



## 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 **WJUA.20.00334398-7** em **11/11/2020 14:09:09**.
- 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 : Juazeiro do Norte  
Processo : 0053053-08.2020.8.06.0112  
Protocolo : WJUA.20.00334398-7  
Tipo da petição : Contestação  
Assunto principal : Obrigação de Fazer / Não Fazer  
Data/Hora : 11/11/2020 14:09:09

### Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

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

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

Petição\* : 2765359\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
Documentação : 2765359\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-38.pdf  
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-4.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf  
Documentação : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

### Downloads

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

---

**Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200071040**

**Vítima: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO**

**Data do Acidente: 10/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA**

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

**Senhor(a), MARTINIANA MARIA GUILHERMINO**

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, 11 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200071040**

**Vítima: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO**

**Data do Acidente: 10/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARTINIANA MARIA GUILHERMINO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071040

Vítima: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

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: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 000001438-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 887.753.483-49 4 - Nome completo da vítima: MARTINIANA MARIA GUTHERMANN

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: MARTINIANA MARIA GUTHERMANN 6 - CPF: 887.753.483-49  
7 - Profissão: ADOLESCENTE 8 - Endereço: AVENIDA PAULISTA 300 FLOZ 9 - Número: 224 10 - Complemento:  
11 - Bairro: HORTO 12 - Cidade: SUMARÉ DO NORTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63000000  
15 - E-mail: cressiane.1988@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (88) 988130681

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0032 CONTA: 00001438 AGÊNCIA: CONTA:   
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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, uma discordância 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 (a) nascos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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 restituir 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: SUMARÉ DO NORTE, 13 DE FEVEREIRO DE 2020.

1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 585 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **14/01/2020 12:18:11**  
Data / Hora da Ocorrência: **10/12/2019 07:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R PADRE CÍCERO, CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **CIOPS**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARTINIANA MARIA GUILHERMINO**  
Nascimento: **04/12/1980** CPF: **887.753.483-49** UF: **CE**  
RG: **99029020190** Orgão Emissor: **SSPDS**  
Filiação: **MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEICAO**  
**JOSE GUILHERMINO SOBRINHO**  
Endereço: **AVENIDA PADRE JESU FLOR, 224**  
Bairro: **HORTO** CEP:  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** Telefone: **(88) 99625-1496**  
País: **BRASIL**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PML7410** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4120ER033269** Renavam: **1010387640** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARTINIANA MARIA GUILHERMINO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Advertida das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que É HABILITADO, e que no dia, local e hora acima citados, trafegava como piloto da moto acima descrita, quando desviou um buraco e de um porco, mas acabou se deparando com outro porco, vindo a se chocar contra o animal e em seguida caindo ao solo. QUE instantes depois foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, levada para a Unidade de Pronto Atendimento e em seguida foi liberada. QUE no dia 16/12/2019 se submeteu a uma cirurgia no Hospital São Camilo, na cidade do Crato-CE; QUE em virtude do sinistro sofreu as lesões descritas nos documentos médicos que apresenta, cujas cópias seguem em anexo. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

GLEDSON LIMA BEZERRA - MAT.: 134679-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Martiniana Maria Guilhermino



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE  
Impresso nº 202039000



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 585 / 2020**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 887.753.483-49 4 - Nome completo da vítima: MARTINIANA MARIA GUTHERMANN

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: MARTINIANA MARIA GUTHERMANN 6 - CPF: 887.753.483-49  
7 - Profissão: APOSENTADA 8 - Endereço: AVENIDA PAULISTA 300 FLOZ 9 - Número: 224 10 - Complemento:  
11 - Bairro: HORTO 12 - Cidade: SUMARÉ DO NORTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63000000  
15 - E-mail: cressiane.1988@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (88) 988130681

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 (Todas as bancas)

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

AGÊNCIA: 0032 CONTA: 00001438 AGÊNCIA: CONTA:

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 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 Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo 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 (a) nascos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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 restituir 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: SUMARÉ DO NORTE, 13 DE FEVEREIRO DE 2020.

1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 887.753.483-49 4 - Nome completo da vítima: MARTINIANA MARIA GUTHERMANN

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: MARTINIANA MARIA GUTHERMANN 6 - CPF: 887.753.483-49  
7 - Profissão: APOSENTADA 8 - Endereço: AVENIDA PAULISTA 300 FLOZ 9 - Número: 224 10 - Complemento:  
11 - Bairro: HORTO 12 - Cidade: SUMARÉ DO NORTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63000000  
15 - E-mail: assessoria.legal@lider.com.br 16 - Tel. (DDD): (88) 988130681

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)

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

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

AGÊNCIA: 0032 CONTA: 00001438 AGÊNCIA: CONTA:

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 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 Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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 restituir 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: SUMARÉ DO NORTE, 13 DE FEVEREIRO DE 2020.

1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000001438-5

---

Nr. da Autenticação 491853D5A274C795

83830000012551306312004020115194074000032206119

Número de Contador

4843417

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 20 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.648-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 040743440

Rota JN019U05 - 150600

Referência 11/2019

Nome MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

Endereço AV PDE JESU FLOR, 00224, HORTO, 63010-000,

JUAZEIRO DO NORTE

Classificação Residencial Pleno

Emissão 27/11/2019

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL

Medidor 4634857-FAE-643

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

0362764F80683E3A77707413662E6

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias

Anterior 28/10/2019 Atual 27/11/2019 Próxima previsão 27/12/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	5.359	5.246	1,00	113	90	113	8,72796	82,26

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00186	0,21
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05142	5,81
CONSUMO	0,72796	82,26

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	88,28	27,00	23,83
PIS	88,28	0,04	0,02
COFINS	88,28	0,30	0,24

16/12/2019	88,28
CONSUMO CONSCIENTE	CPF/CNPJ 887.753.483-49
EMISSIONES DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh) Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	
Emissão kg (CO <sub>2</sub> ) Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) Conscientiza Ecológica (%CO <sub>2</sub> )	
44,11 0,00	

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 29/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 27/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO  
PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM  
A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFFRRFNTF  
A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS V  
TRANSTORNO.

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: ARIANO GUEZERRA BESSA VIEIRA

End. Litoral: RIV CASTELO BRANCO, 3802 - JIRADENTES

Cidade: JIRADENTES

CEP: 07001-100

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 011

Quadra: 0171

Lote: 0060

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

**ECONOMIAS**

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen <sup>m³</sup>	Media Sanestral <sup>m³</sup>
ARCA	1075073984	868	868	0	0

**DATAS**

Leitura Atual: 27/04/2019

Leitura Anterior: 26/03/2019

Próxima Leitura: 26/05/2019

Lacre Água: 5350211

Lacre Esgoto:

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	1-11	1-11	1-11	1-11	1-11
Encontradas	1-11	1-11	1-11	1-11	1-11
Em conformidade	100	100	100	100	100

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Constatamos débito de R\$ 1.662,09. Caso pago, desconsiderar. DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

PARCELAMENTO DE DEB 20/24

MULTA DE 2

JURIS DE 0,033 AO DIA

Valor (R\$)

101,66

2,38

14,23

**HISTÓRICO DE VOLUME**

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
FEV 19	0	0
MAR 19	0	0
ABR 19	0	0
MAY 19	0	0
JUN 19	0	0
JUL 19	0	0
AGO 19	0	0
SET 19	0	0
OCT 19	0	0
NOV 19	0	0
DEZ 19	0	0
JAN 20	0	0
FEB 20	0	0
MAR 20	0	0

**TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO**

Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,13
COFINS	5,64

**SUBSIDIO**

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	118,19
VALOR DO SUBSIDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	118,19

**MÊS/ANO**

04/2019

**VENCIMENTO**

09/05/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

118,19

**FORMA PAGAR SUA FATURA**

356299058128972 L 1327 H 13:08:41 R 050 P 001

Banco: Bradesco, BB, Ita, Nubank, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros Pagam. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agenda.

Cagece  
0800 275 0195

Cagece  
MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto a Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACROR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.


**Fatura Mensal**

Via do agente arrecadador

**DADOS DO CLIENTE**

Inscrição: 022139605

Código de Responsável: 350299058128972

Mês/Ano: 04/2019

Local: 021

Setor: 011

Quadra: 0171

Lote: 0060

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: JIRADENTES

Vencimento: 09/05/2019

Total (R\$): 118,19

82620000001 4 18190009800 3 02213960501 2 03008822015 4





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

JARDINO REZEDA BESSA VIEIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 780.636.633 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARTINIANA MARTA GARCIMAU inscrito (a) no CPF sob o Nº 887.753.483 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura DOUÇOR da Vitima MARTINIANA MARTA GARCIMAU

inscrito (a) no CPF sob o Nº 887.753.483 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSOU Renda: RECUSOU e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: ALVARO CASTRO BEBUÇO

Número:

8902

Complemento:

Bairro:

WOOD SUSGNO

Cidade:

JUSCARU DO NORTE

Estado:

CE

CPF:

63000000

E-mail:

ASSessoriaBESSA@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

1881988130684

Local e Data:

JUSCARU DO NORTE, 13 DE MARÇO DE 2020

JARDINO REZEDA BESSA VIEIRA  
Assinatura do Declarante



RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 315274/6

Dt./Hr. Impressão: 10/02/2020 10:46

Paciente: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO - 39 Ano(s)

DL Nasc.: 04/12/1980

Sexo: Feminino

Convênio: PARTICULAR

Endereço: RUA PADRE JESUFLOR, 224, HORTO, JUAZEIRO DO NORTE - CE - CEP: 63000-000

Prescrição

Dosagem Via

Quant.

Apres.

Observações Gerais

RELATORIO MEDICO

PACIENTE SUPRACITADA FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 10 DE DEZEMBRO DE 2019, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO NO DIA 16 DE DEZEMBRO DE 2019.

HOJE ENCONTRA-SE DE ALTA MEDICA, COM DISCRETA LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

CID S 52.5

10 de fevereiro de 2020

Dr. Leonardo Barreto  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CREMEL 14.397 TEST 15484

LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO - CRM 14397

**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N  
Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE  
E-mail..:

**651143**

CNPJ: 19.622.700/0001-46  
Telefone: (088) 2156-2188

**Ficha de Atendimento**

Data: 10/12/2019  
Hora: 07:53

Data de Saída  
Hora de Saída:

**Paciente**

Nome: 204741 MARTINIANA MARIA GUILHERMINO  
Responsável: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO  
Mãe: MARIA JOSEFA SOBRINHO  
Endereço: AVENIDA PADRE JEZU FLOR, 224, HORTO - JUAZEIRO DO

Sexo: F Nasc: 04/12/1980 Idade: 39  
Telefone: (88) 3511-6481 Celular: ( ) -  
CEP: 63.012-170 Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS:  
Trabalho:

Doc. Identidade: 99029020190 Guia:  
Validade da Carteira:

Autorização:  
Ultimo Pagto:

**Convênio**

Convênio: SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLISAO MOTO COM UM PORCO, COM DOR EM PUNHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM MEMBRO SUPERIOR.  
NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

**Observação**

MEDICAÇÃO VIDE PRESCRIÇÃO  
SOLICITO RAO X PRA PACIENTE REALIAZAR NO STEFANIA POIS O DA UNIDADE UPA ESTA QUEBRADO

**Exame Físico**

CONSCIENTE, ORIENTADA, DEAMBULANDO

**Classificação de Risco**

Queixa.: TRAZUIDA PELO SAMU REFERINDO COLISÃO MOTO E PORCO

**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 M796

**Evolução/Anotação de Enfermagem**

Dra. Camilla Maria Sobreira Brasil  
Médica  
CREMEC 19.573

CAMILLA MARIA SOBREIRA BRASIL  
CRM: 19573 / CE

Diretor Médico





651143

Atendimento

223390

Prescrição

## Prescrição Médica

Nome: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO	Dt/Hr: 10/12/2019 08:06	APRAZAMENTO														Pág: 1
Ala/Leito: Leito de Observação	Nasc: 04/12/1980 Idade: 39	Obs	16	18	20	22	00	02	04	06	08	10	12	14		
Convênio: SUS																
Medicações																
1 - DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM																
2 - DEXAMETASONA 4MG/2,5ML IM																
Outros Itens																
3 - ALTA APOS MEDICAÇÃO																

Dra. Camilla Maria Sobreira Brasil  
Médica

CREMEC 19.573

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO				Prontuário/Atendimento: 315274/0001	
Data Nascimento: 1/12/1980		Local: TACAIMBO		País Nacionalidade: Brasil	
Idade: 39 Ano(s)		Ração/Cor: Parda		Estado Civil: Solteiro(a)	
Etnia:		Religião:		CNS:	
Documento(s): 99029020190		CPF: 887.753.483-49			
Endereço: RUA PADRE JESUFLORE		Nº: 224		Bairro: HORTO	
Município: JUAZEIRO DO NORTE-CE		CEP: 63000-000			
Profissão: SECRETARIA ESCOLAR		Empresa:		Fone Empresa: (88) 3511-8481	
Responsável: MARIA MATILDES GUILHERMINO DOS SANTOS		CPF do Responsável: 96770945304		Fone Responsável: (88) 9825-1496	
Endereço Responsável: RUA PADRE JESUFLORE		Cônjuge:			
Mãe: MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEIÇÃO		Pai: JOSE GUILHERMINO SOBRINHO			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora: 18/12/2019 12:22		Quarto/Leito: 190-0001		Aposento: APARTAMENTO	
Convênio: PARTICULAR		Matrícula:		Clínica: CIRURGICA	
Médico: LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO		Autorização:		Setor: CL POSTO I	
ID Principal:		CID Complementar:		Dias: 0	
Observação:				Guia: 0	
Usuário: TEREZA SAWANNA BEZERRA PEREIRA		Procedimento SUS:		CRM: 14397	
Data Saída:		Condição da Saída:		Sisprenatal:	
				Usuário Saída:	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os médicos do corpo clínico e equipe multiprofissional a tomarem todas as providências necessárias à preservação da saúde e da vida do paciente, inclusive a realização de todos e quaisquer procedimentos clínicos, cirúrgicos e serviços de diagnóstico e terapia que forem julgados como necessários à obtenção de melhores resultados no tratamento. Obs.: O Hospital não se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes, acompanhantes, visitantes e demais pessoas que permaneçam nas dependências desta instituição.

R\$ 1200

Rx

CRATO, 16 de dezembro de 2019.

Martiniana Maria Guilhermino  
Assinatura do paciente  
Responsável pela impressão: TEREZA SAWANNA BEZERRA PEREIRA

Maria Matildes y. dos Santos  
Assinatura do responsável



S.B.S.C. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS						FICHA DE ANESTESIA								Nº DO REGISTRO					
NOME DO PACIENTE																			
IDADE										DATA									
CIRURGIÃO										ANESTESISTA									
PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO																			
AGENTES																			
LÍQUIDOS																			
PULSO																			
TEMP.																			
ASPIR.																			
RESPIR.																			
EXPOS.																			
ASSIST.																			
CONTROLO																			
SÍMBOLOS																			
AGENTES										DOSSES									
TÉCNICA										ANOTAÇÕES									
TOTAL																			
OPERAÇÃO																			



**SÃO CAMILO**  
Hospital e Maternidade  
São Francisco de Assis

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA


Paciente: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

1. Paciente em DDH sob bloqueio anestésico em MSE;
2. Assepsia + antissepsia + garrote;
3. Incisão volar em punho esquerdo em topografia de fratura de radio distal;
4. Dissecção por planos;
5. Identificada fratura cominuta, com acometimento articular do radio distal e subluxação volar do carpo;
6. Realizada redução da fratura e fixação com placa de 3,5 não bloqueada de 3x3 furos com 5 parafusos;
7. Fixação de processo estilóide e de fragmento metafisário com 2 fios de K;
8. Controle por escopia;
9. Sutura do garrote;
10. Sutura por planos;
11. Curativo esteril;
12. Tala antebraquio-palmar;
13. A RPA.

>>>EM CASO DE DÚVIDAS: ENTRAR EM CONTATO COM O MEU CELULAR.  
DR. LEONARDO BARRETO - (88) 99344,6087

  
CIRURGIÃO  
DR LEONARDO BARRETO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DA MÃO  
CRM 14397

  
DR. DIEGO T. BRITO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## Prescrição Médica

Prescrição	Paciente	Prontuário
0001	MARTINIANA MARIA GUILHERMINO	315274/0001
Data de Nascimento	Nome da Mãe	Sexo
04/12/1980	MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEIÇÃO	Feminino
Data	Aposento	Quarto/Leto
16/12/2019	APARTAMENTO	190/0001
Hora	Profissional Responsável	CRM
17:39	LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO	14397
Convênio	Sector	Data de Internação
PARTICULAR	CL POSTO I	16/12/2019
Diagnóstico		
S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio		

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. DIETA GERAL LIVRE				
02. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	1amp	E.V.	08/08 H	500 500 500
03. KEFAZOL 1G (CEFAZOLINA) + ABD 20ML Dia de Uso: 01	1g	E.V.	08/08 H	22 08 14
04. IPIRONA SODICA 2ML AMP. + ABD	1amp	E.V.	06/06 H	22 04 10 16
05. TENOXICAN 20MG AMP. + ABD 20ML	1amp	E.V.	12/12 H	08 12
06. TRAMAL 100MG AMP. + SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	1amp	E.V.	08/08 H	02 10 18
07. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS				
08. RX PUNHO ap e perfil				

## Evolução Clínica:

POI DE OSTEOSINTESE DE FX DE RADIO DISTAL ESQUERDO

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

CD: A ENFERMARIA

Dr. Leonardo Barreto  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CREMEC 14.397 TEOT 15494

RESPONSÁVEL: LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO - CRM-CE 14397

① Uvasc - Lupa + AD (CV) 8/8h 80 NÁ-SSO  
6u KÓMICOS.

Dr. Leonardo Barreto  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CREMEC 14.397 TEOT 15494





**SÃOCAMILO**  
Hospital e Maternidade  
São Francisco de Assis

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: MARTINA MARIA GUILHERMINO CONVÊNIO: PARTICULAR  
DATA: 16/12/19 PRONTUÁRIO: 315274 LEITO:      MÉDICO: DR. LEONARDO

DATA: 16/12/19 PRONTUÁRIO: 315274 LEITO: \_\_\_\_\_ MÉDICO: DR. LEONARDO

DATA/HORA	ANOTAÇÕES
P.A 138x73 SPO2 99% FC 89	PACIENTE ADMITIDA NO CC PARA PROCEDIMENTO com DR LEONARDO (FRATURA DE RADIO DILTAL'E) CONSISTENTE, ORIENTADA, PROVENIENTE DO POSTO 1 RUA MACA VERBALIZANDO INEGA ALEGRIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO AUP RUA MSD COM JALCO NO 20, MONITORIZADA, POSICIONADO PLACA DE BISTURIA RUA M ID, REALIZADO ANESTESIA POR DR HENRIKES (BLOQUEIO + SITAÇÃO) REALIZADO ANTISEPSIA + ASSAPSA PASSA DO GUARANTE AS 16:15, COLOCADO PLACA E PAINFUSO, PROCEDIMENTOS REALIZADOS SEM INTERFERENCIA, UTILIZADO ANCO CIRURGICO E APARELHO DE ULTRASSON PARA O BLOQUEIO, IMAGEM ANEXADA AO PONTUARIO, APÓS TERMINO REALIZADO CUNITIVO IL COLOCADO GESSO LOGO EM SEGUIDA, ENCAMINHADA RUA MACA AO SETOR DE ORIGEM



Período: 17/12/2019 08:00:00 à 17/12/2019 17:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
MARTINIANA MARIA GUILHERMINO			315274/0001
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
04/12/1980	39 Ano(s)	MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEIÇÃO	
Data internação	Aposento	Quarto/Leto	
16/12/2019	APARTAMENTO	190/0001	
Profissional Responsável			CRM
LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO			14397
Convênio	Sector	Especialidade	
PARTICULAR	CL POSTO I	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio			

ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 17/12/2019 09:08:26

CLIENTE 39 ANOS NO PO DE OSTEÓSSINTESE DE FX DE RADIO DISTAL ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ PRESENTE MOMENTO. SEGUE EM DIETA GERAL LIVRE CONFORME ACEITAÇÃO, HIDRATAÇÃO VENOSA EM ACESSO PERIFÉRICO, SENDO MCPM VERIFICADO SSVV. OBS - AGUARDA VISITA MÉDICA.

RESPONSÁVEL: TE: MARIA JOELIA DOS SANTOS SILVA - COREN-CE 677344

Maria Joelia dos Santos Silva  
COREN-CE 677 344-TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 17/12/2019 09:22:18

OBS - AGUARDA REALIZAR RAO X DE PUNHO E

RESPONSÁVEL: TE: MARIA JOELIA DOS SANTOS SILVA - COREN-CE 677344

Maria Joelia dos Santos Silva  
COREN-CE 677 344-TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 17/12/2019 10:53:04

CLIENTE REALIZA RAO X DE PUNHO, RECEBE VISITA MÉDICA (DR. LEONARDO COELHO, QUE SOLICITA ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES GERAIS. OBS - ENTREGUE RECEITAS P/ USO DOMICILIAR. ATESTADO MÉDICO + DATA DE RETORNO AO CONSULTÓRIO. RETIRADO ACESSO PERIFÉRICO - AGUARDA TRANSPORTE.

RESPONSÁVEL: TE: MARIA JOELIA DOS SANTOS SILVA - COREN-CE 677344

Maria Joelia dos Santos Silva  
COREN-CE 677 344-TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 17/12/2019 11:30:48

CLIENTE SAIU DA UNIDADE JUNTAMENTE COM SEUS FAMILIARES

RESPONSÁVEL: TE: MARCIO RODRIGO CANDIDO ALVES - COREN-CE 1247568

Marcio Rodrigo Candido Alves  
COREN-CE 1247 568-TE

SINAIS VITAIS - 17/12/2019 09:07:39

PULSO: 74<sub>bpm</sub>

TEMPERATURA: 36,2<sub>°C</sub>

RESPIRAÇÃO: 18<sub>rpm</sub>

PRESSÃO SISTÓLICA: 120<sub>mmHg</sub>

Período: 17/12/2019 06:00:00 à 17/12/2019 17:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
MARTINIANA MARIA GUILHERMINO			315274/0001
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
04/12/1980	39 Ano(s)	MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEIÇÃO	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leto	
16/12/2019	APARTAMENTO	190/0001	
Profissional Responsável			CRM
LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO			14397
Convênio	Setor	Especialidade	
PARTICULAR	CL POSTO I	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio			

PRESSÃO DIASTÓLICA: 80 mmHg

RESPONSÁVEL: TE: MARIA JOELIA DOS SANTOS SILVA - COREN-CE 677344

MARIA JOELIA DOS SANTOS SILVA  
COREN-CE 677344-TE

Período: 16/12/2019 18:00:00 à 17/12/2019 05:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
MARTINIANA MARIA GUILHERMINO			315274/0001
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
04/12/1980	39 Ano(s)	MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEIÇÃO	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
16/12/2019	APARTAMENTO	190/0001	
Profissional Responsável			CRM
LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO			14397
Convênio	Sector	Especialidade	
PARTICULAR	CL POSTO I	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio			

ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 16/12/2019 23:34:16

Paciente em P.O de fratura de rádio distal, evolui consciente, orientada, normotensa, normocárdica, eupneica, afebril, verbaliza, afebril, verbaliza cooperativa, aceita a dieta ofertada, mantém AVP em MSD para terapia medicamentosa, medicada conforme prescrição médica, segue sem queixas em repouso no leito aos cuidados da equipe de enfermagem.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCINEIDE ROCHA DE OLIVEIRA - COREN-CE 1272966

Francineide Rocha de Oliveira  
Tec. Enfermagem  
COREN-CE 1272966

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 16/12/2019 23:43:13

PACIENTE AGUARDA RAIOS-X DE PUNHO AP E PERFIL.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCINEIDE ROCHA DE OLIVEIRA - COREN-CE 1272966

Francineide Rocha de Oliveira  
Tec. Enfermagem  
COREN-CE 1272966

SINAIS VITAIS - 16/12/2019 20:00:38

PULSO: 79 bpm TEMPERATURA: 36,0°C RESPIRAÇÃO: 17 rpm PRESSÃO SISTÓLICA: 110 mmHg  
PRESSÃO DIASTÓLICA: 80 mmHg

RESPONSÁVEL: TE: FRANCINEIDE ROCHA DE OLIVEIRA - COREN-CE 1272966

Francineide Rocha de Oliveira  
Tec. Enfermagem  
COREN-CE 1272966



Período: 16/12/2019 06:00:00 à 16/12/2019 17:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
MARTINIANA MARIA GUILHERMINO			315274/0001	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
04/12/1980	39 Ano(s)	MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEIÇÃO		
Data internação	Aposento	Quarto/Leito		CRU
16/12/2019	APARTAMENTO	190/0001		14397
Profissional Responsável				
LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO				
Convênio	Sector	Especialidade		
PARTICULAR	CL POSTO I	CIRURGICA		
Diagnóstico				
S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio				

ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 16/12/2019 13:30:00

Paciente encaminhada do internamento, deambulando e acompanhada por familiar e funcionária do setor. Admitida no setor Posto I, para submeter-se à procedimento cirúrgico por Dr. Leonardo Coelho, evolui consciente e orientada, fásica, cooperativa, respiração espontânea em ar ambiente, normotensa, normocárdica, normocorada, eupnéica,afebril, funções fisiológicas espontâneas presentes. segue em jejum desde às 07:00 horas de hoje, nega alergias, não refere queixas no momento. aferido SSVV. Segue aos cuidados de enfermagem.  
#Aguardar chamado do C.C.

RESPONSÁVEL: TE: MARIA ISADORA RODRIGUES DA SILVA - COREN-CE 1223016

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 16/12/2019 14:15:00

Paciente encaminhada ao C.C, em maca, portando prontuário completo e exames externos anexos a ela.

RESPONSÁVEL: TE: MARIA ISADORA RODRIGUES DA SILVA - COREN-CE 1223016

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 16/12/2019 17:55:06

Paciente retornou do C.C às 17:55 horas, em maca, em P.O de fratura de rádio distal, acomodada ao leito. Segue aos cuidados de enfermagem.

RESPONSÁVEL: TE: MARIA ISADORA RODRIGUES DA SILVA - COREN-CE 1223016

SINAIS VITAIS - 16/12/2019 13:29:51

PULSO: 92<sub>apm</sub> TEMPERATURA: 36,9<sub>°C</sub> RESPIRAÇÃO: 19<sub>rpm</sub> PRESSÃO SISTÓLICA: 110<sub>mmHg</sub>

PRESSÃO DIASTÓLICA: 90<sub>mmHg</sub>

RESPONSÁVEL: TE: MARIA ISADORA RODRIGUES DA SILVA - COREN-CE 1223016

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL E MATERNIDADE SAO FRANCISCO DE ASSIS  
CNPJ 60.975.737/0054-63

v201903

Impresso: 18/12/2019 10:49

Conta: 2129070/201912 Página: 1

CONTA HOSPITALAR

Paciente: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

Convênio: PARTICULAR

Prontuário: 315274/0001

Idade : 39 Ano(s) Nascimento: 04/12/1980

Matricula:

RG : 99029020190

Titular :

Guia :

Autorização:

Data Internação: 16/12/2019 Hora: 12:22:20 Data Alta: 17/12/2019 Hora: 13:03:46

CID Principal : S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio

CID Complementar:

Médico : LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO

Condição Saída : ALTA MELHORADO

04.000 - S.A.D.T

Código	Descrição	Incl	Qtd	Data	Hono(R\$)	Filme(R\$)	Total
04.004	RADIOLOGIA						
	PUNHO	2	1	16/12/2019	70,00	0,00	70,00
SUBTOTAL:							70,00

07.000 - PACOTES

Código	Descrição	Qtd	CHs	Unitário	Total
	TRATAMENTO CIRURGICO	1	0,00	1130,0000	1130,00
Discriminação por grupo de serviço					
01.001	DIARIAS	1	0,00	452,0000	452,00
03.100	MEDICAMENTO	1	0,00	339,0000	339,00
03.200	MATERIAL	1	0,00	339,0000	339,00
SUBTOTAL:					1.130,00

TOTALIZAÇÃO:

RADIOLOGIA .....	70,00
TOTAL PACOTES.....	1.130,00
CONTA HOSPITALAR.....	1.200,00
TOTAL GERAL.....	1.200,00

(*) TOTAL HONORÁRIO CREDENCIADO.....	0,00
TOTAL A PAGAR PARA O HOSPITAL.....	1.200,00

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL E MATERNIDADE SAO FRANCISCO DE ASSIS  
NPJ 60.975.737/0054-63

v2019003

Impresso: 18/12/2019 10:49

Conta: 2129070/201912 Página: 1

CONTA HOSPITALAR

Paciente: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

Convênio: PARTICULAR

Prontuário: 315274/0001

Idade : 39 Ano(s) Nascimento: 04/12/1980

Matricula:

RG : 99029020190

Titular : Guia :

Autorização:

Data Internação: 16/12/2019 Hora: 12:22:20 Data Alta: 17/12/2019 Hora: 13:03:46

ID Principal : S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio

ID Complementar:

Médico : LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO

Condição Saída : ALTA MELHORADO

04.000 - S.A.D.T

Código	Descrição	Inc	Qtd	Data	Hono(R\$)	Filme(R\$)	Total
--------	-----------	-----	-----	------	-----------	------------	-------

04.004 - RADIOLOGIA

PUNHO

2	1	16/12/2019	70,00	0,00	70,00
---	---	------------	-------	------	-------

SUBTOTAL: 70,00

07.000 - PACOTES

Código	Descrição	Qtd	CHs	Unitário	Total
--------	-----------	-----	-----	----------	-------

TRATAMENTO CIRURGICO

1	0,00	1130,0000	1130,00
---	------	-----------	---------

Discriminação por grupo de serviço

01.001	DIARIAS	1	0,00	452,0000	452,00
--------	---------	---	------	----------	--------

03.100	MEDICAMENTO	1	0,00	339,0000	339,00
--------	-------------	---	------	----------	--------

03.200	MATERIAL	1	0,00	339,0000	339,00
--------	----------	---	------	----------	--------

SUBTOTAL: 1.130,00

TOTALIZAÇÃO:

RADIOLOGIA .....: 70,00

TOTAL PACOTES.....: 1.130,00

CONTA HOSPITALAR.....: 1.200,00

TOTAL GERAL.....: 1.200,00

(\*) TOTAL HONORÁRIO CREDENCIADO.....: 0,00

TOTAL A PAGAR PARA O HOSPITAL.....: 1.200,00



## Ficha do Paciente

(5)

Nº do Prontuário: 14837  
 Nome: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO  
 RG: 99029020190  
 CPF: 887.753.483-49  
 Tipo:  
 Endereço: PADRE GESO FLOR  
 Número: 224  
 Bairro: HORTO  
 Cidade: Juazeiro do Norte  
 UF: CE  
 Celular: 88997153862  
 Sexo: Fem.  
 Raça: SEM INFORMACAO  
 Data Nasc.: 04/12/1980  
 Idade: 39 ano(s), 0 mês(es) e 7 dia(s)  
 Estado Civil: Solteiro  
 Convênio: Particular  
 Plano: Particular  
 Naturalidade: Juazeiro do Norte

fx Rota Distal @ com Anomalia Articular  
 na 1.ª

Ombro instabilidade crônica  
 CD: frouxa orgânica

  
 Dr. Leonardo Barreto  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgia da Mão  
 CREMOC 14.397 TEOT 15494

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CAMÉRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME MARTIMIANA MARIA GUILHERMINO					
		DOC. IDENTIDADE / CNH. EMISSOR UF 99029020190 SSP CE			
		CPF 667.753.483-49 DATA NASCIMENTO 04/12/1980			
		FUNÇÃO JOSE GUILHERMINO SOBRINHO MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEIÇÃO			
		PERMISSÃO ACC CRIME			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1493816051		Nº REGISTRO 05730024811		VALIDADEZ 10/07/2022	
		1ª EMISSÃO 13/03/2013			
OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO;					
					
ASSINATURA DO PORTADOR					
PROIBIDO PLASTIFICAR 1493816051		LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE		DATA EMISSÃO 14/07/2017	
		 ASSINATURA DO EMISSOR		56183550144 CE160341752	
CEARÁ					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014417149760  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PPT 01 1010387640 0000000000 2018

NOME  
MARTINIANA MARIA GUILHERMINO  
JUAZEIRO DO NORTE /CE

CPF / CNPJ 88775348349  
PLACA 7410/CE  
CHASSI 9C2JC4120ER033269

ESP. DE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA  
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES  
ANO FAB. 2014  
CATEGORIA PARTIC  
COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 1\*  
P 1\*  
V 2\*  
A 3\*  
PREMIO TARIFARIO 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 04/12/2018  
OBSERVAÇÕES

JUAZEIRO DO NORTE  
Igor Ponte  
Subsecretário DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014417149760 BILHETE DE SEGURO DPVAT

88775348349 PML 7410/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204  
014417149760 66941104462

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 04/12/2018

VIA 01 88775348349 PLACA 7410  
RENAVAM 1010387640 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES  
ANO FAB. 2014 COR TINTA 9C2JC4120ER033269

PRÊMIO TARIFÁRIO  
PREMIUM (R\$) 00/00/0000  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000

COTA UNICA 00/00/0000  
PARCELAMENTO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.340.008/0001-04  
MOTOR: JC41E2E033269 00609

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

00609

PML 7410

000 RENAVAM

1010387640  
222988 00609



CONTRIN

DETRAN



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200071040 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARTINIANA MARIA GUILHERMINO **Data do acidente:** 10/12/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço distal do rádio à esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 15°, desvio radial aos 10°, pronação aos 30°, supinação aos 30°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do terço distal do rádio à esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 10/12/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do terço distal do rádio à esquerda. Após a realização das medidas terapêuticas, foi identificado o quadro pós-traumático de alteração do mecanismo radioulnar distal com prejuízo de mobilidade. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/03/2020

**Conduta mantida:**

**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

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3200071040

Nome do(a) Examinado(a): MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Padre Jezu Flor, 224, , 63.012-170, Horto, Juazeiro do Norte/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 99029020190

Data e local do acidente: 10/12/2019 - Juazeiro do Norte/CE

Data e local do exame: 20/03/2020 - Crato/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.17981 , longitude: -39.33005

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do terço distal do rádio à esquerda.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do terço distal do rádio à esquerda. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no punho esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 15°, desvio radial aos 10°, pronação aos 30°, supinação aos 30°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Punho Esquerdo - Médio - 50%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. Renan Almeida  
Médico  
CREMEC 12076



RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 315274/6

Dt./Hr. Impressão: 10/02/2020 10:46

Paciente: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO - 39 Ano(s)

DL Nasc.: 04/12/1980

Sexo: Feminino

Convênio: PARTICULAR

Endereço: RUA PADRE JESUFLOR, 224, HORTO, JUAZEIRO DO NORTE - CE - CEP: 63000-000

Prescrição

Dosagem Via

Quant.

Apres.

Observações Gerais

RELATORIO MEDICO

PACIENTE SUPRACITADA FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 10 DE DEZEMBRO DE 2019, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO NO DIA 16 DE DEZEMBRO DE 2019.

HOJE ENCONTRA-SE DE ALTA MEDICA, COM DISCRETA LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

CID S 52.5

10 de fevereiro de 2020

Dr. Leonardo Barreto  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CREMEL 14.397 TEST 15484

LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO - CRM 14397

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
Profissão: SECRETARIA ESCOLAR  
Identidade: 99029020190 CPF: 887.753.483-49  
Endereço: AV. PADRE JESU FLOR, Nº 224 BAIRRO - HORTO

### OUTORGADO:

Nome: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: GERENTE ADMINISTRATIVO  
Identidade: 94002329164 CPF: 780.636.633-49  
Endereço: AVENIDA CASTELO BRANCO, Nº 3902 NOVO JUAZEIRO

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE 13/12/19

5º OFÍCIO

Martiniana Maria Guilhermino

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057707/20

**Vítima:** MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

**CPF:** 887.753.483-49

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 10/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARTINIANA MARIA  
GUILHERMINO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA : 780.636.633-49

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

### MARTINIANA MARIA GUILHERMINO : 887.753.483-49

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: 12/02/2020  
Nome: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA  
CPF: 780.636.633-49

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA

Antonia Daniella Ferreira da Silva