001-06  
MARACANAÚ-CE 13/10/2020

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

BRADESCO1202202005000000000023702999000000076106168750 PAGO

**Nº DO CLIENTE**  
**10093482**

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

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 Wiclevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ: 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 575280452

Rota 14 26001 12 118600 - 0 Data de Emissão 21/05/2019

Nome CLIENTE PROCURE A ENEL

End. Postal RU 0020 ALTO ALEGRE 01074

ALTO ALEGRE - MARACANAÚ - 61910000

Medidor 3308393

Posto 9999 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 00000000000043

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

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

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.  
Conjunto Mai/2019 EIGD: 22,50  
Mês DICIM = 0,00

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) 162,92  
Alíquota 17,00%  
Valor do ICMS 27,69

**Padrão Individual**

|      | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
|------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| DIC  | 14,15  | 20,30 | 40,51 | 0,00   | 0,00  | 0,00  |
| FIC  | 7,44   | 14,89 | 29,79 | 0,00   | 0,00  | 0,00  |
| DMIC | 5,38   |       |       | 0,00   |       |       |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

564,3041-3-21-11-7100-870-3452

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| 1421        | 1401           | 1,00   | 20            | 0,00        | 20         | 8,145            | 162,92      |
| 21/05/19    | 22/04/19       |        | 29 DIAS       |             | 208        |                  | 162,92      |

**DESCRIÇÃO**

| VALOR CONSUMO DO MES                        | VALOR (R\$) |
|---|-------------|
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL                | 162,92      |
| COB. SALDO FATURA ANTERIOR                  | 37,71       |
| ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 2,18 ) | 15,58       |

**VENCIMENTO** 28/05/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 216,21

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Consumo                       | 162,92        |
| Iluminação                    | 4,57          |
| Distribuição                  | 3,71          |
| Encargos Setoriais            | 51,20         |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS)... | 51,20         |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>162,92</b> |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

| Mês | Consumo (kWh) | Valor (R\$) |
|-----|---------------|-------------|
| 10  | 20            | 162,92      |
| 11  | 20            | 162,92      |
| 12  | 20            | 162,92      |
| 01  | 20            | 162,92      |
| 02  | 20            | 162,92      |
| 03  | 20            | 162,92      |
| 04  | 20            | 162,92      |
| 05  | 20            | 162,92      |
| 06  | 20            | 162,92      |
| 07  | 20            | 162,92      |
| 08  | 20            | 162,92      |
| 09  | 20            | 162,92      |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido 83,20 kg CO<sub>2</sub> Compensado 0,00 kg CO<sub>2</sub> Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>) 0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**CONTAS EM ATRASO**

**AVISO DE DÉBITO VENCIDO:**

Informamos existir débitos vencidos sem arcuados, resultando em uma dívida no valor de R\$ 77,78. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

**DÉBITOS ANTERIORES**

Mes Ant. 03/2019 Valor R\$ 77,78

Considere desta fatura R\$ 7,28 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,81% e COFINS: 3,67% (Lei nº 9.472/96 - Anexo II - Lei nº 10.637/02 e 10.638/02).

Informamos que a tarifa foi reajustada em média em 8,22% conforme Resolução Homologatória ANEL 2.530-2019 em vigência 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em MAIO-19. [www.enel.gov.br](http://www.enel.gov.br)

Nº do Cliente: 10093482 Referência: Mai/2019  
Data de Emissão: 21/05/2019 Total a Pagar (R\$): 216,21  
Nº da Nota Fiscal: 575280452 Nº de Controle: 0010093482 00003 39032 07  
838700000002-8 16210031000-8 00100934820-2 00033903262-6





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       |                |
| AMBULANCIA:                                    |                       | MOTORISTA:           |                |
| NUMERO DA AR: 427                              |                       | Situação:            |                |
| Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS        |                       |                      |                |

AMARELO ( )

COMISSÃO REVISORA DE PRECATORIOS  
CONFERE COM ORIGINALIZAÇÃO DE RISCO  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICA DE PAU...  
CNPJ: 06.587.011/0001-08  
MARACANAÚ-CE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

1º SUMÁRIO DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

1º Exame físico e exame clínico  
digo afropelamento

EXAMES SOLICITADOS

RX Fratura Antebrao Distal

DIAGNÓSTICO

CID: C30309015

PROCEDIMENTO

Red. Fratura 8/1 Gipsagem

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dr. Rogério Araújo do Nascimento  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 11696

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

X No Salvadora

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

## ANAMNESE DO PACIENTE

|  |                      |                      |                    |
|--|----------------------|----------------------|--------------------|
| DADOS DO PACIENTE                              |                      | ( ) Prioridade       | Registro: 1583     |
| Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE                  |                      | CNS: 165362326400001 |                    |
| Idade: 30 anos 7 meses 15 dias                 |                      | Data Nasc: 11/04/89  |                    |
| 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 |
| 8598522411                                     |                      |                      |                    |
| DADOS DO ATENDIMENTO                           |                      |                      |                    |
| Data atendimento: 26/11/19                     |                      | Hora: 08:31:16       |                    |
| Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO              |                      | CRM: 6308            |                    |
| Especialidade:                                 |                      | Unidade: RECEPCAO    |                    |
| Convênio: SUS                                  |                      | Categoria: SUS       |                    |
| AMBULÂNCIA                                     |                      | MOTORISTA            |                    |
| NÚMERO DA AR: 427                              |                      | Situação:            |                    |
| Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS        |                      |                      |                    |

AMARELO ( )

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERDE ( )

AZUL ( )

## RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

P.O. de fratura do antebraço

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Do antebraço

EXAMES SOLICITADOS

Fratura do pulso

DIAGNÓSTICO:

CID 030309000

PROCEDIMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAULISTA  
CNPJ: 06.587.811/0001-06  
MARACANAÚ-CE 13/10/2020

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL  
ANAMNESE DO PACIENTE**

|  |                       |                      |                |
|--|-----------------------|----------------------|----------------|
| <b>DADOS DO PACIENTE</b>                       |                       | ( ) 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:      | Expedição:           | CPE:           |
| 2005009206320                                  |                       |                      |                |
| Celular:                                       | Telefone Residencial: | Telefone Comercial:  |                |
| 8598522411                                     |                       |                      |                |
| <b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>                    |                       |                      |                |
| Data atendimento: 10/12/19                     |                       | Hora: 08:31:24       |                |
| Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO              |                       | CRM: 6308            |                |
| Especialidade:                                 |                       | Unidade: RECEPCAO    |                |
| Convênio: SUS                                  |                       | Categoria: SUS       |                |
| AMBULÂNCIA:                                    |                       | MOTORISTA:           |                |
| NÚMERO DA AR: 427                              |                       | Situação:            |                |
| Atendente: ANTONIO JONES MOTA DE SOUZA         |                       |                      |                |

AMARELO ( ) CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
VERDE ( )

MOTIVO DO ATENDIMENTO: RESUMO DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

|  |  |   |                            |  |  |  |  |
|--|--|---|----------------------------|--|--|--|--|
| <b>SUS</b>   |  | <b>Sistema Único de Saúde</b>                                       | <b>Ministério da Saúde</b> | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>  |  |  |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  |  |   |                            |  |  |  |  |
| Nome do Estabelecimento Solicitante<br><b>Associação Beneficente Médica Pajuçara</b>   |  |   |                            | CNPJ<br>2372150  |  | <i>Prof. 22-10-19</i><br><b>2372150 9105991785</b>                               |  |
| Nome do Estabelecimento Executante<br><b>Associação Beneficente Médica Pajuçara</b>  |  |   |                            | CNPJ<br>2372150  |  |  |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  |  |   |                            |  |  |  |  |
| Nome do Paciente<br><b>WILKER BARROS ALEXANDRE</b>   |  |   |                            | Cartão Gestante  |  | Nome Social  |  |
| Cartão Nacional de Saúde (CNS)<br>165362326400001  |  |   |                            | Data de Nascimento<br>11/04/1989   |  | Sexo<br>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Feme. <input type="checkbox"/> |  |
| Nome da Mãe<br><b>FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE</b>  |  |   |                            | Raca / Cor<br><b>PARDA</b>   |  | Etnia  |  |
| Nome do Responsável  |  |   |                            | DDD  |  | Telefone do Contato  |  |
| Município de Nascimento<br><b>QUIXADA</b>  |  |   |                            | UF<br><b>CE</b>  |  | Nacionalidade<br><b>BRASILEIRA</b>   |  |
| Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)<br><b>16</b>  |  |   |                            | Município de Residência<br><b>MARACANAÚ</b>  |  | Código IBGE do Município<br>2307650  |  |
| Nº<br><b>427</b>   |  |   |                            | Bairro<br><b>ALTO ALEGRE I</b>   |  | UF<br><b>CE</b>  |  |
| Porto de Matrícula   |  |   |                            | Documento<br><input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP |  | CEP<br><b>61922150</b>   |  |
| DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  |  |   |                            |  |  |  |  |
| Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante   |  |   |                            | Nº Cons. Classe  |  | CPF  |  |
|  |  |   |                            |  |  | Ass. e Carimbo do Diretor Clínico  |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  |  |   |                            |  |  |  |  |
| Principais Sintomas e Sinais Clínicos<br><i>Doença no membro superior direito e deformidade</i>  |  |   |                            |  |  |  |  |
| Condições que justificam a internação<br><i>Prof. 22-10-19</i>   |  |   |                            |  |  |  |  |
| 3527   |  |   |                            |  |  |  |  |
| Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)   |  |   |                            |  |  |  |  |
| <i>Ampliação de 14</i>   |  |   |                            |  |  |  |  |
| CID 10 Principal<br><i>Fratura do punho</i>  |  |   |                            |  |  |  |  |
| CID 10 Secundário<br><i>Fratura do punho</i>   |  |   |                            |  |  |  |  |
| CID 10 Causas Associadas<br><i>Fratura do punho</i>  |  |   |                            |  |  |  |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO  |  |   |                            |  |  |  |  |
| Descrição do Procedimento Solicitado<br><i>Fratura do punho</i>  |  |   |                            |  |  |  |  |
| Características do Procedimento  |  |   |                            | Clínica  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Eletivo   |  |   |                            | <b>TRAUMATOLOGIA</b>   |  |  |  |
| Equipamentos Requeridos para internação  |  |   |                            |  |  |  |  |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE   |  |   |                            |  |  |  |  |
| Nome do Profissional Solicitante<br><b>FREDERICO THALES DE VASCONCELOS</b>   |  |   |                            |  |  |  |  |
| Documento  |  | <input checked="" type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CNS |                            | Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  |  | Nº do Conselho de Classe   |  |
|  |  |   |                            | <b>78556660363</b>   |  | <b>11332</b>   |  |
| Data da Solicitação<br>14/10/2019  |  | Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/Nº do Conselho de Classe  |                            |  |  | Data da Autorização<br>14/10/2019  |  |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)   |  |   |                            |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> AC DE TRÂNSITO  |  | CNPJ da Seguradora  |                            | Número do Bilhete  |  | Selo   |  |
| <input type="checkbox"/> ACID. TRABALHADO  |  | CNPJ da Empresa   |                            | CNAE da Empresa  |  | CBO  |  |
| <input type="checkbox"/> AC TRÁFICO  |  |   |                            |  |  |  |  |
| Vínculo com a Previdência <input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Invalidez |  |   |                            |  |  |  |  |
| Nome do Profissional Autorizador   |  |   |                            |  |  |  |  |
| Documento  |  | Nº do CNS/CPF Prof. Autorizador                                     |                            |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS  |  |   |                            |  |  |  |  |
| Data da Autorização  |  | Código do Órgão Emissor<br><b>M230765001</b>                        |                            |  |  |  |  |
| Nº Registro Geral do Conselho  |  | Ass. do Autorizador/Carimbo   |                            |  |  |  |  |

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

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

W pelo filo



**FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**ANAMINESE DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE: WILKER BARROS ALEXANDRE

REGISTRO: 1583

IDADE DO 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 INTERNAÇÃO**

DATA DA INTERNAÇÃO: 14/10/19

HORA: 11:01:21

MÉDICO: FREDERICO THALES DE CRM: 11332

ESPECIALIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA

CONVÊNIO: SUS

CATEGORIA: SUS

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

FORMA DE CHEGADA:

PROCEDÊNCIA:

SITUAÇÃO:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

*Transtorno do membro superior esquerdo, 9  
 dor, inchaço e deformidade*

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

*fratura do pulso e*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

*Osteíte*

CONDIÇÕES DE ALTA:

☐ CURADO☐ A PEDIDO☒ MELHORADO☐ INALTERADO☐ TRANSFERIDO:☐ OUTRA:

DATA DA ALTA: \_\_/\_\_/\_\_

HORA DA ALTA: \_\_:\_\_:\_\_

MARACANAÚ,

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
 CNPJ: 08.567.611/0001-08  
 MARACANAÚ-CE 18/11/2019



1. Morte por Asfria  
 2. AAR de HSE  
 3. Morte de Asfria  
 a morte de Asfria  
 e morte de Asfria

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAUCARA  
 CNPJ: 06.587.611/0001-06  
 MARACANAÚ-CE 28/11/2019

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

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

|  |  |
|--|--|
| <p>15/10/2019</p> <p>Francisco Rodrigues Filho<br/>       Otorrinolaringologista<br/>       CRM: 212.220-2/2008-CE</p> | <p>1º Auxiliar</p> <p>Assinatura e Carimbo</p> |
| <p>Cirurgião</p> <p>Assinatura e Carimbo do Cirurgião</p>  | <p>3º Auxiliar</p> <p>Assinatura e Carimbo</p> |
| <p>2º Auxiliar</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>   | <p>Assinatura e Carimbo</p>                    |

NOME DO PACIENTE

ENF. OU APTO.

LEITO

PRONTUÁRIO

DATA E HORA

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

15/10/18  
16/10/18  
17/10/18

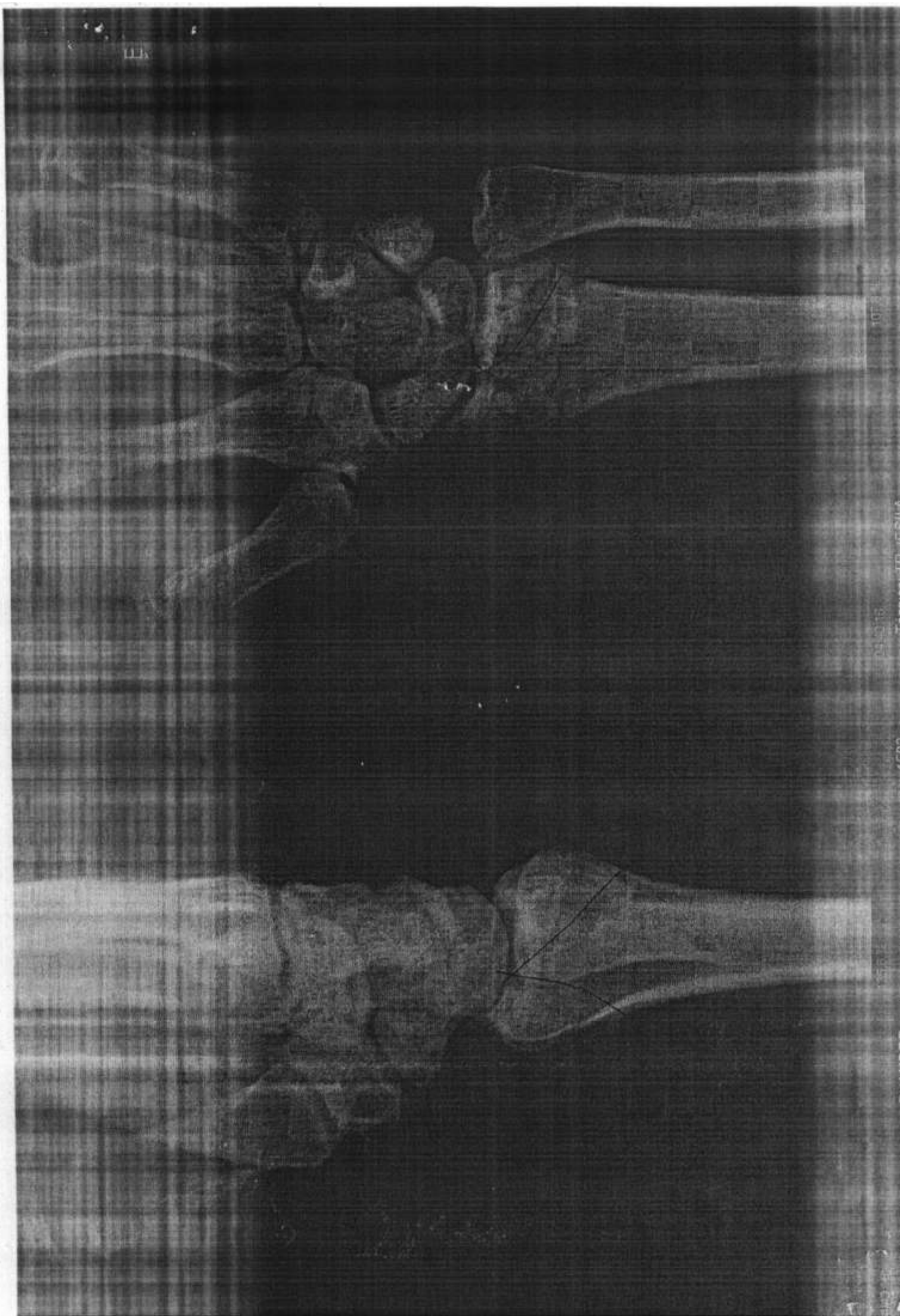
*Francisco Rodrigues Filho*

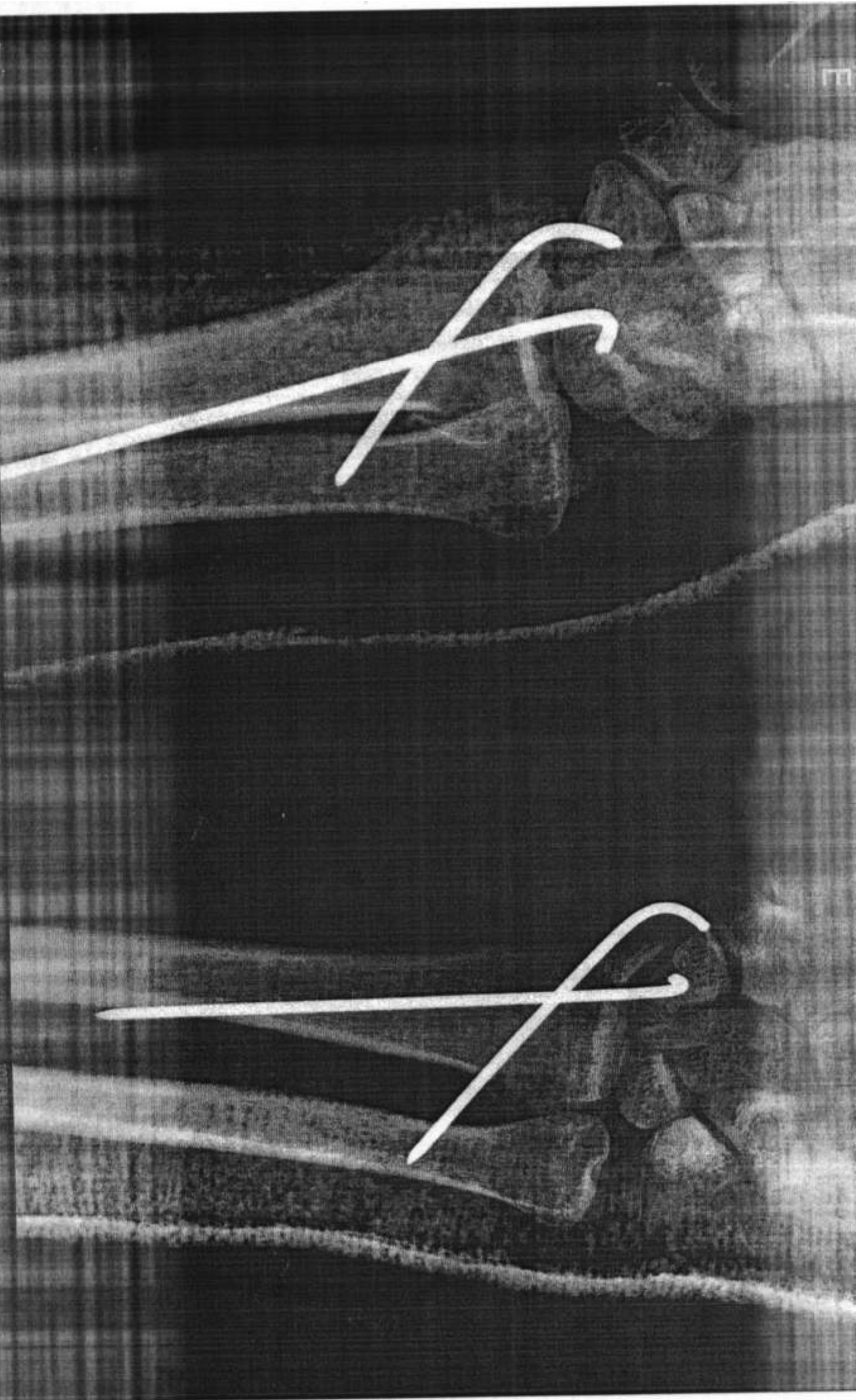


*Atto legnitos*



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





Paciente: WILKER BARROSALEXANDRE  
HOSPITAL ABEMP

CONV. SUS

DATA: 15/10/2019

Técnico: TR JESILIA





04-40-16

Paciente: WILKER BARROS ALEXANDRE

HOSPITAL ABEMP

135.8 %

CONV.: SUS

1583

DATA: 07/10/2019



04-40-16

Técnico: TR JESILA

107.8 %



13A

## RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

### Identificação do Emitente

SEMP Associação Beneficente Médica de Pajuçara

Rua João Conrado, 353 - Pajuçara  
Maracanaú / Ceará

Fones: (85) 3215-3054

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

1.ª via - Farmácia ou Drograria

2.ª via - Paciente ou Responsável

Data: 15, 10, 19

Francisco Rodrigues Filho  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 6309  
CPF: 242.242.242-2

Paciente: Wilker Barros Alexandre

Endereço: R. 16, Nº 427

Prescrição: - CEFALLEXINA 500mg - 20 Comprimidos

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas.

- IBUPROFENO 600mg - 20 Comprimidos.

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

### Identificação do Comprador

Nome:

Endereço:

Org. Emissor:

Data:

UF:

### Identificação do Fornecedor



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES ANTRÓPICAS DO CEARÁ

Walter B. Avelar

FRANCOX 500

Pomex ok

12/426

29

10

19

Francisco Kautsky  
Ortopedista - Traumatologista  
CPF: 212.220.313-00 CRM: 632

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará  
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

WILKEN BOMAS ALEXANDRE

França Rádio Distal  
ESD

Tró Enrício

SA/JO 159

07:00 em

AGENDA Com IUIJ sym

Dr. Rógério Nascimento  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Joelho  
RM: 1696 TROT 15196

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO FÍSICA E FOTOGRAFIA

**Foto Direta**



**WILKER BARROS ALEXANDRE**

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO: 2005009206320 DATA DE EXPIRAÇÃO: 23/09/2014

NOME: **WILKER BARROS ALEXANDRE**

FILIAÇÃO: **FRANCISCA FÁTIMA BARROS ALEXANDRE**

NACIONALIDADE: **QUIXADÁ - CE** DATA DO NASCIMENTO: **11/04/1989**

SOC. ORIGIN: **CP.T. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:27501 FOLHA:67**

**LIVRO:A 25 MARANGUAPÉ - CE**

**CPF 053.097.453-60**

2 VTA.  P.: 1

LEI Nº 7.116 DE 2006-03

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wilker Barros Alexandre  
DATA DO ACIDENTE 07/10/2019 CPF DA VÍTIMA 053.097.653-60  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 20  
Nº 1074 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Alto Alegre  
CIDADE Muracai UF CE CEP 61.910-080  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (85) 994310053

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 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (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)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ 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 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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 MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

## VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- 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.

- O 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

Wilker Barros Alexandre

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

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](http://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

\_\_\_\_\_  
WILKER BARROS ALEXANDRE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027831/20

**Vítima:** WILKER BARROS ALEXANDRE

**CPF:** 053.097.653-60

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

**Data do acidente:** 07/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** WILKER BARROS ALEXANDRE

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://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          |