



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-SAJ Portal de Serviços

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 **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

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

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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





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

Rio de Janeiro, 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 POUPANCA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
287-753-483-49 MARTENIANA MARIA GUERREIRO			

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
9 - Bairro:	11 - Cidade:	12 - Estado:	13 - CEP:
14 - E-mail:	15 - Tel.(DDI):		

MARTENIANA MARIA GUERREIRO  
AUTONOMA AV. DAS PRÓTESES 350 FLOR  
MORRO  
Suzano SP 08460-000  
0888130681  
(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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA FOUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0032	CONTA: 00001438	5
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____		
CONTA: _____		
(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta Bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

Declaro, soz as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI 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 que apresenta sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso distorça o seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebê morto)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve mãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos	<input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/vivos vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

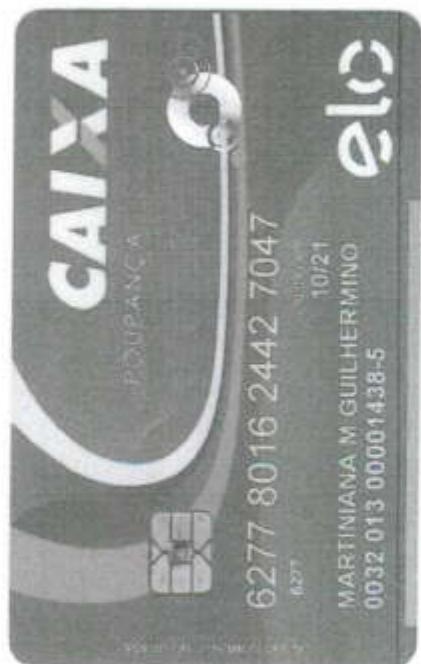
39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**  
RG: **99029020190** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEICAO  
JOSE GUILHERMINO SOBRINHO**  
Endereço: **AVENIDA PADRE JESU FLOR, 224**  
Bairro: **HORTO**  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99625-1496**

*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 Fabricação: **2014** Ano Modelo: **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 N° 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
287-753-483-49 MARTENIANA MARIA GUERREIRO			

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
9 - Bairro:	11 - Cidade:	12 - Estado:	13 - CEP:
14 - E-mail:	15 - Tel.(DDI):		

MARTENIANA MARIA GUERREIRO  
AUTONOMA AV. DAS PRÓTESES 350 FLOR  
MORRO  
Suzano SP 08400-000  
0888130681  
(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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA FOUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Nome do BANCO:		
(Informar o dígito se existir)		
Nome da AGÊNCIA:		
(Informar o dígito se existir)		
Nome da 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, soz as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI 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 que apresenta sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado a um veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, em decorrência do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebê morto)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve mãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/vivos vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		Falecidos:			

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

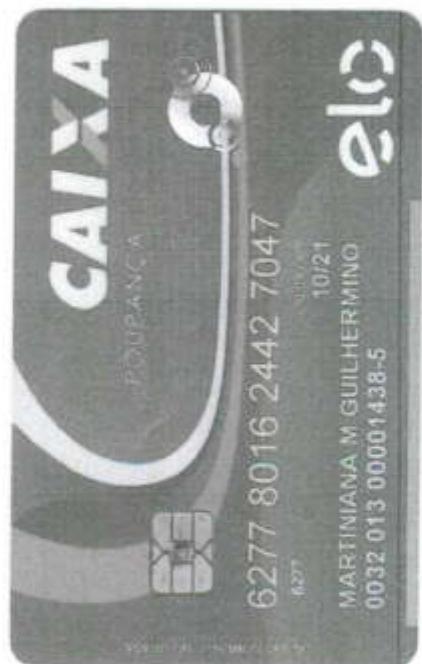
39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: MARTENIANA MARIA GUERREIRO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo: MARTENIANA MARIA GUERREIRO	6 - CPF: 887.753.483-49	7 - Profissão: ADMOCAS	8 - Endereço: AVENIDA PRIMEIRO DE MAIO FLOR	9 - Número: 224.
10 - Bairro: PORTO	11 - Cidade: SUSSEIREDO NORTE	12 - Estado: CE	13 - CEP: 63000000	14 - Complemento: 16 - Tel.(DDI): (88) 988130681
15 - E-mail: ossecces@ossecces.com.br				

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 FOUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0032

CONTA: 00001438 5

(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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado a um veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, em desacordo com 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 (bebê morto)?  Sim  Não 31 - Vítima teve mãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos 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 provarão 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 rogar)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

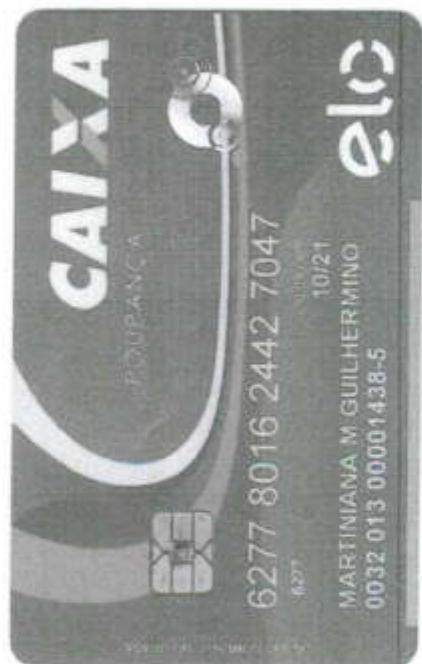
40 - Local e Data: Sussuredo do Nordeste, 13 de fevereiro de 2020.

Martensiana Maria Guilherme

41 - 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

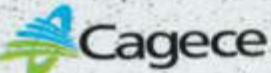
CONTA: 00000001438-5

---

Nr. da Autenticação 491853D5A274C795

636500000012551500312004020115194074000032206119

4843417		<b>enel</b>																		
Para agilizar seu atendimento, utilize o nr acima sempre que entrar em contato comosco																				
<b>CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B   SÉRIE ÚNICA   N° 040743440</b>																				
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 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Ligação Monofásico																				
<b>ÁREA RESERVADA AO FISCO</b> 66007497860334777874196826																				
<b>DATAS DE LEITURA</b> P.F.: 30 dias Anterior 28/10/2019 Atual 27/11/2019 Próxima prevista 27/12/2019																				
<b>DADOS DA MEDAÇÃO</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Posto</th> <th>Leit. Atual</th> <th>Leit. Anterior</th> <th>Corret.</th> <th>Consumo Min (kWh)</th> <th>Consumo Incr. (kWh)</th> <th>Consumo Falt. (kWh)</th> <th>Tarifa (R\$/kWh)</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FP</td> <td>5.353</td> <td>5.246</td> <td>1,00</td> <td>113</td> <td>90</td> <td>113</td> <td>0,727%</td> <td>82,26</td> </tr> </tbody> </table>			Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Corret.	Consumo Min (kWh)	Consumo Incr. (kWh)	Consumo Falt. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	FP	5.353	5.246	1,00	113	90	113	0,727%	82,26
Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Corret.	Consumo Min (kWh)	Consumo Incr. (kWh)	Consumo Falt. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)												
FP	5.353	5.246	1,00	113	90	113	0,727%	82,26												
<b>DADOS DO FATURAMENTO</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ADICIONAL BAND. AMARELA</th> <th>TARIFA</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ADICIONAL BAND. VERMELHA</td> <td>0,00186</td> <td>0,21</td> </tr> <tr> <td>CONSUMO</td> <td>0,05142</td> <td>5,81</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,72796</td> <td>82,26</td> </tr> </tbody> </table>			ADICIONAL BAND. AMARELA	TARIFA	VALOR (R\$)	ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00186	0,21	CONSUMO	0,05142	5,81		0,72796	82,26						
ADICIONAL BAND. AMARELA	TARIFA	VALOR (R\$)																		
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00186	0,21																		
CONSUMO	0,05142	5,81																		
	0,72796	82,26																		
<b>Tributo:</b> Base (R\$): Aliquota (%): 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 <b>88,28</b> <b>CONSUMO CONSCIENTE</b> EMISSões de CO <sub>2</sub> kg/kWh Compromisso para emissões pelo consumo da energia elétrica. Emitido kg (CO <sub>2</sub> ) Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) Conselheiro Ecologista (NCO)																				
44,11 0,00																				
Periodos: Band. Tarif.: Amarelo : 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 0800-0829940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DIFERENTES REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS SEU TRANSTORNO.																				



Nº de Inscrição:

02100605

## DADOS DO CLIENTE

Nome: RODRIGO DEZERRA BESSA VIEIRA  
 End. / Leitura: RV CASTELO BRANCO, 30021-71 RADENTES

Cidade: URCA/ RIO

CEP: 20303-100

## End. Entrega:

Cidade:

Local: 021 Setor: 011 Quadro: 0171 Lote: 0060 Cep: 00000  
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

## ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAÇÃO

Serviço	Medidor	Lerura Anterior	Lerura Atual	Volumen(s)	Média Semestral (m³)
0219	007F0273001	968	968	0	0

## DATAS

Lerura Atual: 27/04/2019 Emissao: 27/04/2019 Lacre Água: 6350221

Lerura Anterior: 26/03/2019 Próxima Lerura: 26/05/2019 Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	1/13	1/13	1/13	1/13	1/13
Analisadas	1/13	1/13	1/13	1/13	1/13
Fora conformidade	1/13	1/13	1/13	1/13	1/13

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Aqua (m³)	Esgoto (m³)
PARCELAMENTO DE DEB 20/21	101,66	FEV 19	0	0
MULTA DE 2	2,26	FEV 19	0	0
JUROS DE 0,033% P/ DIA	14,23	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
		ABR 20	0	0
		MAY 20	0	0
		JUN 20	0	0
		JUL 20	0	0
		AGO 20	0	0
		SET 20	0	0
		OCT 20	0	0
		NOV 20	0	0
		DEZ 20	0	0
		JAN 21	0	0
		FEB 21	0	0
		MAR 21	0	0
		ABR 21	0	0
		MAY 21	0	0
		JUN 21	0	0
		JUL 21	0	0
		AGO 21	0	0
		SET 21	0	0
		OCT 21	0	0
		NOV 21	0	0
		DEZ 21	0	0
		JAN 22	0	0
		FEB 22	0	0
		MAR 22	0	0
		ABR 22	0	0
		MAY 22	0	0
		JUN 22	0	0
		JUL 22	0	0
		AGO 22	0	0
		SET 22	0	0
		OCT 22	0	0
		NOV 22	0	0
		DEZ 22	0	0
		JAN 23	0	0
		FEB 23	0	0
		MAR 23	0	0
		ABR 23	0	0
		MAY 23	0	0
		JUN 23	0	0
		JUL 23	0	0
		AGO 23	0	0
		SET 23	0	0
		OCT 23	0	0
		NOV 23	0	0
		DEZ 23	0	0
		JAN 24	0	0
		FEB 24	0	0
		MAR 24	0	0
		ABR 24	0	0
		MAY 24	0	0
		JUN 24	0	0
		JUL 24	0	0
		AGO 24	0	0
		SET 24	0	0
		OCT 24	0	0
		NOV 24	0	0
		DEZ 24	0	0
		JAN 25	0	0
		FEB 25	0	0
		MAR 25	0	0
		ABR 25	0	0
		MAY 25	0	0
		JUN 25	0	0
		JUL 25	0	0
		AGO 25	0	0
		SET 25	0	0
		OCT 25	0	0
		NOV 25	0	0
		DEZ 25	0	0
		JAN 26	0	0
		FEB 26	0	0
		MAR 26	0	0
		ABR 26	0	0
		MAY 26	0	0
		JUN 26	0	0
		JUL 26	0	0
		AGO 26	0	0
		SET 26	0	0
		OCT 26	0	0
		NOV 26	0	0
		DEZ 26	0	0
		JAN 27	0	0
		FEB 27	0	0
		MAR 27	0	0
		ABR 27	0	0
		MAY 27	0	0
		JUN 27	0	0
		JUL 27	0	0
		AGO 27	0	0
		SET 27	0	0
		OCT 27	0	0
		NOV 27	0	0
		DEZ 27	0	0
		JAN 28	0	0
		FEB 28	0	0
		MAR 28	0	0
		ABR 28	0	0
		MAY 28	0	0
		JUN 28	0	0
		JUL 28	0	0
		AGO 28	0	0
		SET 28	0	0
		OCT 28	0	0
		NOV 28	0	0
		DEZ 28	0	0
		JAN 29	0	0
		FEB 29	0	0
		MAR 29	0	0
		ABR 29	0	0
		MAY 29	0	0
		JUN 29	0	0
		JUL 29	0	0
		AGO 29	0	0
		SET 29	0	0
		OCT 29	0	0
		NOV 29	0	0
		DEZ 29	0	0
		JAN 30	0	0
		FEB 30	0	0
		MAR 30	0	0
		ABR 30	0	0
		MAY 30	0	0
		JUN 30	0	0
		JUL 30	0	0
		AGO 30	0	0
		SET 30	0	0
		OCT 30	0	0
		NOV 30	0	0
		DEZ 30	0	0
		JAN 31	0	0
		FEB 31	0	0
		MAR 31	0	0
		ABR 31	0	0
		MAY 31	0	0
		JUN 31	0	0
		JUL 31	0	0
		AGO 31	0	0
		SET 31	0	0
		OCT 31	0	0
		NOV 31	0	0
		DEZ 31	0	0
		JAN 32	0	0
		FEB 32	0	0
		MAR 32	0	0
		ABR 32	0	0
		MAY 32	0	0
		JUN 32	0	0
		JUL 32	0	0
		AGO 32	0	0
		SET 32	0	0
		OCT 32	0	0
		NOV 32	0	0
		DEZ 32	0	0
		JAN 33	0	0
		FEB 33	0	0
		MAR 33	0	0
		ABR 33	0	0
		MAY 33	0	0
		JUN 33	0	0
		JUL 33	0	0
		AGO 33	0	0
		SET 33	0	0
		OCT 33	0	0
		NOV 33	0	0
		DEZ 33	0	0
		JAN 34	0	0
		FEB 34	0	0
		MAR 34	0	0
		ABR 34	0	0
		MAY 34	0	0
		JUN 34	0	0
		JUL 34	0	0
		AGO 34	0	0
		SET 34	0	0
		OCT 34	0	0
		NOV 34	0	0
		DEZ 34	0	0
		JAN 35	0	0
		FEB 35	0	0
		MAR 35	0	0
		ABR 35	0	0
		MAY 35	0	0
		JUN 35	0	0
		JUL 35	0	0
		AGO 35	0	0
		SET 35	0	0
		OCT 35	0	0
		NOV 35	0	0
		DEZ 35	0	0
		JAN 36	0	0
		FEB 36	0	0
		MAR 36	0	0
		ABR 36	0	0
		MAY 36	0	0
		JUN 36	0	0
		JUL 36	0	0
		AGO 36	0	0
		SET 36	0	0
		OCT 36	0	0
		NOV 36	0	0
		DEZ 36	0	0
		JAN 37	0	0
		FEB 37	0	0
		MAR 37	0	0
		ABR 37	0	0
		MAY 37	0	0
		JUN 37	0	0
		JUL 37	0	0
		AGO 37	0	0
		SET 37	0	0
		OCT 37	0	0
		NOV 37	0	0
		DEZ 37	0	0
		JAN 38	0	0
		FEB 38	0	0
		MAR 38	0	0
		ABR 38	0	0
		MAY 38	0	0
		JUN 38	0	0
		JUL 38	0	0
		AGO 38	0	0
		SET 38	0	0
		OCT 38	0	0
		NOV 38	0	0
		DEZ 38	0	0
		JAN 39	0	0
		FEB 39	0	0
		MAR 39	0	0
		ABR 39	0	0
		MAY 39	0	0
		JUN 39	0	0
		JUL 39	0	0
		AGO 39	0	0
		SET 39	0	0
		OCT 39	0	0
		NOV 39	0	0
		DEZ 39	0	0
		JAN 40	0	0
		FEB 40	0	0
		MAR 40	0	0
		ABR 40	0	0
		MAY 40	0	0
		JUN 40	0	0
		JUL 40	0	0
		AGO 40	0	0
		SET 40	0	0
		OCT 40	0	0
		NOV 40	0	0
		DEZ 40	0	0
		JAN 41	0	0
		FEB 41	0	0
		MAR 41	0	0
		ABR 41	0	0
		MAY 41		

## 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 Ouvintia: 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/BIBLIOTECA/WEB/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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Bruno Bezerra Bezerra  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 780.636.633 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Martimhoz maria Gazzola inscrito (a) no CPF sob o Nº 887.753.483 / 49,  
 do sinistro de DPVAT cobertura INVER, da Vítima Martimhoz maria Gazzola  
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 887.753.483 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
 Declaro Profissão: RECUSOU Renda: R\$ 00,00 e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

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

Endereço:	<u>Alvares Castro Bezerra</u>	Número:	<u>8902</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Novo Horizonte</u>	Cidade:	<u>Guarapuava</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>ASSESSORARESSA@HOTMAIL.COM</u>	CEP:	<u>63000000</u>	Tel.(DDD):	<u>(18) 98813-0681</u>

Local e Data: Guarapuava/PR, 17 de Março de 2020

Assinatura do Declarante

RECEITA MÉDICA

Pronfúario/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

RELATÓRIO MÉDICO

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

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

CID G52.5

10 de fevereiro de 2020

Dr. Leonardo Barreto  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM/CE 14.397 TEC/ 15484

LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO - CRM/14397

**Ficha de Atendimento**

Data: 10/12/2019

Data de Saída

Hora: 07:53

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 CEP: 63.012-170 Natural: JUAZEIRO DO

Sexo: F Nasc: 04/12/1980 Idade: 39

Telefone: (88) 3511-6481 Celular: ( ) -

**Documento**

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 99029020190 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último 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 RAIO X PRA PACIENTE REALIZAR 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  
CRM: 19573  
CREMEC 19.573

CAMILLA MARIA SOBREIRA BRASIL  
CRM: 19573 / CE

Diretor Médico

**UPA 24h Limeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N  
 Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE  
 e-mail...  
**UPA24h**  
 UPA 24 horas



**651143** Atendimento  
**223390** Prescrição

CNPJ: 19.622.700/0001-46  
 Telefone: (08) 82156-2188

**Prescrição Médica**

Prontuário	Nome: <b>MARTINIANA MARIA GUILHERMINO</b> Ala/Leito: Leito de Observação Convênio: SUS	Dt/Hr: 10/12/2019 08:06 Nasc: 04/12/1980 Idade: 39	APRAZAMENTO							Pág: 1				
			Obs	16	18	20	22	00	02	04	06	08	10	12
	<b>Medicações</b>													
	1 - DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM													
	2 - DEXAMETASONA 4MG/2,5ML IM													
	<b>Outros Itens</b>													
	3 - ALTA APOS MEDICACAO													
	Dra. Camila [Signature] [Signature] [Signature] CREMEC 19.573													

DADOS DO PACIENTE

me acidente: /12/1980 xe minino cumento(s) lentidade: 99029020190 idereço U/A PADRE JESUFLOR me 38) 9625-1496 responsável MARIA MATILDES GUILHERMINO DOS SANTOS idereço Responsável U/A PADRE JESUFLOR de MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEIÇÃO	Local TACAIMBO	Raça/Cor Parda	Etnia	País Nacionalidade Brasil	Estado Civil Solteiro(a)	Religião CNS	Prioritário/Atendimento 315274/0001	Idade 39 Ano(s)
CPF: 887.753.483-49	Nº	224	Bairro HORTO	Município JUAZEIRO DO NORTE-CE	CEP 63000-000	Fone Empresa (88) 3511-8481	Fone Responsável (88) 9625-1496	
Profissão SECRETARIA ESCOLAR	Empresa	CNPJ do Responsável 96770945304	Cônjugue	Pai JOSE GUILHERMINO SOBRINHO				

DADOS DA INTERNAÇÃO

ata/Hora 16/12/2019 12:22 onvénio PARTICULAR. édico LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO IO Principal	Quarto/Leito 190-0001	Aposento APARTAMENTO	Clinica CIRURGICA	Setor CL POSTÓ I	
		Matrícula	Autorização	Dias 0	Gua
					CRM 14397
			CTD Complementar		

Observação

usuário	Procedimento SUS	Sisprenatal
TERESA SAWANNA BEZERRA PEREIRA		

data Saída

Hora

Condición da Saída

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.

29-12-200

Ex

CRATO, 16 de dezembro de 2019.

*Martiniana Maria Guilhermino*

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: TEREZA SAWANNA BEZERRA PEREIRA

*Maria Matildes g. dos santos*

Assinatura do responsável





## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Paciente: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO  
Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO  
Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL  
ESQUERDO

1. Paciente em DDH sob bloqueio anestésico em MSE;
2. Assepsia + antisepsia + garrote;
3. Incisão volar em punho esquerdo em topografia de fratura de rádio distal;
4. Dissecção por planos;
5. Identificada fratura cominuta, com acometimento articular do rádio 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 estiloide e de fragmento metafísário com 2 fios de K;
8. Controle por escopia;
9. Sutura do garrote;
10. Sutura por planos;
11. Curativo estéril;
12. Tala antebráquio-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. Leonardo Barreto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 14.397 - TEOT 15494

DR. DIEGO E BRITO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Diego E. Brito  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 15440

### Prescrição Médica

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

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. D'ITA GERAL LIVRE				
02. SORO FISIOLOGICO 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	30 08 14
04. TIRONA 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 FISIOLOGICO 0,9% 100ML	1amp	E.V.	08/08 H	08 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  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgião da Mão  
CREMEC 14.397 TEOT 15194

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

① Cintac - lona + AD (EV) 8/8h SG Násgro  
6w Rm (tos.)

Dr. Leonardo Barreto  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgião da Mão  
CREMEC 14.397 TEOT 15194



NOME: MARTINHO MARIA GUILHERMIO CONVÊNIO: FANTASIA  
DATA: 16/12/15 PRONTUÁRIO: 315274 LEITO: \_\_\_\_\_ MÉDICO: DR LEOVANDO

DATA/HORA	ANOTACÕES
P.A 138x73	PACIENTE ADMITIDO NOITE PARA PROCEDIMENTO COM DR LEOVANDO (Fratura do Síntese 99% RADIOLÓGICA) consciente orientada, provavelmente do Posto I em casa VERBALIZANDO: NENHUMA ALERGIA MÍDICAMENTE
P.A 119x78	TOSA, REALIZADA AUF EMA MSD com FC 74 TENSÃO 20, monitor 2000, Posicionado SPO2 100% posa de Bisturis em M1D, realizadas ANESTESIA POR DR HENRIK (BLOQUEIO + SEDATIVO) REALIZADO ANTIESPASMODICO + ASSAPSAPASSA
	DE GUARDA AS 16:15, COLOCADO PLATEY PAINEL, PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTRODUÇÃO, UTILIZOU ANCO CIRURGICO E APARELHOS DE ULTRASSOM PRA O BLOQUEIO, INGEN ANEXADA AO PRONTUÁRIO, APÓS TÉCNICA REALIZADA CONVENTIVO FICOU COLOCADO GESSO LOGO EM SEGUIMENTO, EXAMINADAS AS MÃOS AO SISTEMA DE ORIGEM
	<i>Colégio de Enfermagem de São Paulo - SP 06/01/2017</i>

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	CRM			
Profissional Responsável				14397			
LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO							
Convênio	Setor	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 OSTEOSINTSE DE FX DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ PRESENTE MOMENTO. SEGUE EM DIETA GERAL LIVRE CONFORME ACEITAÇÃO, HIDRATAÇÃO VENOSA EM ACESSO PERIFÉRICO. SENDO MCPIV VERIFICADO SSVV. OBS - AGUARDA VISITA MÉDICA.

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

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

OBS - AGUARDA REALIZAR RAIO X DE PUNHO E

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

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

CLIENTE REALIZA RAIO 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

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

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

PULSO: 74 bpm

TEMPERATURA: 36,2°C

RESPIRAÇÃO: 18/min

PRESSÃO SISTÓLICA: 120 mmHg

Período: 17/12/2019 06:00:00 à 17/12/2019 17:59:26

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente				Prontuário
MARTINIANA MARIA GUILHERMINO				
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		315274/0001
04/12/1980	39 Ano(s)	MARIA JOSEFA SOBRINHO DA CONCEIÇÃO		
Data Internação	Aposento		Quarto/Letra	
16/12/2019	APARTAMENTO		190/0001	
Profissional Responsável				
LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO				
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

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

Periodo: 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/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 - 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 RAIO-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/min

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/Litio
16/12/2019	APARTAMENTO		190/0001
Profissional Responsável			CRM
LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO			14397
Convívio		Selos	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, afibril, funções fisiológicas espontâneas presentes, segue em jejum desde às 07:00 horas de hoje, nega alergias, não refere queixas no momento, referido SSVV. Segue aos cuidados de enfermagem.  
#Aguardad 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 bpm

TEMPERATURA: 36,9°C

RESPIRAÇÃO: 19/min

PRESSÃO SISTÓLICA: 110 mmHg

PRESSÃO DIASTÓLICA: 90 mmHg

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

NOCLÉADE BENEFICENTE SÃO CAMILO  
HÓSPITAL E MATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
INPI 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

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

Prontuário: 315274/0001

RG : 99029020190

Matrícula:

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

Condicão Saída : ALTA MELHORADO

04.000 - S.A.D.T

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

04.004 - RADILOGIA

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:

RADILOGIA .....: 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

OCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
OSPITAL E MATERNIDADE SAO FRANCISCO DE ASSIS  
NPJ 60.975.737/0054-63

v2019003

CONTA HOSPITALAR

paciente: MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

Impresso: 18/12/2019 10:49

Conta: 2129070/201912 Página 1

Convênio: PARTICULAR

Prontuário: 315274/0001

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

Matrícula:

:G : 99029020190

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 BAKRETO

Condicação Saída : ALTA MELHORADO

49

04.000 - S.A.D.T		Inc	Qtd	Data	Hono (R\$)	Filme (R\$)	Total
Código	Descrição						

04.004 - RADIOLOGIA		2	1	16/12/2019	70,00	0,00	70,00
	PUNHO				SUBTOTAL:		70,00

07.000 - PACOTES		Qtd	CHs	Unitário	Total
Código	Descrição				

TRATAMENTO CIRURGICO	1	0,00	1130,0000	1130,00
----------------------	---	------	-----------	---------

Discriminação por grupo de serviço		1	0,00	452,0000	452,00
01.001	DIARIAS	1	0,00	339,0000	339,00
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

Rx: Poxa Dessa ☺ com Anestesia Local  
 na mão

Outro Tratamento Clínico:

CD: Fimose da pálpebra



Dr. Leonardo Barreto  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgia da Mão  
 CRNEC 11.297 TEOT 15494





# 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 radio-ulnar 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

**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 ás regiões corporais acometidas.

Punho Esquerdo - Médio - 50%



Dr. Renan Almeida  
Médico  
CREMEC 12076

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

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

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE SUPRACITADA FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 10 DE DEZEMBRO DE 2019, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 11 DE DEZEMBRO DE 2019.

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

CID G52.5

10 de fevereiro de 2020

Dr. Leonardo Barreto  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM/CE 14.397 TEC/ 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. N° 224 BAIRRO: HORTO

### OUTORGADO:

Nome: ADRIANO BEZERRA RESSA VIEIRA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil CASADO  
Profissão: GERENTE ADMINISTRATIVO  
Identidade: 94002329164 CPF: 780.636.633-49  
Endereço: AVENIDA CASTELO BRANCO, N° 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



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

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** MARTINIANA MARIA GUILHERMINO

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

## 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