Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-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 **WEB1.20.01571130-7** em **20/11/2020 12:53:44**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0261185-15.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01571130-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 20/11/2020 12:53:44

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

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

Petição* : 2766611_CONTESTACAO_01 - 1-12.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2766611_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-17.pdf

Downloads

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

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

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200361692 **Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA**

Data do Acidente: 04/12/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL DE ANDRADE SILVA

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 ombros
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: **DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000751**
Conta: **0000012247-0**
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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	02002414351	DANIEL DE ANDRADE SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
DANIEL DE ANDRADE SILVA	02002414351	ENTREGADOR.

Endereço	Número	Complemento
R. NONATO TIBURCIO		

Bairro	Cidade	Estado	CEP
NOVA MARANGUAPE	MARANGUAPE	CEARA	61944245

Email	Telefone (DDD)
	(85) 999590779

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0751		12247	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05 JUL. 2018

Maranguape, 29 de junho de 2018
Local e Data

Daniel de Andrade Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 050.024.143-51
4 - Nome completo da vítima: Kianiel de andrade Silva

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

5 - Nome completo: Kianiel de Andrade Silva
6 - CPF: 050.024.143-51
7 - Profissão: Entregador
8 - Endereço: Rua Nonato Tibúrcio
9 - Número: S/N
10 - Complemento: –
11 - Bairro: Novo Maranguape
12 - Cidade: Maranguape
13 - Estado: CE
14 - CEP: 61944-245
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (85) 987241586

DADOS CADASTRAIS

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 ababo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0751 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 12247 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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.

PERMANENTE

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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do polegar direito do beneficiário

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Maranguape 05/08/2020.

Daniel de Andrade Silva
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SDC-001-V002/2018

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

FLS. _____
RUBRICA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 2443 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/06/2018 16:15:58**
Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2017 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SEN. ALMIR PINTO**
Complemento:
Bairro: **OUTRA BANDA** Município: **MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência: **ROTATORIA DA OUTRA BANDA**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Nascimento: **28/02/1987** CPF: **020.024.143-51**
CNH: **04670534438** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: CE
Filiação: **ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA**
FRANCINEUDO DIONISIO DA SILVA
Endereço: **RUA MARLETE LEITE, 214**
Bairro: **AREA SECA**
Município: **MARANGUAPE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98875-2032**

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **PMK9307** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi: **9C2JC4110FR104652** Renavam: **1036433398** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **SUPERMERCADO ANALI LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Segundo o declarante é funcionário do Supermercado Anali, onde trabalha fazendo entregas em uma motocicleta ; QUE na data, hora e local acima citado, estava fazendo uma entrega na MOTOCICLETA DE PLACA PMK-9307 de propriedade do Supermercado Anali, onde se deslocava no sentido CENTRO/NOVO MARANGUAPE, retornando de uma entrega; QUE estava contornando a rotatória da Outra Banda, quando um veículo de placas não anotadas colidiu com a lateral da motocicleta do declarante vindo a lhe derrubar ao chão; QUE o citado veículo não parou e não teve sua placa anotada; QUE foi o próprio declarante quem se levantou e se encaminhou ao Hospital público local para os primeiros atendimentos; QUE vinha sozinho e não anotou o nome de nenhuma testemunha ocular; QUE comunicou o ocorrido aos seus companheiros de trabalho de nomes LUCAS DE SOUZA MOURA e VANDO DE SOUZA REBOUCAS; E nada mais disse.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
UBIRATAN FURTADO BRAGA - MAT.: 13[illegible]73-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Daniel de Andrade Silva

FLS _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 2443 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
FRANCISCO JOSÉ FERREIRA BRAUNA - MAT.: 133828-1-6

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 050.024.143-51
4 - Nome completo da vítima: Kianiel de andrade Silva

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

5 - Nome completo: Kianiel de Andrade Silva
6 - CPF: 050.024.143-51
7 - Profissão: Entregador
8 - Endereço: Rua Nonato Tibúrcio
9 - Número: S/N
10 - Complemento: –
11 - Bairro: Novo Maranguape
12 - Cidade: Maranguape
13 - Estado: CE
14 - CEP: 61944-245
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (85) 987241586

DADOS CADASTRAIS

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 ababo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0751 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 12247 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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.

PERMANENTE

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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do polegar direito do beneficiário

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Maranguape 05/08/2020.

Daniel de Andrade Silva
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SDC-001-V002/2018

17:2 UA

Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape - Ceará

PREFEITURA DE MARANGUAPE

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendente: GEOVANIA FREITAS
Data/hora: 04/12/2017 17:19

CMT CONSULTÓRIO: 01

Nome: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Estado Civil: Casado Sexo: Masculino Nascimento: 28/02/1987 Idade: 30
Identidade: 2004024010204 Naturalidade: MARANGUAPE-CE Endereço: RUA NONATO TIBURCIO Nº249
Bairro: NOVO MARANGUAPE Cep: Município: MARANGUAPE Fone: 988752032

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL LEITO: _____

Sinais Vitais: PA: 120 x 80 mmHg T: ____ oC P: ____ bpm R: ____ mmrpm

Enfermeiro: _____ Data: 04/12/17 Horário: 17:26

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:
encontrado no leito, após colisão carro e moto, queixa de dor no ombro esquerdo (MSE). Nega demais queixas

ANAMNESE E EXAME FÍSICO
Pequenas escoriações em membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo após trauma

Exames Solicitados:

Hipótese Diagnóstica:

	Rx M.S.E
	Rx M.S.E

DESTINO

☐ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Observação

Daniel de Andrade
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica: VEGA ALERGIAS	Horário	Auxiliar
1) Cetoprofeno 03 FA + 100ml SF 0,9% EV	→ 13:00	

A presente xerox confere com a Original em nossos arquivos HMABH em 01/01/2019
Assinatura do Funcionário Samu

Observação:
988752032

Prontuário

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: 23/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000012247-0

Nr. da Autenticação 66AC1200163E65E6

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a sua conta de **07/2020**

DADOS DO CLIENTE

Nome NATALY SOUSA DE OLIVEIRA

Endereço RU NONATO TIBURCIO 00000 00000
61944-245 MARANGUAPE NOVO MARANGUAPE

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 4747022-ELE-626 - MG007U16

CPF / CNPJ
039.171.583-61

Nº DO CLIENTE	DV
8007649	

VENCIMENTO
20/07/2020

TOTAL A PAGAR (R$)
75,68

DATA EMISSÃO
13/07/2020

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
E66D.5C6B.2ACB.B1B0.7B31.70F6.46F1.0BC1

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
12/06/2020	13/07/2020	12/08/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
HFP	6964.00	6872.00	92.00	0.00	0.00	0.00	1.00	92.00	92.00	0,75467	69,43

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC			4,80
Consumo	92	0,75467	69,43
Multa			1,45

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualização	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh).Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
		0

Tributo	Base (R$)	Alíquota (%)	Valor (R$)
PIS/PASEP	69,43	0,3400	0,23
COFINS	69,43	1,6900	1,16
ICMS	69,43	27,00	18,75

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R$
06/2020	76,80
Total	76,80

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 13/06 - 13/07 Informamos que a sua conta de energia com fornecimento tido partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

83870000000-1 75680031020-9 01026056307-0 00008007649-1

DÉBITO AUTOMÁTICO.
Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

Guarde sua conta em lugar seguro e pague-a somente no vencimento. Você pode pagar em qualquer agência bancária, lotérica ou caixa eletrônico, dentro do prazo de validade do código de barras. Após o vencimento, pague nos caixas da Coelce.

NATALY SOUSA DE OLIVEIRA
RU NONATO TIBURCIO 00000 00000
MARANGUAPE NOVO MARANGUAPE
61944-245

DADOS PARA ENTREGA

MG007U16	4747022-ELE-626
8007649	
13/07/2020	13/07/2020

ENEL & VOCÊ
Central de Atendimento: 0800 285 0196
Site: www.eneldistribuicao.com.br

OBSERVAÇÕES
As vagas para a colocação de Construção de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.enelfortaleza.com.br

Informações sobre Legislação
Como sabemos nos estamos atentos que qualquer alterações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, prazos, serviços prestados e índices de empresa a disposição dos consumidores que consulta em razão ao nosso local de atendimento ou no site e de

Importante
Informações são e em dinheiro em vendas realizadas podem ser obtidas em sites de nossa tipo de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIAÇÕES
HFP: Hora Ponta
Convat: Contratada
Regist: Registrada
Ultrapass: Ultrapassagem
UFER: Unidade de Faturamento de energia reativa
DMAX: Demanda máxima correspondente ao Ponta

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO
DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia
FIC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia
DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia
DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos
Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências interrompeu a qualidade normal.
Clientes cujos períodos de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos na Resolução nº 414 de 9/9/2010 da ANEEL, sem de posse verificar a distribuidora e a solução dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre em pela www.aneel.gov.br

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES
Regiões de Atendimento Enel:
Fortaleza e Região metropolitana:
(85) 4353 4700/4000

Jaguaribe:	(88) 3566 2225
Iguatu:	(88) 3581 1101
Limoeiro:	(88) 3023 4101
Cariri:	(88) 3343 2925
Sobral:	(88) 3677 2234
Sertões:	(88) 3611 4100

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO
1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h, com possibilidade de acompanhamento anterior
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará - ARCE: 0800 723 0 103 - ligação gratuita de reclamações, sugestões e elogios
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 - ligação gratuita de reclamações e elogios
Em caso de falta de energia, envie um SMS para 28015 com: Tradutor + espaço + número do cliente

IMPORTANTE

DEVOLUÇÃO DA CONTA
Senhor Entregador: assinale com "X" o motivo da devolução desta conta.

☐ Casa fechada	☐ Recusou-se a receber
☐ Endereço insuficiente	☐ Não existe o nº indicado
☐ Outros - especificar _____	

Data: Matrícula:
Hora: Rubrica:

REMETENTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200361692 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA **Data do acidente:** 04/12/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA. P3,7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Irlandia Pinheiro,

RG nº 2007664727-4 data de expedição 08/09/20, Órgão SSP, portador do CPF nº 703.823.643-72, com domicílio na cidade de Itarema, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Irlandia, nº 2727, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Daniel de Andrade Silva, cujo o condutor era Daniel de Andrade Silva.

Veículo: Pas/motocicleta/não.Cargo
Modelo: Honda/CG 125 Fan KS
Ano: 2014/2015
Placa: PMK9307
Chassi: 9C2JC4110FR104652
Data do Acidente: 04/12/17
Local e Data: Itarema, 02/06/18

Cartório de Jurema

Maria Irlandia Pinheiro
Assinatura do Declarante

Daniel de Andrade Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

LIGIA CORRETORA DE SIN. LTDA
05 JUL. 2018

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Cartório Jurema - Tel. 85-3237-1870
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelia
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de:
MARIA IRLANDIA PINHEIRO
Do que dou fé. Caucaia-CE 01 de junho de 2018
Selo(s): 886645-CJ
FRANCISCO CLAUDIO FAÇANHA DA SILVA - Escrevente
Carimbo: 593641 Total: R$ 4,16 Pedido: 153
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Av. Dom Aloisio Lorscheider, 1520 - Parque Albano - Caucaia
(85) 3237-1870
(85) 8773-1319

17:2 UA

Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape - Ceará

PREFEITURA DE MARANGUAPE

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendente: GEOVANIA FREITAS
Data/hora: 04/12/2017 17:19

CMT CONSULTÓRIO: 01

Nome: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Estado Civil: Casado Sexo: Masculino Nascimento: 28/02/1987 Idade: 30
Identidade: 2004024010204 Naturalidade: MARANGUAPE-CE Endereço: RUA NONATO TIBURCIO Nº249
Bairro: NOVO MARANGUAPE Cep: Município: MARANGUAPE Fone: 988752032

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL LEITO: _____

Sinais Vitais: PA: 120 x 80 mmHg T: ____ oC P: ____ bpm R: ____ mmrpm

Enfermeiro: _____ Data: 04/12/17 Horário: 17:26

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:
encontrado no leito, após colisão carro e moto, queixa de dor no ombro esquerdo (MSE). Nega demais queixas

ANAMNESE E EXAME FÍSICO
Pequenas escoriações em membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo após trauma

Exames Solicitados:

Hipótese Diagnóstica:

	Rx M.S.E
	Rx M.S.E

DESTINO

☐ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Observação

Daniel de Andrade
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica: VEGA ALERGIAS	Horário	Auxiliar
1) Cetoprofeno 03 FA + 100ml SF 0,9% EV	→ 13:00	

A presente xerox confere com a Original em nossos arquivos HMABH em 01/01/2019
Assinatura do Funcionário Samu

Observação:
988752032

Prontuário

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Data do Atendimento: 25/01/2020

RECEITA

---------- LAUDO MÉDICO----------

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE CLAVICULA NO DIA DE HOJE. PACIENTE DEVERÁ AFASTAR-SE DE QUALQUER ATIVIDADE FÍSICO-LABORAL POR UM PERÍDO DE 90 DIAS ATÉ TOTAL RECUPERAÇÃO.

CID: M84.1

Dr. José Gilvan L. S. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13441, TEOT 15132

RP3000N

JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO 25/01/2020 10:58 192.85.4.101

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que DANIEL DE ANDRADE SILVA, está no pós-operatório de tratamento cirurgico de OSTEOSSINTESE + ENXERTO ÓSSEO PARA PSEUDOARTROSE DE CLAVICULA ESQ. EM 25/01/2020. Cursa com dor leve e leve limitação de ADM. Diante disso, a paciente deverá afastar-se de qualquer atividade de esforço ou carga, por mais 60 dias, por motivo de saúde.

S42.0

08/07/2020

DR JOSÉ GILVAN L. S. LANDIM
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO / ARTROSCOPIA
CREMEC:13.841/ TEOT:15.132 /RQE: 9617

ANTONIO PRUDENTE

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇAO
DADOS PESSOAIS

Atendimento 65022363

!d%:b"

25/01/2020 06:35:43

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6292551	DANIEL DE ANDRADE SILVA	M	28/02/1987	32

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
SSP CE	2002414351		2-SOLTEIRO

Endereço
R 170 163 CENTRO MARANGUAPE-CE CEP:61900000

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
88752032		ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
25/01/2020	06:33		

Médico Atendente	Clinica
3744329 JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO	4-CIRURGICA

Médico Acompanhante	Tipo Atendimento
3744329 JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO	0 INTERNACAO

Avaliação médica

26/01

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - LISBOA SUPERMERCADO LTDA	COLETIVO

Carteira	Validade
13612000480003014	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133430 SALA CC 03	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
23259898	99995666	D38621014	INTERNACAO
23259898	30795033	D38621014	ACROMIOPLASTIA
23259898	30717167	D38620940	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99600406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 6
			Material - 99629354 - PLACA DE RECONSTRUCAO ACETABULAR - QTDE: 1
23259898	30732026	D38621002	ENXERTO OSSEO

ENDERSON SOUZA ROCHA

PROC: ENXERTO OSSEO
COD: 30732026

KIT: 000004888014
DT.MONTAGEM: 24/01/2020 09:47
AUX.RESP: 109484714-EVANDRO DA SILVA RIBEIRO JUNIOR
KIT COMPLETO: SIM ( ) NAO (X)
PACIENTE: Daniel de Andrade Silva
NASC: 28/02/1987
PRONTUARIO 6292653
ATENDIMENTO 60022363

(X) ELETIVO
( ) URGENCIA

000004888014

Nome:
Idade:
Prontuário:
Diagnóstico:
Cirúrgia:
Cirurgião:

ANESTESIA PRECOCE

HORA 08h30 09h30 10h30 11h30

PRESSÃO NÃO INVASIVA | CAPNOGRAFO | SINALIZADOR DE PULSO | PRESSÃO INVASIVA

DROGAS | EVENTO

SR 1 | SR 1

VOLUME | PERDAS | VOLUME | BALANÇO

Dra. Sonia Flores Memeni
Médica Anestesiologista
CRM-115.868

FICHA DE ANESTESIA

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	01 A P	[illegible]	
[illegible] amp		[illegible]	
[illegible] 130 mg/ml		[illegible]	
[illegible] 5 mg/ml	06 A P	[illegible]	
[illegible] 10, 20, 30, 100 mg		[illegible]	
[illegible]		[illegible]	
[illegible] 100 amp		[illegible]	
[illegible] 250 mg FR		[illegible] 400 mg	
[illegible] 20 mg/ml		[illegible]	
[illegible] 4 mg FR 0,9 ml	01 A P	[illegible] 40 mg/amp	
[illegible] 25 mg		[illegible] 2 mg	
[illegible] 2,5 mg/ml Amp. 10 ml		LIDOCAINA amp S/A 0,5 ml 2%	
[illegible] 10 mg		LIDOCAINA S/A 2% ml	20 ml 01 Sgs
[illegible] 4% 20 ml	10 (20 ml) 02 Sgs	LIDOCAINA PESADA 5% amp	
[illegible] 20 ml FR		LIDOCAÍNA 5% 20 ml	
[illegible] amp		MIDOGEL	
DRAMIN Bo OLIV			
DOLANTINA amp			
[illegible]			
DORMONID 15 mg/ml	01 A P		
DOBUTREX amp			
EFORTIL amp			
ERGOMETRINA 0,2 mg/amp			
FENERGAN		SORO	
FLAXEDIL 50 mg		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	01
FENTANIL amp 02 A + 05 P	02 A P	SORO-GLICOSADO 5,5% 500 ml	
GLUCONATO DE CÁLCIO		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	
FORAM		SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ML	
HIDROCORTISONA 500 mg		SORO RINGER LACTATO 500 ml	02
HALOTHANO		SOL. MANITOL 20% 250 ml	
HEPARINA		FRUTOSE	
HIPNOMIDATE 2 mg/ml		VOLUVEN	
[illegible] AL amp			
IPSILON 1g			
KEFAZOL 1g amp	02 Sgs	SANGUE / HEMOCOMPONENTE	QTD
LASIX amp		PLASMA	
LETALAR ml		SANGUE	
LANEXAT amp		PAPA DE HEMÁCIAS	
LASIX amp		ALBUMINA	
MARCAINA C/ A 0,5% amp	01 Sgs		
MARCAINA PESADA amp			
MARCAINA S/A 0,5% amp			
METHERGIN amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	QTD
MILPERIDOL amp		CATETER VENOSO	01
MINIRUM 10 mg		ENTENEOR	01
MAUSEDRON 8 mg	01 A P	EQUIPO DE SORO	01
NARCAN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	01
NAROPIN amp		SONDA TRAQUEAL Nº 7,5	01
NSPRIDE amp		AGULHA P/ PERIDURAL	
NORADRENALINA		SONDA NASOGÁSTRICA	
NORCURON		AGULHA P/ RAQUE	
NUBAIN amp		TORNEIRA TRÊS VIAS	01
OMEPRAZOL 400 mg FR		EQUIPO DE BOMBA	
ORASTINA amp 5 UI/ml		EQUIPO DE BOMBA FOTO	01
PAVULON amp		AGULHA STIMOPREX	02
PLAMET amp			
PLASIL amp			
PROPENID IV	01 Sgs		
PROSTIGMINE amp 0,5 mg	01 A P		
QUELICIN 100 mg/ ml			
RIVOTAMINA			

Anestesiologo do Anestesista - CRM	Justificativa Médica
Dra. Sonia Flores Mameni Médica Anestesiologista CRM 15.968	

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 10:52

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA Dt. Nasc.: 28/02/1987 Atendimento: 65022363 Prontuário: 6292651

Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1

Profissional(is): JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO, MÉDICO, CRM 13841 [1] Nº: 49929478 25/01/2020 às 07:48

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clinico	M841	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	M841	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	25/01/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	08:00	[1]
Cirurgia	TTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE CLAVICULA	[1]
Cirurgião	DR GILVAN	[1]
1º Auxiliar	DR DAVID	[1]
Descrição Cirúrgica	1- DECUBITO EM CADEIRA DE PRAIA, SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO DE PLEXO 2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS 3- INCISÃO NA CICATRIZ PREVIA. 4- DISSECÇÃO POR PLANOS, VISUALIZADO COTO CIRURGICO SEM VITALIDADE, FEITO CRUENTIZAÇÃO DO MESMO. 5- RETIRADO ENXERTO TRICORTICAL DA BACIA. 6- FEITO ENXERTO E COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS 8- LAVAGEM COM SF 0,9% 9- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO 10- TIPÓIA AMERICANA	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30735033 / 30717167 / 30732026	[1]

Dr. José Gilvan L. S. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13841/TEOT 1513

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 11:31

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA | Dt. Nasc.: 28/02/1987 | Atendimento: 65022363 | Prontuário: 6292651

Convênio: HAPVIDA | Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | Leito: 133430/1

Profissional(is): VALERIA DOS SANTOS ALBUQUERQUE SOUSA, ENFERMEIRO(A), COREN 863782 [1] | Nº: 49933408 | 25/01/2020 às 09:35

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	25/01/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	9:25	[1]
Cirurgia	TTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA CLAVÍCULA	[1]
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	NÃO.	[1]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	SIM.	[1]
Sitio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluida	SIM.	[1]
Oximetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	ESQUERDA.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sitio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM. KEFAZOL 2G ÁS 8:30.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]
Etapas Criticas,Duração E Perdas Sanguineas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Especificas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 11:31

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA Dt. Nasc.: 28/02/1987 Atendimento: 65022363 Prontuário: 6292651

Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	NÃO.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	CADEIRA DE PRAIA	[1]

/ /

ANTONIO PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

6007.

Emissão: 25/01/2020

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA — **Dt. Nasc.** 28/02/1987 — **Atendimento:** 65022363

Convênio: HAPVIDA — **Nº Prescrição:** 25492855 — 25/01/2020 às 08:05 — **Prontuário** 6292651

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR — **Leito:** ~~433430/4~~ — **Peso:** 80.00 kg

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			3/3h	ORAL				CRM-138
2. Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total:	500 ml			7.00 gts/min	Acesso Periferic o	CRM-138
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500 ml					
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)		1 g	1 FRAP	(FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV		CRM-13E
(D1/1) Agua Destilad a			10 ml					
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)		100mg	1 FRAP	(FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV		CRM-13E
Soro Fisiologico 0,9 %			100 ml					
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)		1000mg	2 ML	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV		CRM-13E
Agua Destilad a			18 ml					
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg	2 ML	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	SN	CRM-13E
Soro Fisiologico 0,9 %			100 ml					
Alta vigilânci a								
7. PLAMET (5.00mg/ml)		10mg	2 ML	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV		CRM-13E
Agua Destilad a			18 ml					
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO				SN				CRM-138
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA								CRM-138
10. PUNCAO C/ JELCO				SN				CRM-138
11. SINAIS VITAIS								CRM-138
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS								CRM-138
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVA				SN				CRM-138
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO								CRM-138
15. COMPRESSÃO COM ETB				SN				CRM-138

Profissionais: CRM-1384 1 JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NET

Dr. José Gilvan L. S. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM 1384 / TEOT 1613

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 25/01/2020 17:58

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA | Dt. Nasc.: 28/02/1987 | Atendimento: 65022363 | Prontuário: 6292651
Convenio: HAPVIDA | Nº Prescrição: 0025492855 | 25/01/2020 às 08:05
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | Leito: 133430/A 600%. | Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA							HORÁRIOS
1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h	ORAL				
Prescritor: CRM-13841							
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total:	500 ml		7.00 gts/min	Acesso Periférico		10:00 ; 15:00
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml					
Prescritor: CRM-13841							
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	1 g	1 FRAP	(FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV		10:00 ; 26/01 - 00:00 ; 08:00 26.01.
Agua Destilada		10 ml					
Prescritor: CRM-13841							
4.CETOPROFENO IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP	(FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV		10:00 ; 26/01 - 00:00 ; 08:00 26.01
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml					
Prescritor: CRM-13841							
5.DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV		18:00 ; 26/01 - 00:00 ; 26/01 - 06:00 ;
Agua Destilada		18 ml					
Prescritor: CRM-13841							
6.TRAMADOL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	SN	
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml					
Alta vigilância							
Prescritor: CRM-13841							
7.PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV		16:00 ; 26/01 - 00:00 ;
Agua Destilada		18 ml					
Prescritor: CRM-13841							
8.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO			SN				10:00 ;
Prescritor: CRM-13841							
9.CURATIVO MEDIO+SF+GAZE							10:00 ;
Prescritor: CRM-13841							

Drenos
10:00
220 ml.

06:00hs
Drenos
150 ml

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 25/01/2020 15:13

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA | Dt. Nasc.: 28/02/1987 | Atendimento: 65022363 | Prontuário: 6292651
Convenio: HAPVIDA | Nº Prescrição: 0025492855 | 25/01/2020 às 08:05
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | Leito: 133430/1 | Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS
10. PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-13841	SN	10:00 ;
11. SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-13841		12:00 ;
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-13841		10:00 ;
13. RETIRADA DE DRENO DE Prescritor: CRM-13841	SN	10:00 ;
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE Prescritor: CRM-13841		10:00 ;
15. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-13841	SN	10:00 ;
26. Alta em: 26/01/2020 ALTA MELHORADO Alta dada por: JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO Prescritor: CRM-13841		

Profissionais: CRM-13841 JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO

Reservado para o SND
ENTEROFIX
Ass.

Legenda horário : ◯ Indica item não administrado.
— Indica item checado.

Fco Heldo Araujo Junior
Enfermeiro
COREN - CE 339456

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 25/01/2020 16:13

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Dt. Nasc.: 28/02/1987
Atendimento: 65022363
Prontuário: 6292651
Convenio: HAPVIDA
Nº Prescrição: 0025492855
25/01/2020 às 08:05
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
Leito: 133430/1
Peso: 80.00 kg

GASTOS

Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.
PLAMET				**HV Vol.Total: 500.00 Vlc:**			
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	COLETOR DE URINA SIMPLES ADULTO - 1 U	1	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1		
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1		
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500	1		
BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML	2	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	50				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	LUVA DESC.ESTERIL N-7,5 - 1 PA	1				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	**Retirada De Dreno De Portovac**					
DIPIRONA AMP		ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4.5M TUBO	30				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000	20				
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	3	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	3	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	5				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2				
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3	LUVA DESC.ESTERIL N-7,5 - 1 PA	1				
CETOPROFENO IV		LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1				
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2	**Curativo Medio+Sf+Gaze Acolchoada**					
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 A	2	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	8	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 A	1				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	TRANSOFIX - 1 UD	1				
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000	30				
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	2	LUVA DESC.ESTERIL N-7,5 - 1 PA	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3				
Puncao C/ Jelco		**Curativo Com Atadura E Gaze Acochoada Medi**					
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2				
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	15	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2				
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	**CEFAZOLINA SODICA**					
EXTENSOR 20CM C/2 VIAS - 1 UD	1	KEFAZOL FRAP 1 UD	2				
AFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2				
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8				
CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	2				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6				
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2				
Sondagem Vesical De Alivio		ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20				
XILOCAINA GELEIA 2% BISN 30 GR	5						

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 28/02/1987	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292651
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25497034	25/01/2020 às 13:13	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED	

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO

Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mantido: [1] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS	Mantido:

Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN-CE 521.482 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 28/02/1997	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292651
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25497036	25/01/2020 às 13:14	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1		

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)

Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)

1 - ADMITIR/INSTALANDO	
OXIMETRO DE PULSO	Mantido
MONITOR CARDÍACO	Mantido
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO	
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Joliana
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521482 - ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 13:13

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA Dt. Nasc.: 28/02/1987 Atendimento: 65022363 Prontuário: 6292651

Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 49941720 25/01/2020 às 13:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
Evolução de enfermagem	13:07 - D.A.S., 32 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA COM DR GILVAN E SOB ANESTESIA GERAL COM DRA SONIA. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE. SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO PERÍODO. COM AVP EM MSD E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO ÍNTEGRO. COM DRENO DE PORTOVAC EM SUCÇÃO. DIURESE ESPONTÂNEA. SSVV: PA: 121 X 66 MMHG, FC: 67 BPM, FR: 15 MRPM, SATO2: 100%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.	[1]
AVALIAÇÃO DE DOR		
Dor (0 A 10)	0	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Joliano
Sarah Joliana Saunders Guedes
Enfª - COREN 521.482 - PE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 16:12

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA Dt. Nasc.: 28/02/1987 Atendimento: 65022363 Prontuário: 6292651

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6007/1

Profissional(is): FRANCISCO HELDO ARAUJO JUNIOR, ENFERMEIRO(A), COREN 539450 [1] Nº: 49949001 25/01/2020 às 16:11

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	D.A.S., 32 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO 5B NO POI DE PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA COM DR GILVAN E SOB ANESTESIA GERAL COM DRA SÔNIA. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE. SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO PERÍODO. COM AVP EM MSD E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO ÍNTEGRO. COM DRENO DE PORTOVAC EM SUCÇÃO. DIURESE ESPONTÂNEA. SSVV: PA: 121 X 86 MMHG, FC: 67 BPM, FR: 15 MRPM, SATO2: 100%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.	[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)	0	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Fco. Heldo Araujo Jr.
Enfermeiro
COREN-CE 539450

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE - PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE		PRONTUARIO	NUTRIÇÃO : ENTEROFIX
Daniel de Andrade Silva			
LEITO	CONVÊNIO	DATA: 26/01/2020	ATENDIMENTO: 65022363

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
Sinais Vitais	
Alta hospitalar	

Dr Italo Figueiras
Médico
CREMEC 8215

	Lig:	Desl:
OXIGENIO		
AR COMPRIMIDO		
MASCARA DE VENTURI		
OXIMETRO DE PULSO		
10H		
14H		
18H		
22H		
02H		
06H		

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP(ºC)	FC(BPM)	FR(MPM)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR 26/01/2020 0

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA Dt. Nasc.: 26/02/1987 Atendimento: 65022363 Prontuário: 6292651

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6007/1

Profissional(is): MARCIANA ALMEIDA DA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 436988 [1] Nº: 49970902 26/01/2020 às 09:39

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	PLANTAO MT PACIENTE D.A.S., 32 ANOS, PACIENTE SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO 5B HD: 1 PO PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA COM DR GILVAN . EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE. SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO PERÍODO. COM AVP EM MSD E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO ÍNTEGRO. COM DRENO DE PORTOVAC EM SUCÇÃO. DIURESE ESPONTÂNEA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE ** PACIENTE EVOLUINDO BEM APOS VISITA MEDICA RECEBE ALTA HOSPITALAR	[1]

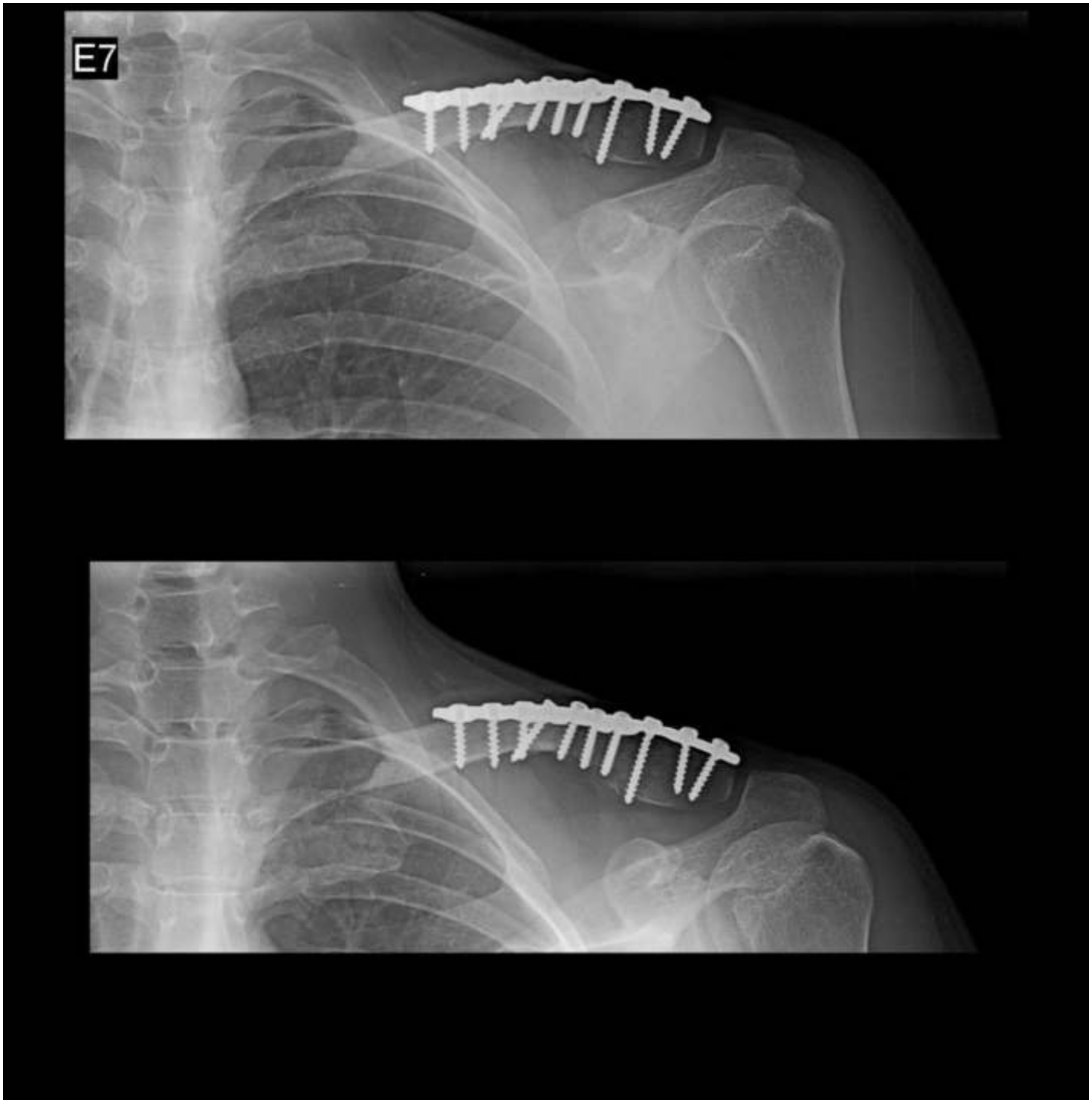
AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)	0	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Marciana Almeida da Costa
COREN - CE 436988 - ENF


E7

1407063250

NOME
DANIEL DE ANDRADE SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE E ORGÃO EXPEDIDOR
2001024010204 SSP CE

CPF
020.024.143-51

DATA NASCIMENTO
20/02/1967

FILIAÇÃO
FRANCISMUDO DIONISIO DA SILVA
ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA

Nº NACIONAL

DATA
15/06/2009

OBSERVAÇÃO
EXERCE ATIV REMUNERADA/

LOCAL
MARANGUAPE, CE

DATA EMISSÃO
16/12/2016

19080850116
CE154079450

1407063250

DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013571059904

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	01036433398	0000000000	2017

NOME
SUPERMERCADO ANALI LTDA
****
****
MARANGUAPE /CE

CPF / CNPJ: 21094769000196
PLACA: PMK9307/CE
PLACA ANT / UF: /CE
CHASSI: 9C2JC4110FR104652
ESPÉCIE / TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
COMBUSTÍVEL: GASOLINA
MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB.: 2014
ANO MOD.: 2015
CAP / POT / CIL: 2P/OCV/124CC
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA
COTA ÚNICA: ********,**
VENC. COTA ÚNICA: **/**/**
VENC. / COTAS: 1ª ********
2ª ********
3ª ********
FAIXA I.P.V.A.: ********
PARCELAMENTO / COTAS: ********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATÓRIO ********

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL: MARANGUAPE
DATA: 13/09/2017

Igor Ponte
Superintendente
DETRAN-CE

CONTRAN

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 013571059904 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	13/09/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	21094769000	PMK9307

RENAVAM	MARCA / MODELO
01036433398	HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.	CAL.TARIF.	Nº CHASSI
2014	09	9C2JC4110FR104652

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,15	0,7	185,5

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO
DATA DE COTAÇÃO: 08/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC41E1F104652 01157

013571059904
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.
DE
DE
ASSINATURA

01157
PMK9307
CÓD. RENAVAM
01036433398
148677 01313

05 JUL. 2018

DENATRAN

CENTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013571059904
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM		EXERC.
PPT 01	01036433398	0000000000	2017

SUPERMERCADO ANALI LTDA
****
****
MARANGUAPE /CE

CHASSI	PLACA
21094769000196	PMK9307/CE

CIDADE	CHASSI
/CE	9C2JC4110FR104652

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA/MODELO	FABRICAÇÃO	ANO MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS	2014	2015

CAP. POT. CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
3P/0CV/124CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA			
	**********,**	**/**/**	1 ******** 2 ******** 3 ******** **********
	**********	********,**	

****

****
****
****

MARANGUAPE 13/09/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013571059904 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EXPIRAÇÃO
2017	13/09/2017

VIA	CHASSI	PLACA
01	21094769000	PMK9307

RENAVAM	MARCA MODELO
01036433398	HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.	ANO MOD.	Nº CHASSI
2014	09	9C2JC4110FR104652

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO	DENATRAN 8%	
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE 8%	IOF 0%	
4,13	0,7	185,[illegible]

PAGAMENTO		DATA LIMITE PAGAMENTO
[X] COTA ÚNICA	[ ] PARCELADO	08/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 05.200.000/0001-04

MOTOR: JC41E1F104652 01157

013571059904
RECIBO CE Nº

RECIBO DO CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

01157
PMK9307
01036433398
140677 01[illegible]

Receita Federal

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
20.905.851/0001-90 MATRIZ		25/08/2014

NOME EMPRESARIAL
CELSO GOMES PINHEIRO - ME

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)
****

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
Não informada

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
R PAULO GOMES DA SILVA	226	TERREO;

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
61.603-070	PARQUE SOLEDADE	CAUCAIA	CE

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	26/08/2014

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

CONFERE COM O ORIGINAL
05 JUL. 2018

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia **26/08/2014** às **11:25:53** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

Voltar

Secretaria da Micro e Pequena Empresa da Presidência da República
Secretaria de Racionalização e Simplificação
Departamento de Registro Empresarial e Integração

REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE:

NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato referente a filial):

NOME DO EMPRESÁRIO (completo sem abreviaturas): CELSO GOMES PINEHRO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

ESTADO CIVIL: CASADO

SEXO: M [X] F [ ]

REGIME DE BENS (se casado): COMUNHAO PARCIAL

FILHO DE (pai): MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO

(mãe): MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO

NASCIDO EM (data de nascimento): 25/12/1976

IDENTIDADE (número): 2008010112657

Órgão Emissor: SSP

UF: CE

CPF (número): 791.649.193-15

EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor):

DOMICILIADO NA (LOGRADOURO rua, av, etc.): RUA TRES

NÚMERO: 184

COMPLEMENTO: LOTEAMENTO SANTO EMILIO

BAIRRO / DISTRITO: CANINDEZINHO

CEP: 60731496

MUNICÍPIO: FORTALEZA

UF: CE

declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresária, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:

ATO	DESCRIÇÃO DO ATO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
080	INSCRICAO		
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO

NOME EMPRESARIAL: CELSO GOMES PINHEIRO

LOGRADOURO (rua, av, etc.): RUA PAULO GOMES DA SILVA

NÚMERO: 226

COMPLEMENTO: TERREO; TERREO;

BAIRRO / DISTRITO: PARQUE SOLEDADE

CEP: 61603070

MUNICÍPIO: CAUCAIA

UF: CE

PAÍS: BRASIL

CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL): denis@contechonline.com.br

VALOR DO CAPITAL - R$: 10.000,00

VALOR DO CAPITAL (por extenso): DEZ MIL REAIS

CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE Fiscal)
Atividade principal: 8219999
Atividades secundárias:

DESCRIÇÃO DO OBJETO: PREPARACAO DE DOCUMENTOS E SERVICOS

JUNTA COMERCIAL DO CE - SEDE
05 JUL. 2013

DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES: 25/08/2014

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ:

TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF
NIRE anterior:

UF:

USO DA JUNTA COMERCIAL
DEPENDENTE DE AUTORIDADE ADMINISTRATIVA: [ ] 1 - SIM [ ] 2 - NÃO

ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assistente/gerente): CELSO GOMES PINHEIRO

DATA DA ASSINATURA: 22/08/2014

ASSINATURA DO EMPRESÁRIO: x Celso Gomes Pinheiro

PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL

DEFERIDO.
PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE.

JOSÉ KLEBER G. NASCIMENTO
25/08/14

AUTENTICAÇÃO

JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE
CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014
SOB Nº 23103592406
Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014

HAROLDO FERNANDES MOREIRA
SECRETÁRIO-GERAL

MÓDULO INTEGRADOR: CE1201400070581

ATO 315

ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO;, bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

Celso Gomes Pinheiro

CELSO GOMES PINEHRO

JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARA -SEDE
CERTIFICO O REGISTRO EM 25/08/2014
SOB Nº 20141102624
Protocolo: 14/110262-4, DE 22/08/2014
Empresa:23 1 0359240 6
CELSO GOMES PINHEIRO

HAROLDO FERNANDES MOREIRA
SECRETARIO-GERAL

JUNTA COMERCIAL DE SÃO PAULO
05 JUL. 2018

MÓDULO INTEGRADOR: CE1201400070581

CONTRATO SOCIAL
SUPERMERCADO ANALI LTDA

JARBAS DA SILVA IBIAPINA, brasileiro, solteiro, maior, nascido em19/05/1985, empresário, portador da CNH: 03232953467 DETRAN/CE, CPF: 004.455.003-01, residente e domiciliado na Rua Holanda, 1717 – casa 10 – quadra 02 – lote 38 – Jardim Cearense - Fortaleza/CE, CEP 60.712-165 e **MARIA IRLÂNDIA PINHEIRO**, brasileira, solteira, maior, nascida em 15/03/1974, natural de Solonópole/CE, empresária, portadora da cédula de identidade 20076647174 SSPCE, CPF 703.813.643-72, residente e domiciliada na Rua Holanda, 1717 – casa 10 – quadra 02 – lote 38 – Jardim Cearense - Fortaleza/CE, CEP 60.712-165, doravante denominados sócios, constituem uma sociedade limitada, mediante as seguintes cláusulas:

PRIMEIRA - A sociedade girará sob o nome empresarial **SUPERMERCADO ANALI LTDA**, e terá sede e domicílio na Rua Senador Almir Pinto 2510 – Bairro Novo Maranguape I – Maranguape/CE, CEP 61.943-060.

SEGUNDA - O objeto social será o Comércio Varejista de Mercadorias em Geral – Supermercados, comércio varejista de carnes, hortifrutigranjeiros, lanchonetes, casa de chá e sucos, correspondentes de instituições financeiras, gestão de espaço para exposição para uso de terceiros, promoção de vendas e publicidade no local da venda.

TERCEIRA -O Capital Social será de **R$ 100.000,00 (Cem mil reais)**, dividido em 100.000 (cem mil) quotas de R$ 1,00 (Um real) cada uma, subscritas e integralizadas, neste ato, em moeda corrente do país, pelos sócios da seguinte mane

Sócios	Nº de Cotas	Total(R$)
MARIA IRLANDIA PINHEIRO	70.000	70.000,00
JARBAS DA SILVA IBIAPINA	30.000	30.000,00
TOTAL	100.000	100.000,00

QUARTA – As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do outro sócio, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, o direito de preferência para sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente.

QUINTA - A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social.

SEXTA – A sociedade iniciará suas atividades em 20/09/2014, e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

CONTRATO SOCIAL
SUPERMERCADO ANALI LTDA

Continuação do Contrato Social.

SÉTIMA - A administração da sociedade será exercida por ambos os sócios, com poderes para praticar todos os atos pertinentes à gestão da sociedade, podendo para esta finalidade transferir seus poderes a terceiros, através de instrumento procuratório, autorizado o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

OITAVA - Os sócios poderão de comum acordo e a qualquer tempo, fixar uma retirada mensal pelo exercício da gerência, a título de "pró-labore", respeitadas as disposições regulamentares pertinentes.

NONA – Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados.

DÉCIMA – Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administrador (es) quando for o caso.

DECIMA PRIMEIRA – A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

DECIMA SEGUNDA - Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará sua atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes, ou do(s) sócio(s) remanescente(s), o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os mesmos procedimentos serão adotados em outros casos em que a sociedade se resolva em relação a seu sócio.

DÉCIMA TERCEIRA – Os administradores declaram sob as penas da lei, de que não estão impedidos de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar(em) sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública, ou a propriedade incorrem nas proibições previstas em lei para o exercício da atividade mercantil.

CONTRATO SOCIAL
SUPERMERCADO ANALI LTDA

Continuação do Contrato Social.

DECIMA QUARTA – Fica eleito o foro de Maranguape - CE para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento em 04 (quatro) vias.

Maranguape/CE, 17 de Setembro de 2014.

MARIA IRLÂNDIA PINHEIRO

JARBAS DA SILVA IBIAPINA

Dr. Jesus Wilson Ferreira Machado
Advogado OAB/CE 3.670

JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARA -SEDE
CERTIFICO O REGISTRO EM: 23/09/2014
SOB Nº: 23201641037
Protocolo: 14/119599-1, DE 19/09/2014
SUPERMERCADO ANALI LTDA
HAROLDO FERNANDES MOREIRA
SECRETARIO-GERAL

B

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Daniel de Andrade Silva
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Entregador
Identidade: 2004024010204 CPF: 02002419351
Endereço: Rua Honorato Tiburcio 299
Bairro: Nova Maranguape
Cidade: Maranguape CEP: 61944-245

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vitima, Daniel de Andrade Silva.

Local e data:

Maranguape, 13 de Junho de 20 18

Daniel de Andrade Silva
Assinatura do Outorgante **(Beneficiário)**

CARTORIO HOLANDA

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Adriana Larissa Gomes de Sousa
Escrevente Autorizada
1º Ofício Maranguape

Reconheço a(s) firma(s) Daniel de Andrade Silva
☒ Por autenticidade
☐ Por semelhança
Dou fé, Maranguape 13 JUN 2018
Em Test. da verdade
FERNANDO ANTONIO DE HOLANDA CARLOS
Titular do Ofício

CARTORIO HOLANDA
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº CJ 625946 RZWT
02

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242028/18

Número do Sinistro: 3180308499

Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Data do acidente: 04/12/2017

CPF: 020.024.143-51

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 13/09/2018 Nome: CELSO GOMES PINHEIRO CNPJ: 20.905.851/0001-90	Data do cadastramento: 13/09/2018 Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS CPF: 061.393.643-45
CELSO GOMES PINHEIRO	LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0228215/20

Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Data do acidente: 04/12/2017

CPF: 020.024.143-51

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

DANIEL DE ANDRADE SILVA : 020.024.143-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 14/08/2020	Data do cadastramento: 14/08/2020
Nome: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 020.024.143-51	CPF: 001.023.383-02
DANIEL DE ANDRADE SILVA	JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

RIBEIRO & PINHEIRO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA-CE.

AÇÃO DE COBRANÇA – DPVAT

JUSTIÇA GRATUITA

DANIEL DE ANDRADE SILVA, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF nº 020024143-51 e CNH 04670534438, residente e domiciliado na Rua Nonato Tiburcio, 249, bairro Novo Maranguape, CEP 61942-320, Maranguape-CE, e-mail ribeiropinheiroadv@gmail.com, por intermédio de seus advogados,conforme instrumento procuratório anexo, com endereço profissional situado na Rua 24 de maio, 1009, sala 214, Centro, Fortaleza-CE, CEP 60.020-000, aonde recebe notificações e expedientes do gênero, vem, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, promover a presente **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA** contra **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A** , pessoa jurídica de direito privado, localizado à Av. Antonio Sales, 1357, Joaquim Tavora, CEP 60135-100 e **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº. 09.248.608/0001-04, com domicílio profissional a Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Bairro Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, o que faz pelos fundamentos fáticos jurídicos que adiante passa a aduzir.

I- DA JUSTIÇA GRATUITA

A parte autora, inicialmente, postula os beneplácitos da gratuidade da justiça, em razão de não dispor de condições financeiras para arcar com as despesas processuais e os honorários advocatícios iniciais, estando, tudo com base nos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015).

RIBEIRO & PINHEIRO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

Cabe acrescentar a isto, que a Lei nº 7.115/83, Art. 1º demostra que a declaração de pobreza quando firmada pelo próprio interessado tem presunção de veracidade, objetivando o preceito constitucional presente na CF, Art. 5, LXXIV, sendo a negativa da prestação jurisdicional uma afronta ao princípio o livre acesso à justiça.

Acerca do tema, o STJ posicionou-se em Recurso Especial nº 1.162.311 – RJ (2009/0207622-1) sobre a desnecessidade de comprovação de hipossuficiência.

Ademais, a parte suplicante é isento de responsabilidade tributária por não receber os rendimentos superiores ao valor tributável presente na Instrução Normativa RFB nº 1613/2016.

II- DOS FATOS

A parte autora restou permanentemente inválida em decorrência de acidente de trânsito, **resultando em perda anatômico/funcional do membro superior esquerdo** conforme documentação **CONSTANTE NO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 3170023461**, os quais comprovam sequelas e invalidez da vítima.

Em razão do grave acidente em que se vira envolvida, a pobre vítima sofreu lesões de natureza grave, que lhe deixaram sequelas irreversíveis, que modificaram em muito o modo de viver deste postulante, limitando-o completamente.

Diante de tal circunstância a parte autora exerceu pleito administrativo para recebimento da indenização decorrente de sua invalidez, a título de **DPVAT** – "*Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não*".

Para sua surpresa a parte autora não teve seu pleito totalmente atendido no **processo administrativo nº 317002346**, tendo recebido apenas **R$ 4.725,00, em 27.03.2017, SEM A DEVIDA PRESTAÇÃO DE CONTAS**. Assim, não lhe resta alternativa senão o ajuizamento da presente ação.

Ao final da instrução processual, a parte suplicante demonstrará indubitavelmente que a quantia que lhe foi repassada administrativamente não condiz com o grau de invalidez pelo mesmo apresentado, sendo medida que sim põe o julgamento procedente desta ação, para

Rua 24 de Maio, 1009 - Ed. Raimundo Nogueira Mendonça, 2º andar - sala 214
CEP 60.020-000 | Centro - Fortaleza - Ce
85 8667.0503 | 85 8669.2768

RIBEIRO & PINHEIRO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

que a parte promovida seja condenada ao pagamento da complementação a indenização devida ao suplicante.

III- DO DIREITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestre, conhecido popularmente como Seguro DPVAT, no modelo atual, foi criado pela lei 6.194/74, de 19 de dezembro de 1974.

Tal Seguro tem como finalidade garantir às vítimas de acidente de trânsito importância capaz de ressarcir o dano pessoal causado, levando em consideração o grau de invalidez pela vítima apresentado.

Ao tratar sobre o valor da indenização do Seguro DPVAT, a aludida lei 6.194/74 assim dispõe:

> **"Art. 3o Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2o desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:**
>
> **(...)**
>
> **II - até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e**
>
> **(...)**
>
> **§ 1o No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em**

Rua 24 de Maio, 1009 - Ed. Raimundo Nogueira Mendonça, 2º andar - sala 214
CEP 60.020-000 | Centro - Fortaleza - Ce
85 8667.0503 | 85 8669.2768

RIBEIRO & PINHEIRO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

> completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:"

No caso em tela, embora o promovente tenha sofrido lesão permanente no MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, em grau máximo, que, consoante tabela gradativa da lei 6.194/74, corresponderia a uma indenização no valor de R$: 9.450,00, o suplicante recebeu administrativamente apenas a quantia de R$ 4.725,00 , havendo, portanto, saldo remanescente no valor de R$ 4.725,00 , em favor do demandante a ser recebido.

Outros órgãos do Poder Judiciário já decidiram pela condenação das promovidas à complementação da indenização do Seguro DPVAT:

> **LEGISLAÇÃO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGUROOBRIGATÓRIO DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR PAGO ADMINISTRATIVAMENTE. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL COMPLETA. QUANTIFICAÇÃO DA LESÃO SEGUNDO O GRAU DE GRAVIDADE DAS CONSEQUÊNCIAS. CRITÉRIOS. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. PEDIDO PROCEDENTE EM PARTE.**
>
> 1. A Lei nº 6.194/74, com a redação atualmente vigente, dispõe que a invalidez permanente indenizável do seguro obrigatório DPVAT pode ser total ou parcial. Esta última, por sua vez, se subdivide em parcial completa e parcial incompleta. Sendo completa, é feito enquadramento segundo o percentual expressamente indicado na tabela anexa à lei, aplicado sobre o valor máximo de R$ 13.500,00; sendo incompleta efetua-se a mesma correspondência da tabela, procedendo-se em seguida à redução proporcional nos termos indicados, ou seja, 75% para perdas de repercussão intensa, 50% para as perdas de média repercussão e 25% para as de leve repercussão, adotando-se 10% de acréscimo para o caso de sequelas residuais.
>
> 2. Provado que o segurado foi vitimado por acidente automobilístico e que, em razão dele, experimentou lesão parcial completa, ou seja, que na espécie impõe indenização de 70% (setenta por cento) do capital máximo previsto na Lei nº

RIBEIRO & PINHEIRO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

6.194/74. **(TJ-MG - AC: 10525120038233001 MG, Relator: Otávio Portes, Data de Julgamento: 08/07/2015, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 17/07/2015)**

Assim, levando em consideração que o valor da indenização repassada à parte suplicante não corresponde ao grau de invalidez pelo mesmo apresentado, requer digne-se Vossa Excelência em julgar inteiramente procedente a presente ação, com a condenação da promovida ao complemento da indenização da lei 6194/74 devida ao promovente.

IV- DOS REQUERIMENTOS

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

a) A concessão dos benefícios da justiça gratuita, tudo com base nos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), conforme declaração anexa;

b) Seja a promovida citada via postal para, na forma e sob as advertências legais, querendo, responder a presente ação, **sob pena de revelia;**

c) Em respeito ao Artigo 319, inciso VII, a parte promovente manifesta o desinteresse pela realização de audiência conciliatória, a este momento, tendo em vista que não vislumbra a possibilidade de composição amigável entre as partes sem sua prévia submissão a pericia médica.

d) Por derradeiro, pugna pela inclusão deste processo em mutirão próprio para resolução de ações que versem sobre seguro DPVAT;

e) Ao final do processo decisório, seja a presente julgada inteiramente procedente, com a condenação da promovida ao pagamento da importância de **R$ 4.725,00**, em favor da parte suplicante, referente à complementação da indenização por invalidez do seguro DPVAT devida à mesma, quantia esta a ser CORRIGIDA MONETARIAMENTE E ACRESCIDA DE JUROS MORATÓRIOS DESDE O EVENTO DANOSO;

f) A condenação da seguradora nas custas processuais, bem como, honorários advocatícios sucumbenciais no montante de 20% (vinte por cento) do valor da causa ou de conformidade com o § 8º do artigo 85 do Código de Processo Civil, caso Vossa Excelência entenda que o valor a ser recebido é de irrisório proveito econômico;

Rua 24 de Maio, 1009 - Ed. Raimundo Nogueira Mendonça, 2º andar - sala 214
CEP 60.020-000 | Centro - Fortaleza - Ce
85 8667.0503 | 85 8669.2768

RIBEIRO & PINHEIRO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROTESTA provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos e tidos como lícitos, em especial, pela produção de prova pericial sobre o autor, **apresentando ao final, desde já o rol de quesitos.**

Dá-se à causa o valor de **R$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Fortaleza- CE, 20 de julho de 2018.

Igor Sávio C. Pinheiro da Silva
OAB/CE 23.977

Gustavo Ribeiro Pinto
OAB/25.594

Daniel Trajano P. de Lima
OAB 34.075

QUESITAÇÃO AOS PERITOS

• As sequelas apresentadas pelo autor são compatíveis com as decorrentes de acidente de trânsito?
• As sequelas apresentadas pelo promovente são de caráter irreversível?
• Que membro/função/órgão do autor apresentam limitação em decorrência do acidente descrito na Inicial?
• Qual o grau de invalidez apresentado pelo demandante?

Rua 24 de Maio, 1009 - Ed. Raimundo Nogueira Mendonça, 2º andar - sala 214
CEP 60.020-000 | Centro - Fortaleza - Ce
85 8667.0503 | 85 8669.2768

RIBEIRO & PINHEIRO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

- A limitação pode ser nominada como leve, moderada ou grave?

Rua 24 de Maio, 1009 - Ed. Raimundo Nogueira Mendonça, 2º andar - sala 214
CEP 60.020-000 | Centro - Fortaleza - Ce
85 8667.0503 | 85 8669.2768

DANIEL TRAJANO
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO AD E EXTRA JUDICIA

OUTORGANTE:
Nome completo: Daniel de Andrade Silva
Nacionalidade: Brasileiro
Profissão: Autonomo
Estado Civil: Solteiro
RG: 046.705.344-38 CPF: 020.024.143-51
Endereço: Rua Nonato Tiburcio, nº 249, Novo Maranguape
Telefone: (85) 98875-2032

OUTORGADO: DANIEL TRAJANO PEREIRA DE LIMA, advogado, OAB/CE nº 34.075, com endereço profissional na Rua Tenente José Newton, nº 186, Messejana, CEP 60.841-250, Fortaleza/CE.

PODERES: Por este instrumento de mandato o outorgante acima qualificado, constitui e nomeia como seu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com os poderes conferidos pela cláusula *"ad judicia et extra"*, podendo, também, confessar, desistir, transigir, receber, dar quitação, inclusive serem expedidos diretamente em nome do outorgado alvarás judiciais para levantamento de créditos constituídos em nome do outorgante, em especial nos autos do processo número _____, que tramita perante a ____ Vara, _____, da Comarca de _____ podendo agir em conjunto ou separadamente, enfim, praticar todos os atos que sejam necessários ao bom desempenho do presente mandato, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Fortaleza, 09 de Fevereiro de 2018.

Daniel de Andrade Silva
OUTORGANTE

DANIEL TRAJANO
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Daniel de Andrade Silva
CPF: 090-004.143-51
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Autônomo

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o **NCPC em seus arts. 98, 99, §1º, § 3º e §4**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO.**

Fortaleza - CE 09 de Fevereiro de 2018

Daniel de Andrade Silva
DECLARANTE

DANIEL TRAJANO ADVOCACIA
E-mail: drajanoadvocacia@gmail.com
Tel: (85) 99957-6557

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Original

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 5040 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/12/2016 14:51:37**
Data / Hora da Ocorrência: **01/08/2016 22:25:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SENADOR ALMIR PINTO**
Complemento:
Bairro: **NOVO MARANGUAPE** Município: **MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência: **MORE MOTOS**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Nascimento: **28/02/1987** CPF: **020.024.143-51**
CNH: **04670534438** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA**
FRANCINEUDO DIONISIO DA SILVA
Endereço: **RUA NONATO TIBURCIO, 249**
Bairro: **NOVO MARANGUAPE**
Município: **MARANGUAPE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98875-2032**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMI3552** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi: **9C6KG0570G0004588** Renavam: **1082444275** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ250 TENERE** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **DANIEL DE ANDRADE SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma a vítima que possui Carteira Nacional de Habilitação cadastrada sob o número:04670534438; Que na data, hora e local acima citado foi vítima de acidente de trânsito; Que pilotava sentido Fortaleza/Maranguape-CE a MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ250 TENERE, de PLACA-PMI3552, de sua propriedade, quando em dado momento acabou colidindo em um animal (cachorro) que entrou na via repentinamente, ocasião em que perdeu o controle da motocicleta vindo cair ao solo; Que em decorrência desta queda, sofreu fratura de clavícula; Que foi socorrido por uma ambulância do SAMU para o HOSPITAL DR. ARGEU GURGEL BRAGA HERBSTER de Maranguape-CE, onde foi atendido, medicado, e em seguida foi transferido para o HOSPITAL IJF de Fortaleza-CE, onde realizou exames,e liberado; Que no dia 03/08/16 retornou ao HOSPITAL DR. ARGEU GURGEL BRAGA HERBSTER, onde foi internado, sendo submetido à intervenção cirúrgica. E, nada mais disse./

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Daniel de Andrade Silva

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

FLS.
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 5040 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO JOSÉ FERREIRA BRAUNA - MAT.: 133828-1-6

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER — MARANGUAPE

Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEU GURGEL BRAGA HERBESTER
2 - CNES: 2554789
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEU GURGEL BRAGA HERBESTER
4 - CNES: 2554789

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 18406
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1987
9 - SEXO: MASCULINO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA
11 - TELEFONE DE CONTATO: (85) 8859-5333
12 - ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº163
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MARANGUAPE
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 1307770
15 - UF: CE
16 - CEP: 61.940-00

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 3 DIAS E FRATURA NO OMBRO. APRESENTA TUMEFAÇÃO NA REGIÃO CLAVICULAR (E) E DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: TTO. CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EX. FÍSICO + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE CLAVÍCULA (E)
21 - CID 10 PRINCIPAL: S42.0
22 - CID 10 SEGUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO. CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 04.06.01.010-3
26 - CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: E.U.
28 - TIPO DOC.: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 898016215 9215 3
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Max Wancell B. Lopes — Ortopedia
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/07/16
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CREMEC 10

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE EMP.
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO (X) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): FERNANDO CRUZ JANUÁRIO CREMEC-1853. CPF-077958744 8 CNS 210.158.211.800.002 AUDITOR - AUTORIZADOR
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

FyconSysHosp

Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape - Ceará

PREFEITURA DE MARANGUAPE

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendente: LEIDIANE VIEIRA
Data/hora: 01/08/2016 23:06

CMN CONSULTÓRIO: **01**

Nome: **DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Estado Civil: **Casado** Sexo: **Masculino** Nascimento: **28/02/1987** Idade: **29**
Identidade: **2004024010204** Naturalidade: **MARANGUAPE-CE** Endereço: **RUA 7 DE SETEMBRO Nº163**
Bairro: **CENTRO** Cep: Município: **MARANGUAPE** Fone: **988595333**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL LEITO: _____

Sinais Vitais: PA: ( ) mmHg T: ( ) oC P: ( ) bpm R: ( ) mmrpm

Enfermeiro: _____ Data: ___/___/___ Horário: _____

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Queixa de Auto c/ Dor intercostal e Desconforto Respiratório

Exames Solicitados: SPO2 = 97

Falei c/ Dra Johane do SAMU - 192-0800 sobre risco de Conferência

Hipótese Diagnóstica: Substituir 0800 0232233

Não assinamos Ficha do SAMU. Como não houve melhora, encaminhe-se ao HDF

Roberto Wilson das Chagas MÉDICO CREMEC 5254

DESTINO

☐ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Observação

X Adonis Manoel dos Santos
Assinatura do Paciente ou Resposável

Roberto Wilson das Chagas MÉDICO CREMEC 5254
Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:	Horário	Auxiliar
1) Rx Arm Cotovelo E		HMABM 31/01/2016
2) Rx Tórax PA.		
3) Infenid + Decadron + SF 0,9% 20ml EV	23:50	
4) Rx de tórax PA após item (3)		
5) Rx Seio da Face		
6) Ao TRAUMATOLOGISTA (Vide Rx Arm Cotovelo e Clavícula E)		

Roberto Wilson das Chagas MÉDICO CREMEC 5254

Observação:

Paciente apresentando tosse e hemoptise, ou epistaxe

ProHospital

7) SR Lactato 1000ml 42 gtts/min ~~500 (03:55)~~ ~~500 (05:30)~~

Roberto Wilson das Chagas MÉDICO CREMEC 5254

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

FOLHA DE ANAMNESE

PACIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Nº PRONTUÁRIO: 18406

IDADE:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	PROCEDÊNCIA:
29	M	CASADO	MARANGUAPE-CE	MOTOQUEIRO	

Diagnóstico Provisório: Fratura de clavícula (E)

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Segundário:

DATA: 03/08/16

MÉDICO - CREMEC

I - História

II - Exame Físico

III - Sumário - Impressões Diagnósticas - Susgestões

Paciente informa acidente de motocicleta há 2 dias
c/ marca no ombro (E) há 2 dias. RX evidencia
fratura diáfise terço do 1/3 médio da clavícula
c/ encurtamento e desvio além de 1 cm de exposição
1. Internação p/ tratamento cirúrgico
2. Sugestão pós-operatório

ProHospital Versão 1.0

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Fortaleza
30ª Vara Cível (SEJUD V)
Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

Processo nº:	**0149163-82.2018.8.06.0001**
Classe – Assunto:	**Procedimento Comum - Acidente de Trânsito**
Requerente:	**Daniel de Andrade Silva**
Requerido:	**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R.H.

Defiro a gratuidade judiciária.

Determino a imediata substituição do polo passivo, onde deve figurar como parte promovida a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, gestora nacional do consórcio DPVAT, devendo ser providenciada a alteração no cadastro de partes do SAJPG, mediante a inclusão do código de controle para o cadastro de partes de n.º 10525895.

Deixo de designar audiência de conciliação/mediação, com fundamento no art. 334, § 4º, II do CPC, tendo em vista que as demandas desta natureza não comportam autocomposição antes da realização de perícia médica.

CITE-SE a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, pelo portal eletrônico do e-SAJ para, no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei nº. 11.419/2006, tomar ciência da presente ação e apresentar contestação, sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente, nos termos do art. 344 do CPC.

Determino, outrossim, a intimação da requerida para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial.

Fortaleza/CE, 10 de setembro de 2018.

Marcia Oliveira Fernandes Menescal de Lima
Juíza de Direito
Assinado por Certificação Digital[1]

[1] De acordo com o Art. 1o da lei **11.419/2006:** "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de **atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei**.
• ˜ 2o Para o disposto nesta Lei, considera-se:
III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:
a) assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;
Art. 11. Os **documentos produzidos eletronicamente** e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, **serão considerados originais para todos os efeitos legais.**
Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site **http://esaj.tjce.jus.br.** Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau.**
Abrir a tela, colocar **o nº do processo** e o **código do documento**.

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA - CE

PROCESSO N° 0149163-82.2018.8.06.0001

REQUERENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA

REQUERIDA: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A / MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A.

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT, empresa seguradora com sede na Rua Senador Dantas, n° 74 – 5° andar – Centro - RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 09.248.608/0001-04; **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Antônio Sales, bairro Joaquim Távora, Fortaleza – CE, CEP: 60.135-100, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 61.074.175/0001-38,, neste ato representadas por seus advogados infra signatários, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** proposta por **DANIEL DE ANDRADE SILVA**,, em trâmite perante este d. Juízo, vem, com o devido respeito e acatamento, à presença de V. Exa., com fulcro nos artigos 335 e seguintes do Código de Processo Civil, apresentar **CONTESTAÇÃO**, consoante as razões de fato e de direito a seguir delineadas.

I - DAS INTIMAÇÕES

Inicialmente, requerem que sejam as publicações e intimações alusivas ao presente feito realizadas EXCLUSIVAMENTE em nome do

advogado **WILSON SALES BELCHIOR**, inscrito na **OAB/CE** sob o **nº 17.314**, SOB PENA DE NULIDADE.

II - DOS FATOS

Alega o Autor, em sua peça exordial, que, no dia 01 de agosto de 2016, sofreu acidente de trânsito do qual resultou diversas lesões em seu corpo.

Conforme disposto na própria inicial, as Rés efetuaram o depósito da devida indenização no valor de R$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), tão logo o Autor solicitou administrativamente.

Ocorre que, segundo as alegações autorais, do suposto acidente resultou debilidade permanente superior àquela constatada pelas Rés, razão pela qual o Autor faria jus à indenização securitária de R$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais), restando, portanto, um montante de R$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)), devidamente corrigido, a ser pago pelo Consórcio DPVAT.

A despeito dos fatos alegados pelo Autor, não há que se falar em devida complementação a ser realizada pelas Rés, uma vez que, conforme restará fartamente demonstrado a seguir, o valor da indenização auferido e pago pelas Rés está em total conformidade com o disposto na súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça e com a Lei 11.945/2009.

PEDIDO DE DEVOLUÇÃO DO PRAZO - NECESSIDADE DE DILAÇÃO PROBATÓRIA – EXAME PERICIAL JUDICIAL.

Inicialmente, cumpre informar que, conforme análise dos autos, consta certidão de que o prazo de cientificação da intimação eletrônica esgotou-se. A ré informa que, em razão da alta demanda de processos, não foi possível realizar a ciência e leitura de todas as publicações em tempo hábil para fins de realização da Contestação.

O Superior Tribunal de Justiça possui o entendimento de que o prazo será devolvido quando, demonstrado prejuízo a parte, em

observância aos Princípios do Contraditório e da Ampla Defesa as informações estiverem no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça:

> AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. **CONTESTAÇÃO**. INTEMPESTIVIDADE. TERMO INICIAL. INFORMAÇÃO. SÍTIO ELETRÔNICO DO TRIBUNAL DE ORIGEM. OMISSÃO. JUSTA CAUSA. **PRAZO RESTITUÍDO**. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. **A Corte Especial consolidou o entendimento de que as informações processuais prestadas pelos sítios eletrônicos dos Tribunais, embora não possuam caráter oficial, dão ensejo a pedido de devolução de prazo** com base em erros ou omissões que constituam justa causa, nos termos do art. 183, caput, §§ 1° e 2°, da Lei Processual Civil. (REsp 1324432/SC, Rel. Ministro Herman Benjamin, Corte Especial, DJe 10/05/2013). 2. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no REsp 1600492/RS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 17/08/2017, DJe 22/08/2017)

Nos termos do artigo 223, caput e §§ 1° e 2°, do Código de Processo Civil:

> Art. 223. Decorrido o prazo, extingue-se o direito de praticar ou de emendar o ato processual, independentemente de declaração judicial, **ficando assegurado, porém, à parte provar que não o realizou por justa causa.**
>
> § 1° Considera-se justa causa o evento alheio à vontade da parte e que a impediu de praticar o ato por si ou por mandatário.
>
> **§ 2° Verificada a justa causa, o juiz permitirá à parte a prática do ato no prazo que lhe assinar.**

Ademais, é sabido que nos processos que versam sobre Seguro DPVAT é imprescindível a existência de dilação probatória, ou seja, a realização de perícia é necessária para quantificação do grau da invalidez alegado pela parte autora, em observância ao entendimento da Súmula 274 do Superior Tribunal de Justiça. Devendo, portanto, o presente processo ser incluído na pauta de perícias deste Juízo.

Diante do exposto, requer que Vossa Exa. permita a realização do presente ato e designe exame pericial para avaliação das lesões sofridas. Pela Eventualidade, seguem, abaixo, as demais questões suscitadas quanto ao MÉRITO DO PEDIDO.

III - PRELIMINARMENTE:

III.1 - DA LEGITIMIDADE DA SEGURADORA LÍDER PARA ATUAR NO POLO PASSIVO DA PRESENTE DEMANDA – RETIFICAÇÃO DO POLO PASSIVO:

Ab initio, é importante salientar que deve figurar no polo passivo da presente demanda **SOMENTE** a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ sob número 09.248.608/0001-04, devendo-se excluir do polo passivo a outra Ré MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A..

A gestão da operação do seguro obrigatório, com a edição da Resolução CNSP n° 154/2006, foi modificada, determinando-se que, a partir de 01.01.2008, as seguradoras que operam o seguro DPVAT teriam que aderir a dois Consórcios específicos – divididos de acordo com as categorias – que seriam liderados por uma seguradora especializada em Seguro DPVAT, nos termos do parágrafo 3° do mesmo dispositivo legal.

Para que não haja quaisquer dúvidas acerca da necessidade de inclusão da Seguradora Líder no polo passivo e exclusão das Rés, basta observar o disposto no parágrafo 8° do mesmo artigo 5° da resolução em comento, senão vejamos:

> *"Os pagamentos de indenizações serão realizados pelos Consórcios, representados por seus respectivos líderes."*

As seguradoras consorciadas, como a sociedade MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., são responsáveis pela garantia das indenizações, prestando, também, atendimento a eventuais reclamações dos segurados. **Contudo a Seguradora Líder DPVAT é responsável por representar as seguradoras consorciadas nas esferas administrativa e judicial, centralizando, assim, as ações judiciais decorrentes de acidentes com veículo automotor.**

Diante disso, considerando que a presente demanda versa sobre o pagamento de indenização relativa ao seguro DPVAT, é evidente que se faz necessária a exclusão da Ré – MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., devendo constar no polo passivo da presente demanda **APENAS** a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, inscrita no CNPJ sob número 09.248.608/0001-04**

IV - DO MÉRITO

IV.1 - DO ÔNUS DA PROVA QUANTO AO FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR - INTELIGÊNCIA DO ART. 373, I, DO CPC.

Cumpre destacar que quando ocorre um acidente de trânsito, a relação jurídica que nasce, qual seja, o direito do segurado ou beneficiário em receber a indenização e a obrigação da seguradora em pagar a indenização está amparada por lei específica, que estabelece um direito e uma obrigação que configuram uma relação própria, específica, afastando-se, assim, a natureza de relação de consumo.

Assim, cabe ao Autor produzir provas dos atos constitutivos de seu direito, o que não ocorreu, uma vez que a documentação médica juntada pelo Autor não demonstra nenhum dano superior àquele já pago pela Seguradora, quando era ônus da mesma tal comprovação, devendo ser aplicado no presente caso o art. 373, I, do CPC, *in verbis:*

> *Art. 373. O ônus da prova incumbe:*
>
> *I – ao autor, quanto ao fato constitutivo do seu direito;*

Neste sentido, as Rés pede**m** vênia para trazer à colação julgado que entende pela NÃO APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, aos feitos propostos visando à cobrança da indenização securitária, conforme abaixo:

> *"Agravo de instrumento. Seguro DPVAT. Decisão agravada que inverteu o ônus da prova.* ***Ausência de relação de consumo. O ônus probatório não pode ser transferido aquele que, por força legal e não contratual, tem o dever de efetuar o pagamento.*** *A lei 6.194/74, em seu artigo 5º, estabelece que o pagamento da indenização será feito mediante a prova do acidente e do dano, o que está ao alcance da vítima e seus beneficiários. Provimento do recurso, na forma do art. 557, §1º-A, CPC. A presente hipótese." (Agravo de instrumento nº 0007302-27.2013.8.19.0000 – Des. Helena Cândida Lisboa Gaede – julgamento: 26/02/2013 – 18ª Câmara Cível – TJRJ.)*

Outrossim, vale destacar que o Autor cuida apenas de tecer meras alegações infundadas na peça vestibular, sem sequer juntar ao processo elementos que comprovem suas indagações ou os fatos que fundamentam seu pedido, em total desrespeito ao artigo supracitado.

Veja, Exa., os fatos mencionados na inicial, entretanto, não podem limitar-se a simples alegações, mas, ao contrário, devem ser comprovados, para que possam ser levados em conta pelo juiz na sua decisão.

Com efeito, considerando a aplicabilidade da tabela apontada em conformidade com o dano alegado pelo Autor, bem como **o fato da inexistência nos autos de comprovação de dano em nível superior ao valor pago pelas Rés, percebe-se que não há que se falar em**

majoração do *quantum* devido, o que dá ensejo à improcedência do pleito inicial.

Ora, Exa., como pode o Autor requerer complementação do valor recebido administrativamente quando as provas trazidas aos autos não demonstram sequelas em grau superior ao já indenizado?

Isto posto, percebe-se que o Autor não juntou as provas com que pretendia demonstrar a verdade dos fatos alegados, denotando-se a ausência de documento obrigatório, conforme art. 5°, §5, da Lei 6.194/74, uma vez que a apresentação de laudo pericial fornecido pelo Instituto Médico Legal é indispensável para a comprovação dos fatos alegados pelo Autor.

Sendo assim, não pode, em momento algum, o Autor alegar que o simples pedido de produção de prova pericial supre a necessidade de apresentar documentos imprescindíveis para comprovar o fato constitutivo do direito alegado, bem como a veracidade do mesmo, devendo o ônus da prova ser suportado por ele.

Em razão do exposto, à luz do princípio *actori incumbit probatio*, resta evidenciada que o Autor não logrou êxito em provar de maneira contundente os fatos alegados na exordial, o que é seu dever e, portanto, não cabem às Rés fazê-lo em seu lugar, o que enseja a improcedência do pleito ante a absoluta carência de suporte probatório.

IV.2 - DA OBRIGATORIEDADE DE LAUDO PERICIAL E DA NECESSIDADE DE QUANTIFICAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE.

Cumpre destacar que a Lei 6.194/74, alterada pela Lei 11.482/2007, em seu art. 5°, § 5°, prevê, dentre os documentos que obrigatoriamente devem constar para fins de requerimento de indenização por danos decorrentes de acidente com veículo automotor, **laudo médico fornecido pelo Instituto Médico Legal**.

Tal obrigatoriedade tem como intuito dificultar requerimentos fraudulentos ao seguro DPVAT, uma vez que a realização de Laudo por peritos pertencentes a órgão especializado teria o condão de dificultar tal prática. Este também é o entendimento dos Tribunais Pátrios a respeito da matéria acima:

> *Tipo do Recurso: RECURSO INOMINADO / Nº do Recurso: 04557/2011 / Origem: 11. JUIZADO ESPECIAL CIVEL DA CAPITAL / Processo Originário: 03051/2010 / Relator: JUIZ - RAIMUNDO NONATO DE SOUZA BRAID FILHO / Relator do Acórdão: JUIZ - RAIMUNDO NONATO DE SOUZA BRAID FILHO / Órgão Julgador 2a. TURMA RECURSAL / Data de Julgamento: 12/9/2011.*
>
> *Ementa: RECURSO INOMINADO. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). LEI 11.945/09. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. A LEI 11.945/2009, EXIGE ALÉM DA PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE COM VEICULO AUTOMOTOR, A VERIFICAÇÃO DE SUA GRADUAÇÃO PARA FINS DE QUANTIFICAÇÃO DA INDENIZAÇÃO. AUSÊNCIA DE PROVAS QUANTO À INCAPACIDADE DO AUTOR. A COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL OU PARCIAL, É RESPONSABILIDADE DA PARTE AUTORA.* ***OBRIGATORIEDADE LEGAL DE REALIZAÇÃO DE EXAME PELO DML DA CIDADE DA PARTE RECORRENTE OU DO LOCAL MAIS PRÓXIMO, EM CASO DE INEXISTÊNCIA. EXEGESE DO 5°, § 5°, DA LEI 6.194/74. ADOÇÃO DO ENTENDIMENTO DO STJ, DE QUE A ELABORAÇÃO DO LAUDO PERICIAL É OBRIGATORIAMENTE PELO DML - DEPARTAMENTO MÉDICO LEGAL.*** *NO CASO CONCRETO, NÃO TENDO O AUTOR COMPROVADO O FATO CONSTITUTIVO DO SEU DIREITO, QUAL SEJA, SUA EFETIVA INCAPACIDADE PERMANENTE E O GRAU DESSA SUA INCAPACIDADE, ÔNUS QUE LHE COMPETIA (CPC, ART. 333, I), NÃO FAZ JUS A PERCEPÇÃO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT. RECURSO IMPROVIDO.*

Desse modo, resta claro que o laudo expedido pelo Instituto Médico Legal **É IMPRESCINDÍVEL** para a comprovação da invalidez permanente e para a aplicação dos critérios de proporcionalidade necessários para a fixação do *quantum* indenizatório.

No caso em apreço, os documentos médicos juntados pelo Autor não são suficientes para constatar a invalidez permanente, tampouco comprovam que os ferimentos decorreram de acidente com veículo automotor.

Ante o exposto, somente a realização de perícia médica **realizada por perito oficial do IML** e a expedição de laudo médico pericial pormenorizado, que atenda às especificações impostas pela legislação competente, poderá confirmar o acerto do cálculo efetuado quando da apuração do valor a ser pago ao Autor administrativamente.

EM SUMA, AO PERITO COMPETIRÁ APURAR O GRAU DA INVALIDEZ PERMANENTE DO AUTOR E APLICAR O LIMITE INDENIZATÓRIO NOS TERMOS PREVISTO NA LEI 6.194/74, EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NA SÚMULA 474 DO STJ.

Isto posto, requer-se o INDEFERIMENTO da inicial em razão da ausência de documento obrigatório, conforme art. 5°, §5, da Lei 6.194/74, uma vez que a apresentação de laudo pericial fornecido

pelo Instituto Médico Legal é indispensável para a comprovação dos fatos alegados pelo Autor.

IV.3 - DA ADEQUAÇÃO DO PAGAMENTO EFETUADO PELA VIA ADMINISTRATIVA AO DISPOSTO NA LEI 11.945/2009.

Faz-se mister destacar que a indenização devida pelo Convênio DPVAT, em consonância com o disposto no art. 3° da Lei 6.194/74, §1°, II, da Lei 6194/74, foi adimplida pelo Convênio DPVAT ainda em âmbito administrativo no montante de **R$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este que está em total consonância com a súmula 474 do STJ, segundo a qual a indenização paga pelo seguro DPVAT deverá ser proporcional ao grau da invalidez. Tal fato demonstra a impropriedade desta Ação.

De fato, a realização de pagamento pela via administrativa é precedida, em qualquer circunstância, de criteriosa análise quantitativa e qualitativa da invalidez acometida pelo Autor, a qual, *in casu*, foi enquadrada no percentual de 70% que corresponde a perda anatômica de um dos membros superiores ou de uma das mãos e conclusivamente fixada por perícia médica em grau média (50%), a teor do Processo Administrativo, o que equivale ao valor já pago.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170023461 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA **Data do acidente:** 01/08/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO, ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO.
Resultados terapêuticos: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Data da perícia: 26/01/2017
Conduta mantida:
Observações:
Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante
CRM do médico: 9050
UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

Resta claro, nesse sentido, que a Seguradora Líder agiu em estrita consonância com o disposto na Súmula 474 do STJ e art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, atendendo aos princípios da razoabilidade, da proporcionalidade e da dignidade da pessoa humana, ao avaliar o grau de invalidez do Autor, evitando, assim, tanto o enriquecimento ilícito quanto qualquer dano que pudesse ser causado pelo pagamento em desconforme da indenização.

Não resta dúvida, portanto, que não há razoabilidade no pedido realizado pelo Autor a este Juízo, tendo em vista que os danos físicos que sofreu não se equivalem aos casos em que é devida indenização no valor de R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), como pleiteia.

Com efeito, não haveria sentido útil na letra da lei sobre a indicação da quantificação das lesões e percentuais da tabela para fins de DPVAT, se este seguro houvesse, sempre, de ser pago pelo valor integral, independentemente da extensão da lesão e de grau de invalidez.

Insta ressaltar que o artigo 3º, II da citada Lei, afirma que a indenização por invalidez permanente será paga no valor de **ATÉ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), demonstrando a variação da indenização a ser paga, conforme a quantificação da lesão sofrida.**

Ademais, cumpre destacar que o Autor aceitou de pleno acordo o valor que lhe foi pago administrativamente pelas Rés, tendo firmado acordo que deu quitação plena às Rés no que concerne ao sinistro objeto da presente lide.

Desse modo, em nome da segurança jurídica, tendo em vista que o Autor recebeu sem ressalvas a indenização que lhe foi administrativamente paga, não há direito que lhe assista, uma vez que as Rés resta**m** desobrigadas de qualquer obrigação de complementação da reparação efetuada.

Nesse sentido, vale destacar o teor do parágrafo único do artigo 320 do Código Civil*: Ainda sem os requisitos estabelecidos neste artigo, valerá a quitação, se de seus termos ou das circunstâncias resultar haver sido paga a dívida.*

Sem dúvida, ante a quitação efetuada, não há mais relação jurídica alguma entre as partes, razão pela qual resta comprovada na

lei, na doutrina e na jurisprudência a improcedência da presente demanda.

Diante do exposto, não há qualquer razão para a presente ação, tendo em vista que o valor pago administrativamente está completamente alinhado com o que preceitua a legislação vigente, a jurisprudência dominante e, não menos importante, com base nos princípios norteadores da razoabilidade e proporcionalidade, portanto, o pleito autoral deve ser julgado **TOTALMENTE IMPROCEDENTE.**

IV.4 - DO VALOR INDENIZÁVEL – UTILIZAÇÃO DA TABELA DA LEI 11.945/2009 E APLICAÇÃO DA REPERCUSSÃO NO CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE.

Cabe ressaltar, Excelência, que o sinistro *in casu* ocorreu sob a vigência da Lei 11.945/2009. De acordo com a nova regulamentação, a invalidez permanente está dividida em invalidez permanente total ou parcial, sendo que a parcial pode ser completa ou incompleta. Para a apuração da indenização a ser paga é preciso aplicar os percentuais da tabela instituída para esse fim pela Lei n° 11.945/2009 (MP n° 451/2008).

Neste sentido, para melhor compreensão do *quantum* indenizatório devido, vejamos a transcrição do art. 31 da Lei n° 11.945/09, incisos I e II:

> *Art.31 Os arts. 3o e 5o da Lei no 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:*
>
> *I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e*
>
> *II - **quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa**, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.*

Deste modo, Excelência, verifica-se que o valor referente à "*perda anatômica de um dos membros superiores ou de uma das mãos*" seria no importe de R$ 9.450,00 (70% do valor máximo), sendo devido 50% deste valor, pois se refere à "*repercussão média*", totalizando o montante indenizatório pago pela seguradora no valor de **R$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais)**, o qual resta devidamente demonstrado e **CORRETO**.

Cumpre esclarecer que as alterações introduzidas pela Lei 11.945/2009 implicam na fixação de indenização conforme o GRAU DE INVALIDEZ além da **REPERCUSSÃO DAS LESÕES**, isto é, reduzidas em **75%** (setenta e cinco por cento) se a invalidez for incompleta com perdas de repercussão intensa, e em **50%** (cinquenta por cento), **25%** (vinte e cinco por cento) e **10%** (dez por cento) se a perda for **média**, **leve** ou **residual**, respectivamente, nos termos do art. 3°, §1°, II, da Lei.

Válido ressaltar que o STF já pacificou o entendimento acerca da aplicação e necessidade da utilização da referida tabela, conforme decisão em controle concentrado de constitucionalidade nas **ADI 4627/DF e ADI 4350/DF**[1]:

> *"No que diz com a suposta inconstitucionalidade das regras legais que criaram tabela para o cálculo do montante devido a título de indenização, cuidar-se-ia de medida que não afrontaria o ordenamento jurídico. Ao revés, tratar-se-ia de preceito que concretizaria o princípio da proporcionalidade, a permitir que os valores fossem pagos em razão da gravidade da lesão ao acidentado. Além do mais, não haveria, no caso, violação aos princípios da dignidade da pessoa humana e da vedação do retrocesso social. (GRIFAMOS)."*

Destarte, a aplicação da tabela de cálculo da indenização em caso de invalidez permanente é medida que se impõe aos casos em que reste comprovada a invalidez permanente parcial da vítima, nos termos da Lei 11.945/2009 e da jurisprudência consolidada do Supremo Tribunal Federal e Superior Tribunal de Justiça.

Em análise ao processo administrativo ora anexado aos autos, verifica-se que **NÃO HOUVE perícia médica realizada pelo Autor**.

---

[1] Disponível em <http://www.stf.jus.br//arquivo/informativo/documento/informativo764.htm#Seguro%20DPVAT%20e%20Leis%2011.482/2007%20e%2011.945/2009%20-%201> Acesso em 10 nov. 2014.

De acordo com a Lei 11.945/2009, o Instituto Médico Legal (IML) deve fornecer laudo pericial para verificar a existência e quantificar as lesões sofridas pelo Autor em até 90 (noventa) dias, senão vejamos:

> ***§5° O Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima deverá fornecer, no prazo de até 90 (noventa) dias, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais.***

Ora, Excelência, o Autor pleiteia complementação ao valor pago sem mesmo ter realizado laudo pericial, o qual deveria ter sido feito pelo IML à época do sinistro, evitando tal incontroversa sobre o importe.

Por fim, Doutor Julgador, ressalta-se, mais uma vez, a publicação da SÚMULA 474 PELO STJ, que veio a determinar que "**a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez**", a qual, rendendo homenagens aos Princípios da Razoabilidade e Proporcionalidade, avalizou o pagamento do Seguro DPVAT proporcional ao grau de invalidez sofrido pelo Autor, concluindo pela inexistência de qualquer lógica de comércio ou prejuízo ao princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

IV.5 - IMPUGNAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA COLACIONADO AOS AUTOS DA UNILATERALIDADE E DA AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL.

É imperioso destacar que o Autor não apresentou qualquer documento que comprove a veracidade dos fatos alegados na peça exordial. Pelo contrário, o Autor se limitou a apresentar o boletim de ocorrência registrado no dia 01 de dezembro de 2016, portanto, QUATRO MESES APÓS O ALEGADO ACIDENTE.

É TOTALMENTE DESPROPORCIONAL QUE UM ACIDENTE OCORRA EM DETERMINADO DIA E A PESSOA INTERESSADA FAÇA SEU REGISTRO APENAS QUATRO MESES DEPOIS. NÃO HÁ, PORTANTO, QUALQUER DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL.

Destaca-se que no Boletim de Ocorrência, o autor tão somente lançou informações do que supostamente ocorreu, não lhe sendo exigido qualquer meio de prova capaz de comprovar a efetiva ocorrência do sinistro e, tampouco, de estabelecer o nexo causal entre o acidente e o dano que alega ter sofrido.

De início, cumpre ressaltar que o B.O. apresentado pelo autor não cumpre o objetivo de "**fazer prova da ocorrência e do dano recorrente**", **tal como exigido pelo artigo 5° da Lei 6.194/74**.

A peça emitida pelo policial, com efeito, apenas retrata que quem comunicou esteve na delegacia, informando a ocorrência do alegado acidente de trânsito. **É DOCUMENTO UNILATERAL POR EXCELÊNCIA**.

O artigo 405 do Código de Processo Civil determina que "***o documento público faz prova não só de sua formação, mas também dos fatos que o escrivão, o tabelião ou o funcionário declarar que ocorreram em sua presença***".

Ora, o acidente narrado na certidão de registro **NÃO OCORREU NA PRESENÇA DO ESCRIVÃO** nem do policial que lavrou o tal registro, pelo que é lícito concluir que **O DOCUMENTO POLICIAL JUNTADO AOS AUTOS NÃO FAZ PROVA DOS FATOS, PORTANTO, NÃO CUMPRE O EXIGIDO EM LEI.** Nesse sentido tem sido a melhor jurisprudência:

> *AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. INDENIZATÓRIA.ACIDENTE DE TRÂNSITO. DANOS MATERIAIS. RESPONSABILIDADE. ALTERAÇÃO. NECESSIDADE DE REEXAME DE PROVAS. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO DESPROVIDO.* ***1. O boletim de ocorrência não goza de presunção juris tantum de veracidade das informações, porquanto tão somente aponta as declarações colhidas unilateralmente pelos interessados, sem, entretanto, certificar que a descrição seja verídica. Precedentes.*** *2. Na hipótese, entretanto, o Tribunal de origem não levou em consideração apenas o boletim de ocorrência, mas, sobretudo, a prova testemunhal, concluindo que ficou demonstrada a culpa exclusiva do condutor da carreta de propriedade da agravante no acidente em comento, bem como a comprovação dos danos materiais suportados pela parte autora. Nesse contexto, afigura-se inviável rever tal conclusão, tendo em vista o óbice da Súmula 7/STJ. 3. É impossível conhecer da alegada divergência interpretativa, pois a incidência da Súmula 7 do STJ na questão controversa apresentada é, por consequência, óbice também para a análise do apontado dissídio, o que impede o conhecimento do recurso pela alínea c do permissivo constitucional. 4. Agravo interno a que se nega provimento.(AgInt no AREsp 1237811/MG, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 07/08/2018, DJe 14/08/2018)*

> *AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. ACIDENTE DE TRÂNSITO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSALIDADE. REEXAME DE PROVAS. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO IMPROVIDO. 1. A Corte de origem, mediante análise do conjunto fático-probatório dos autos, concluiu que não ficou comprovado o nexo de causalidade entre o dano alegado pela autora e a conduta da ré,* ***uma vez que o boletim de ocorrência e o prontuário médico basearam-se em narrativa unilateral da***

> ***autora, e que o depoimento da testemunha arrolada não corroborou as alegações autorais.*** *Nesse contexto, afigura-se inviável rever tal conclusão, tendo em vista o óbice da Súmula 7/STJ. 2. Agravo interno a que se nega provimento.*
> *(AgInt no AREsp 874.030/RJ, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 04/10/2016, DJe 20/10/2016)*

Com efeito, não há como considerá-lo declaração válida, visto que não demonstra nexo de causalidade entre o alegado acidente e a lesão do autor. Sendo assim, requer que seja a presente demanda declarada **IMPROCEDENTE**, ante a absoluta carência de suporte probatório.

IV.6 - DOS JUROS LEGAIS E DA CORREÇÃO MONETÁRIA.

O seguro DPVAT materializa-se por meio de um contrato, de imposição legal, mas sempre um contrato. E sendo, como é, um contrato de seguro, não foge à índole eminentemente indenizatória que o caracteriza, nos exatos termos dos arts. 757 e 781 do Código Civil, de vez que o interesse legítimo do segurado não pode ser superior aos seus reais prejuízos e a indenização não pode ultrapassar o valor desse interesse, sob pena de incorrer em enriquecimento sem causa.

A responsabilidade que daí decorre, para ambas as partes (a bilateralidade também é da essência do contrato de seguro), é CONTRATUAL, e não extracontratual. Não se aplica, dessa forma, *in casu*, a Súmula 54 do STJ, segundo a qual *"os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual".*

Tendo em vista que a seguradora efetuou o pagamento da indenização devida ainda na via administrativa, ainda que este d. Juízo entenda por julgar procedente o pedido de complementação da indenização, o que se admite tão somente a título argumentativo, não há que se falar em inadimplência contratual, não podendo as Rés, portanto, serem sancionadas com juros de mora.

Desta feita, não tendo a seguradora praticado qualquer ilicitude, caso seja condenada a complementar a indenização já paga, o que se admite apenas por apego ao debate, não são os juros moratórios devidos, cabendo contar-se a incidência dos mesmos,

quando muito, A PARTIR DA CITAÇÃO INICIAL, conforme disposição expressa do art. 405 do Código Civil e súmula 426 do STJ:

> ***Súmula 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.***

Acerca da CORREÇÃO MONETÁRIA, esperam as Rés que seja observada a DATA DO EVENTO DANOSO como termo inicial para a sua incidência, face o entendimento pacificado do Superior Tribunal de Justiça, a teor da Súmula nº 580 dessa Corte:

> *Súmula 580/STJ: "A correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6.194/1974, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, incide desde a data do evento danoso."*

Adicionalmente, constata-se que há na Lei do Seguro DPVAT dispositivo que disciplina expressamente a correção monetária, qual seja o art. 5º, §7º da Lei nº 6.194/74, a qual prevê *in verbis*:

> *Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.*
>
> *(…)*
>
> *§7º Os valores correspondentes às indenizações,* ***na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido*** *e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado.*

Com efeito, o comando inserido no art. 5º, §1º, da Lei 6.194/74, estabelece que as indenizações do Seguro DPVAT deverão ser pagas no prazo de "30 dias da entrega dos … documentos" elencados na lei. Diante disso, determina o §7º do referido dispositivo legal que apenas "na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária" os valores correspondentes às indenizações do Seguro DPVAT "sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido".

Não se trata de uma especificidade do Seguro DPVAT, tendo em vista que o art. 772 do Código Civil concede o mesmo tratamento à matéria:

> *Art. 772 - A mora do segurador em pagar o sinistro obriga à atualização monetária da indenização devida segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, sem prejuízo dos juros moratórios.*

Assim, verifica-se que em caso de uma eventual condenação, a correção deve incidir a partir do evento danoso, nos moldes do que estabelece a Súmula nº 580 do STJ, não havendo que se falar em juros de mora.

IV.7 - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Tendo em vista o baixo grau de complexidade do feito, sua natureza, o local onde tramita e a celeridade da demanda, em caso de condenação, o que se admite apenas por argumentar, requer sejam fixados os honorários advocatícios no mínimo legal de 10%, conforme dispõe o artigo 85 do CPC.

Contudo, se isto não ocorrer, sendo o Autor beneficiário de assistência judiciária gratuita se requer que seja respeitado o limite de 15% estabelecido pelo art. 11, Þ1º, da Lei nº 1.060/50, que determina:

> *"Art. 11 - Os honorários de advogados e peritos, as custas do processo, as taxas e selos judiciários serão pagos pelo vencido, quando o beneficiário de assistência for vencedor na causa.*
>
> *§1º - Os honorários do advogado serão arbitrados pelo juiz* ***até o máximo de 15%(quinze por cento)*** *sobre o líquido apurado na execução da sentença."* (grifo nosso)

Nesse sentido, já se pronunciou nossa jurisprudência:

> *EMBARGOS DE DECLARAÇÃO – NECESSIDADE DE INTEGRAÇÃO – 1. Apontando a parte embargante que houve condenação em honorários fora dos limites do art. 11, Þ 1º, da Lei nº 1.060/50, dele não cuidando o Acórdão recorrido, impõe-se a integração, ainda mais considerando a divergência jurisprudencial que existe sobre o ponto. 2. Recurso especial conhecido e provido. (STJ – REsp – 297716 – MG – 3ª T. – Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito – DJU 01.10.2001 – p. 00211)*
>
> *EMBARGOS DECLARATÓRIOS – AJG – VERBA ADVOCATÍCIA FIXADA EM PERCENTUAL QUE EXCEDE À LIMITAÇÃO DA LEI 1.060/50 – PREQUESTIONAMENTO – Equívoco na fixação dos honorários de advogado em 20% do valor da condenação. Afronta ao art. 11, Þ 1º da Lei 1.060/50. Limitação ao percentual de 15% que se impõe. Ausência de omissão substancial na apreciação da controvérsia jurídica central, segundo estabelece o art. 535, II do CPC. (TJRS – EDcl 70005256284 – 9ª C.Cív. – Rel. Des. Paulo de Tarso Vieira Sanseverino – J. 27.11.2002)*

Assim, requer que, havendo condenação ao pagamento de honorários advocatícios, que seja arbitrada no mínimo legal (10%) e, se isto não ocorrer, que seja observado o teto estabelecido pela Lei

de Assistência Judiciária Gratuita de 15% sobre o valor da condenação.

I - DO NÃO INTERESSE MOMENTÂNEO NA CONCILIAÇÃO

Em face do desinteresse expresso do autor na autocomposição, vem a Requerida, em respeito ao artigo 334, §5° do Novo Código de Processo Civil, indicar que também não possui interesse na audiência de conciliação até que seja realizada perícia médica na parte autora.

II - DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL JUDICIAL.

Ademais, caso este douto magistrado não entenda pela desconsideração do suposto direito do Autor, o que se afirma apenas a título de argumentação, as Rés requerem que V. Exa. **determine a realização de perícia judicial**, com o fito de averiguar se há incapacidade permanente e a sua repercussão, o qual demonstrará ao final que não há motivo para a presente ação.

Por oportuno, as Rés aproveitam o ensejo para, de logo, apresentarem os quesitos a serem respondidos pelo perito a ser designado. *Verbis:*

1 - Queira o Sr. Perito informar se existe nexo de causalidade entre as referidas lesões e o acidente relatado na petição inicial;

2 – O Autor possui alguma patologia que determine sua invalidez em caráter definitivo?

3 – Em caso positivo do item acima, o Autor em decorrência de tal patologia foi submetido a tratamento médico capaz de minimizar ou sanar a debilidade?

4 - Confirmado se realmente o Autor possui debilidade permanente, tal debilidade entende-se como TOTAL (corpo inteiro) ou PARCIAL (limitada a um membro ou função)?

5 – Caso seja confirmado à debilidade do Autor como PARCIAL, tal debilidade é COMPLETA (inutilização do membro) ou INCOMPLETA (limitação funcional ou anatômica do membro)?

6 – Conforme o que versa a legislação, através do art. 3°, §1°, II da Lei 6.194/74, qual o grau da repercussão da debilidade do Autor?

> *Lei 6.194/74 – Art. 3°, §1°, II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá* ***a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.***

III - DOS PEDIDOS

EX POSITIS, requer-se que este d. Julgador se digne a:

I- **EXTINGUIR** o processo sem julgamento do mérito, em consonância com o disposto no art. 485, I e VI, do CPC/2015, **INDEFERINDO** a inicial, em razão da ausência de documento obrigatório e absoluta carência de suporte probatório, conforme art. 5°, §5, da Lei 6.194/74, uma vez que a apresentação de laudo pericial fornecido pelo Instituto Médico Legal é indispensável para a comprovação dos fatos alegados na exordial;

II- **JULGAR TOTALMENTE IMPROCEDENTE A AÇÃO**, tendo em vista que o valor pago administrativamente a título de indenização por invalidez está de total acordo com o disposto no art. 3° da Lei 6.194/74, não havendo qualquer determinação legal que justifique a complementação do valor da indenização securitária, tal fato ensejaria tão somente no enriquecimento sem causa do Autor;

III- Subsidiariamente, caso este d. Juízo entenda ser devida a complementação do valor já pago

administrativamente, o que, *concessa vênia,* se admite tão somente a título argumentativo, uma vez que tal medida não possui amparo na legislação pátria, requer-se que seja valorado o *quantum* a ser pago com especial atenção aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, bem como ao disposto na Súmula 474 do STJ, tendo em vista que o valor pretendido pelo Autor é devido em casos de invalidez permanente inegavelmente mais graves que o caso em análise;

IV- Requer-se, ainda, o **INDEFERIMENTO** do pedido de justiça gratuita, tendo em vista que o Autor optou por promover a presente ação com amparo de advogado particular quando poderia ter procurado a Defensoria Pública, o que destoa do comportamento de quem alega não possuir condições de arcar com custas processuais sem comprometer o seu próprio sustento. Se isto não ocorrer, requer seja a verba honorária fixada no mínimo legal e, ainda mantendo entendimento contrário a este, que seja observado o teto estabelecido pela Lei de Assistência Judiciária Gratuita de 15% sobre o valor da condenação;

V- <u>Requer no caso de eventual condenação que a correção deve incidir a partir da data do evento danoso, nos moldes da Súmula 580/STJ, e juros de mora a partir da citação.</u>

VI- Sem prejuízo do ônus da prova, que é do Autor (art. 373, inciso I, do CPC), as Rés protestam pela produção de todos os meios de prova em Direito admitidos, notadamente prova pericial, juntada de novos documentos e principalmente pela oitiva de testemunhas em audiência, se acaso necessários ao deslinde da contenda (art. 369 do CPC);

Por fim, reitera o pedido de que todas as publicações dos atos processuais posteriores sejam feitas **EXCLUSIVAMENTE** em nome do advogado **WILSON SALES BELCHIOR**, inscrito na **OAB/CE sob o número 17.314**, sob pena de nulidade.

Os documentos que instruem a presente contestação são declarados pelos causídicos/signatários da Demandada como autênticos, tratando-se de cópias fidedignas dos respectivos originais, o que declaram sob as penas da lei e calcados no artigo 219 do Código Civil de 2002 e no artigo 424 (primeira parte) do CPC.

Termos em que espera deferimento.

Fortaleza/CE, 13 de junho de 2019.

WILSON BELCHIOR

OAB/CE 17.314

AVALIAÇÃO MÉDICA

PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: DANIEL DE ANDRADE SILVA
CPF: 020.024.143-51
Endereço completo: Rua Doutor Beto Mota, 243, Maranguape

Informações do Acidente

Local: CE/Maranguape
Data do Acidente: 8/1/2016

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº 0149163-82.2018.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 31/10/2019

local e data

assinatura da vítima

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?
SIM

II) Descrever o quadro clínico atual informando:
a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.
TRATADO COM FIXAÇÃO CIRÚRGICA. APRESENTA DEFORMIDADE

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:
Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Se SIM, informe o prazo:

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

PARCIAL (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).
b.1) ( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)
b.2) (X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)
b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Lesão	Segmento Anatômico	Lado	Percentual
1ª	Perda completa da mobilidade de um dos ombros	Esquerdo	50% Média
2ª			
3ª			
4ª			

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico
Fortaleza - 30/10/2019

Assinatura do médico assistente - CRM
Médico (a) à serviço da Expermed Perícias Médicas.

Dr. André de Jesus Roldan Viana
Ortopedista
CRM: 5990
CPF 243.576.693-91

Assinatura do médico perito – CRM

HERBERTH REGIS DE ARAÚJO
CREMEC 8877
CPF 457076774-53

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Fortaleza
30ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)
Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

Processo nº:	**0149163-82.2018.8.06.0001**
Classe – Assunto:	**Procedimento Comum - Acidente de Trânsito**
Requerente:	**Daniel de Andrade Silva**
Requerido:	**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R.H.

Intimem-se as partes para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar-se sobre o laudo pericial acostado aos autos, nos termos do art 477 §1º, CPC/2015.

Faculto as partes, em igual prazo, apresentar proposta de acordo para possível homologação.

Em caso de transcurso de prazo sem quaisquer manifestação, dou por encerrada a fase instrutória, devendo os autos seguirem conclusos para julgamento.

Fortaleza/CE, 08 de novembro de 2019.

Jose Maria dos Santos Sales

Juiz

Assinado por Certificação Digital[1]

[1] De acordo com o Art. 1o da lei **11.419/2006:** "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de **atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei**.
□˜ 2o Para o disposto nesta Lei, considera-se:
III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:
a) assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;
Art. 11. Os **documentos produzidos eletronicamente** e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, **serão considerados originais para todos os efeitos legais.**
Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site **http://esaj.tjce.jus.br.** Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau.**
Abrir a tela, colocar **o nº do processo** e o **código do documento**.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0164/2020, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 05/02/2020. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subseqüente à data acima mencionada. O prazo terá início em 07/02/2020, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Gustavo Ribeiro Pinto (OAB 25594/CE)	15	02/03/2020
Wilson Sales Belchior (OAB 17314/CE)	15	02/03/2020

Teor do ato: "ISTO POSTO, considerando as provas constantes nos autos, a legislação específica e os entendimentos jurisprudenciais acima declinados, julgo improcedentes os pedidos formulados pela parte autora, o que faço por sentença, para que surta seus jurídicos e legais efeitos, resolvendo o mérito da causa nos termos do art. 487, I, do Código de Processo Civil. Condeno a parte autora no pagamento das custas e dos honorários advocatícios, estes fixados em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa. Todavia, suspendo dita condenação por ser a mesma beneficiária da justiça gratuita, nos termos do artigo 98, § 3º, CPC. Publique-se, registre-se e intimem-se. Transitada em julgado, dê-se baixa na distribuição e, cumpridas as formalidades legais, arquivem-se os autos."

Fortaleza, 5 de fevereiro de 2020.

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Fortaleza
30ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)
Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

CERTIDÃO DE TRÂNSITO EM JULGADO

Processo nº:	**0149163-82.2018.8.06.0001**
Classe:	**Procedimento Comum**
Assunto:	**Acidente de Trânsito**
Requerente:	**Daniel de Andrade Silva**
Requerido:	**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICO, face às prerrogativas por lei conferidas, que a sentença de fls. 110/116, transitou em julgado em data de 03/03/2020.

O referido é verdade. Dou fé.
Fortaleza/CE, 22 de abril de 2020.

ALEXANDRE HENRIQUE VIEIRA BRAGA
Técnico Judiciário

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Fortaleza
30ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)
Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

CERTIDÃO DE BAIXA E ARQUIVAMENTO

Processo nº: **0149163-82.2018.8.06.0001**
Apensos:
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Acidente de Trânsito**

CERTIFICA-SE que, nesta data, foram baixados e arquivados, de forma automática, os presentes autos.

O referido é verdade. Dou fé.

Fortaleza/CE, 22 de abril de 2020.

Servidor da SEJUD

*Certidão gerada de forma automática

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10333360

A/C: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170023461 ASL-0007907/17**
Vitima:	**DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Data Acidente:	**01/08/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**FRANCISCA EDNUSYA DAMASCENO FIGUEIREDO**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10347094

A/C: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Sinistro:	**3170023461 ASL-0007907/17**
Vítima:	**DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Data Acidente:	**01/08/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**FRANCISCA EDNUSYA DAMASCENO FIGUEIREDO**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10406467

A/C: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Sinistro:	**3170023461 ASL-0007907/17**
Vítima:	**DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Data Acidente:	**01/08/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**FRANCISCA EDNUSYA DAMASCENO FIGUEIREDO**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10564806

A/C: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170023461 ASL-0007907/17**
Vitima:	**DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Data Acidente:	**01/08/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**FRANCISCA EDNUSYA DAMASCENO FIGUEIREDO**

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA S

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Daniel de Andrade Silva PORTADOR(A) DO RG Nº 2004024010204 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 02/01/2012 E CPF 02002410343-51 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO Nenhum se E RENDA MENSAL DE R$ Nenhum se (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel de Andrade Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

CAPEMIRA
06 JAN 2017

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0751 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 012-247-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Maranguape/Ce
Fortaleza, 02 de Janeiro de 2017 Daniel de Andrade Silva

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00 em caso de morte** (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), **indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Daniel de Andrade Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Sete de Setembro, 163
Centro Maranguape CE CEP: 61940-100
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [DETRAN / CE] 04670534438
Data local do exame: [26/01/2017] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO, ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO OMBRO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO, ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO
Data da alta: DEZ/2016
OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO, ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO
Complicações: SEM

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO PELA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior - Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr Orlene Pereira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 5040 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/12/2016 14:51:37**
Data / Hora da Ocorrência: **01/08/2016 22:25:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SENADOR ALMIR PINTO**
Complemento:
Bairro: **NOVO MARANGUAPE** Município: **MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência: **MORE MOTOS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Nascimento: **28/02/1987** CPF: **020.024.143-51**
CNH: **04670534438** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA**
FRANCINEUDO DIONISIO DA SILVA
Endereço: **RUA 7 DE SETEMBRO , 163**
Bairro: **CENTRO** CEP: .
Município: **MARANGUAPE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98875-2032**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMI3552** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi: **9C6KG0570G0004588** Renavam: **1082444275** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ250 TENERE** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **DANIEL DE ANDRADE SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma a vítima que possui Carteira Nacional de Habilitação cadastrada sob o número:04670534438; Que na data, hora e local acima citado foi vítima de acidente de trânsito; Que pilotava sentido Fortaleza/Maranguape-CE a MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ250 TENERE, de PLACA-PMI3552, de sua propriedade, quando em dado momento acabou colidindo em um animal (cachorro) que entrou na via repentinamente, ocasião em que perdeu o controle da motocicleta vindo cair ao solo; Que em decorrência desta queda, sofreu fratura de clavícula; Que foi socorrido por uma ambulância do SAMU para o HOSPITAL DR. ARGEU GURGEL BRAGA HERBSTER de Maranguape-CE, onde foi atendido, medicado, e em seguida foi transferido para o HOSPITAL IJF de Fortaleza-CE, onde realizou exames,e liberado; Que no dia 03/08/16 retornou ao HOSPITAL DR. ARGEU GURGEL BRAGA HERBSTER, onde foi internado, sendo submetido à intervenção cirúrgica, E, nada mais disse,/

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Benício
ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Daniel de Andrade Silva

CAPEMISA
06 JAN 2017

F.S.
RUBRICA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 5040 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO JOSÉ FERREIRA BRAUNA - MAT.: 133828-1-6

Daniel de Andrade Silva

Benício

DELEGACIA METROPOLITANA
MARANGUAPE
CEARÁ
SSP

CAPEMISA
06 JAN 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Ocorrência do IML

Eu, Daniel de Andrade Silva, portador da carteira de identidade nº 2004024010204 e inscrito no CPF/MF sob o nº 020.024.143-51 residente e domiciliado na Rua 07 de Setembro 163 - Maranguape Cidade Fortaleza, Estado Ceará, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Daniel de Andrade Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maranguape - Ce - Fortaleza

Local e data

CAPEMISA
06 JAN 2017

Ato declaratório

Ministério da Saúde
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ,** prestou atendimento ao Sr. **DANIEL DE ANDRADE SILVA,** portador do RG Nº 2004024010204 e inscrito no CPF sob o Nº 020.024.143-51, no dia 01/08/2016, às 22h42min, no município de MARANGUAPE – CE, na CE 065 no KM 14. Paciente vítima de queda de moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Municipal Dr. Argueu Gurgel Braga Hersbster**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 10 de outubro de 2016

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARA

CAPEMISA
06 JAN 2017

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

Comprovante de residência

0016

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel de Andrade Silva

RG nº 2004024010204 data de expedição 02/01/2012 órgão SSP/CE

CPF nº 020.024.143.51 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	07 de Setembro
Número	163
Apto / Complemento	Casa
Bairro	(centro)
Cidade	Fortaleza / Maranguape
Estado	Ceará
CEP	00000000
Telefone de Contato	(85) 985091735 (85) 988863390
E-mail	edniespadz@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maranguape - CE ~~Fortaleza~~ 02 de Janeiro 2016

Assinatura do Declarante: Daniel de Andrade Silva

CAPEMISA
06 JAN 2017

Nº DO CLIENTE

637887-0

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

Foi criada pela Lei nº [illegible] de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 105.8483

Coelce agora é **enel**

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-41 Nº 455984230

Data de Emissão 29/11/2016

Rota 20 26020 03 043500 - 0

Nome FRANCISCO DE ASSIS LOPES DOS SANTOS

End. Postal RUA 7 DE SETEMBRO 00165
CENTRO - MARANGUAPE -

Medidor 2737206

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 000000167490

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2016	29/11/2016	29/12/2016

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
266,51	27,00%	71,95

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto MARANGUAPE

Mês Set.2016 EUSD 66,15

	Padrão Conjunto			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,65	11,10	22,21	0,00	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,20			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B3EF.B0KS.BC12.5C1C.CBC0.FFDA.E430.1A5A

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
14358	13993	1,00	365	0,00	[illegible]	0,73018	266,51

29/11/16 29/10/16 31 DIAS 365 266,51

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	266,51
MULTA MORATORIA REF 10/2016	4,44
JUROS DO MES	1,79
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	39,30
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R$ 7,63)	

VENCIMENTO 10/12/2016

TOTAL A PAGAR (R$) 311,98

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	115,37
Transmissão	2,06
Distribuição	145,13
Encargos Setoriais	50,18
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	53,91
TOTAL	266,51

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez
kWh	429	365	309	295	357	469	366	481	480	561	528	545	411

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2) | Compensado kg (CO_2) | Consciência Ecológica (%CO_2)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme Previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 ao 173, bem como a inclusão dos informações aos ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTORIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES	
Mes/Ano	Valor R$
10/2016	265,31
Total	265,31

Consta desta fatura R$ 25,96 referente a PIS e COFINS.
Lei 9.427, 9.648, 10.848/2004 - ANEEL e Lei nº 10.637/02 e 10.833/03

A bandeira para o mes de novembro é amarela: com custo de R$ 1,50 a cada 100 kWh
Fiscalizacao-Geral consultoria. Mais informacoes em WWW.ANEEL.GOV.BR

CAPEMISA
06 JAN 2017

Nº do Cliente:
Data da Emissão: 637887-0
Nº da Nota Fiscal: 29/11/2016
455984230

Referência:
Total a Pagar (R$): Nov/2016
Nº de Controle: 311,98
0000637887 00507 39402 90

83860000003-4 11930031000-1 00006378870-5 05073940253-2

Comprovante de residência

"0015"

B6.010 A334 BALULUB "CF0027988"

fametro

FAC

CTCE FORTALEZA CE PL1
FRANCISCA EDNISYA DAMASCENO FI
DOMINGOS OLIMPIO, 1951
BENFICA
60040-081 FORTALEZA CE

7211094230542830000017470130280616
DATA DE VENCIMENTO: 13/07/2016 DATA DE POSTAGEM: 28/06/2016

CAPEMISA
06 JAN 2017

Para uso dos Correios
1. Mudou-se
2. Endereço insuficiente
3. Não existe o nº indicado
4. Desconhecido
5. Recusado
6. Não procurado
7. Ausente
8. Falecido
9. CEP
Informação escrita por portteiro ou síndico
Assinatura e carimbo do recebedor
Empregado de serviço postal
Data

60010-260 Fortaleza - CE

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 31700234 61 < CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Daniel de Andrade Silva,
PORTADOR(A) DO RG Nº 2004024010204 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 16/09/2004 E
CPF 02024143-51 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO Nenhuma
E RENDA MENSAL DE R$ Nenhuma (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel de Andrade Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0751 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12247-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza 09 de março de 2017 — Daniel de Andrade Silva

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204


CAIXA
POUPANÇA
6277 8016 1575 7758
6277
VÁLIDO ATÉ
10/21
DANIEL DE ANDRADE SILVA
0751 013 00012247-0
elo

Declaração Circular SUSEP 445/12

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Bonfim Damasceno Figueiredo portador(a) do RG nº 2005219076683, expedido por SSP/CE, em 22/09/2016 CPF/CNPJ nº 026.714.533-02, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Daniel de Andrade Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Daniel de Andrade Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recusou-se Renda Mensal: R$ recusou-se

Documentos comprobatórios: recusou-se

Francisca Bonfim Damasceno Figueiredo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

CADEMISA
06 JAN 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE

HMABH

Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster
Fone: (85) 3369.9170 - Maranguape - Ce.

Documentação médica Hospitalar
"0009"

RECEITUÁRIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr. Daniel de Andrade Silva foi vítima de acidente motociclístico em 01/08/2016, sofrendo fratura de clavícula à esquerda, sendo operado em 05/08/2016, devendo ficar afastado de suas atividades laborais por 02 (dois) meses

CID 10: S42.0

Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

19/08/16

CAPEMISA
06 JAN 2017

HMABH Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado Daniel Andrade Silva

portador da Carteira Profissional

Série necessita de 60 (Sessenta) (Por extenso)

dias de afastamento de trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Hospital ou Ambulatório

27/10/16

Localidade e Data

Ass. do Médico - C. R. M. Nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto Nº 60501, 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

CAPEMISA
06 JAN 2017

HMABH Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado Daniel Antonio da Silva

portador da Carteira Profissional

Série necessita de 60 (sessenta)
(Por extenso)

dias de afastamento de trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Fratura dactilo (E)

27/10/16

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Marcelo Cirão
Traumatologista
CRM 9

Ass. do Médico - C. R. M. Nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto Nº 60501, 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

CAPEMISA
06 JAN 2017

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

Nome Completo: Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
CRM: Médico - CREMEC 13.427
Endereço Completo e Telefone:
Cidade: UF:

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

Carimbo e Assinatura do Médico

HOSPITAL MUN. DR. ARGEU BRAGA HERBSTER
Rua Gontram Nascimento, S/N
Outra Banda - Maranguape - CE

Paciente: Daniel de Andrade Silva
Endereço: Rua 7 de setembro, Nº 163
Prescrição:

Uso oral

ciprofloxacino 500mg — 60cpts
01cp de 12/12H

19/05/16

Identificação do Comprador

Nome Completo:
Ident: Org. Emissor:
Endereço Completo e Telefone:
Cidade: UF:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico
Data

CAPEMISA
06 JAN 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE

HMABH

Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster
Fone: (85) 3369.9170 - Maranguape - Ce.

RECEITUÁRIO MÉDICO

Daniel Andrade Silva

Solicito

Tipóia de Velpeau para membro superior esquerdo

Dr. Aristides Sabóia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

05/08/16

CAPEMISA
06 JAN 2017

Receituário

Nome: Daniel de Andrade

1 - Tandrilax _____ 01 Cx./15 Comprimidos

Tomar 01 comp. via oral de 8/8hs. Durante 05 dias.

Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

DATA: 19/08/16

Médico (a) - CRM

NÃO AUTORIZO A TROCA DESSE MEDICAMENTO

CAPEMISA
06 JAN 2017

Receituário

Nome: Daniel de Andrade

1 - Tandrilax _____ **01 Cx./15 Comprimidos**

Tomar 01 comp. via oral de 8/8hs. Durante 05 dias.

Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

DATA: 19 / 08 / 16

Médico (a) - CRM

NÃO AUTORIZO A TROCA DESSE MEDICAMENTO

CAPEMISA
06 JAN 2017

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER — MARANGUAPE

Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEU GURGEL BRAGA HERBESTER
2 - CNES: 2554789

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEU GURGEL BRAGA HERBESTER
4 - CNES: 2554789

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA
6 - N.º DO PRONTUÁRIO: 18405

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1987
9 - SEXO: MASCULINO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA
11 - TELEFONE DE CONTATO: (85) 8858-5333

12 - ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº163

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MARANGUAPE
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 230770
15 - UF: CE
16 - CEP: 61.940-300

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE INFORMA QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 2 DIAS C/ TRAUMA NO OMBRO. APRESENTA DEFORMIDADE NA REGIÃO CLAVICULAR (E) C/ DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TTO. CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EX. FÍSICO + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE CLAVÍCULA (E)
21 - CID 10 PRINCIPAL: S420
22 - CID 10 SEGUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO. CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 04 0406010140

26 - CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: ELET.
28 - TIPO DOC.: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 898001612652353

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Max Wendell B. Lopes — Ortopedista
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/05/16
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CREMEC 10.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE
41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
49 - NR DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): FERNANDO CRUZ JANUÁRI CREMEC-1853. CPF-077958744 8 CNS 210.158.211.800.002 AUDITOR - AUTORIZADOR

FyconSysHosp

CAPEMISA

06 JAN 2017

Assinatura do Funcionário

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEU GURGEL BRAGA HERBESTER
2 - CNES: 2554789

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEU GURGEL BRAGA HERBESTER
4 - CNES: 2554789

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 18406

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1987
9 - SEXO: MASCULINO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA
11 - TELEFONE DE CONTATO: (85) 8859-5333

12 - ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº163

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MARANGUAPE
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 130
15 - UF: CE
16 - CEP: [illegible]

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE INFORMA QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 2 DIAS C/ TRAUMA NO OMBRO. APRESENTA DEFORMIDADE NA REGIÃO CLAVICULAR (E) C/ DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TTO. CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EX. FÍSICO + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE CLAVÍCULA (E)
21 - CID 10 PRINCIPAL: S420
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO. CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: [illegible]

26 - CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: [illegible]
28 - TIPO DOC.: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 3 8 0 [illegible]

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Wendell B. Lopes — Ortopedista — CRM-CE 10107 — TEOT 12066
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03 / 08 / 16
32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE EMPRESA:
41 - CBORM:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

FERNANDO CRUZ JANDUARI
CREMEC-1853, CPF-0779[illegible]
CNS 210.158.211.8[illegible]
AUDITOR - AUTORIZADOR

CAPEMISA

06 JAN 2017

FyconSysHosp

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA SUMÁRIA DE INTERNAMENTO

Same	Clínica	Bloco/Leito	Categoria
	CIRÚRGICA	06 – 15	

Nome do Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Nº do Registro: 8406

Naturalidade	Sexo	Nascimento	Idade	Cor	Religião
MARANGUAPE-CE	MASCULINO	28/02/1987	29		

Estado Civil	Profissão	Grau de Instrução	Procedência
CASADO	MOTOQUEIRO		

Residência	Bairro	Fone
RUA 7 DE SETEMBRO Nº163	CENTRO	(85) 8859-5333

Nome do Pai: FRANCISNEUDO DIONISIO DA SILVA

Nome da Mãe: ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA

Nome do Cônjuge:

Pessoa a notificar em caso de urgência	Parentesco

Residência	Bairro	Fone

Responsável	Parentesco
ALDENICE MACIEL DOS SANTOS	ESPOSA

Residência	Bairro	Fone
O MESMO		

Documento apresentado para Internação: RG 2004024010204

Data da Internação	Data da Saída	Dias de Hospitalização	Destino dado ao paciente
03/08/2016 08:16	06/08/16	03 dias	

Status: INTERNADO

Condições	Tipo
☐ 1 - Curado	☐ 6 - Administrativa (Chefia Médica ou Supervisão Hospitalar)
☒ 2 - Melhorado	☐ 7 - Por Indiciplina
☐ 3 - Inalterado	☐ 8 - Evasão
☐ 4 - Apelido	☐ 9 - Para complementação do tratamento em regime ambulatorial
☐ 5 - Internado p/ Diagnóstico	

(G) ÓBITO
- ☐ 0 - Inexistência de dados
- ☐ 1 - Óbito operatório (ocorrido durante o ato cirúrgico)
- ☐ 2 - Óbito pós-operatório ocorrido nas primeiras 24h
- ☐ 3 - Óbito pós-operatório ocorrido com mais de 24h até 72h
- ☐ 4 - Óbito pós-operatório ocorrido com mais de 72h na primeira semana após o ato operatório
- ☐ 5 - Óbito ocorrido depois da primeira semana após o ato cirúrgico
- ☒ 6 - Óbito por anestesia

Código: _____ Diagnóstico definitivo: [illegible]
Código: _____ Diagnóstico definitivo: _____
Código: _____ Diagnóstico segundário: _____
Código: _____ Diagnóstico segundário: _____
Código: _____ Operação: _____

ÓBITO: ☐ Antes de 24hs. ☐ Depois de 24hs. AUTÓPSIA: ☐ Sim ☐ Não

Dr. [illegible] Cirurgião Traumatologista CRM [illegible]

Ana Cholo
Same - Funcionário

CAPEMISA
06 JAN 2017

Médico Assistente - CRM

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado Aldenice Maciel dos Santos

Pessoa responsável pelo doente Daniel de Andrade

dá plena autorização aos médicos do Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbester que o assistirem para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, 03 de Agosto de 2016

Aldenice Maciel dos Santos

Assinatura do Doente ou pessoa responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado _____

Pessoa responsável pelo doente _____

Reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do Doente ou pessoa responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado _____

Pessoa responsável pelo doente _____

Certifico que o mesmo teve alta do hospital por ter infrigido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do Doente ou pessoa responsável

Testemunhas:

FyconSys

CAPEMISA

06 JAN 2017

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

FOLHA DE ANAMNESE

PACIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Nº PRONTUÁRIO: 18406

IDADE:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	PROCEDÊNCIA:
29	M	CASADO	MARANGUAPE-CE	MOTOQUEIRO	

Diagnóstico Provisório: Fratura de clavícula (E)

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Segundário:

DATA: 03/08/16 MÉDICO CREMEC

I - História

II - Exame Físico

III - Sumário - Impressões Diagnósticas - Sugestões

Paciente informa acidente de motocicleta há 2 dias c. trauma no ombro (E) há 2 dias. Ao exame: fratura clávicula livre do 1/3 médio da clavícula desvio e encurtamento. Além de lesões expostas

CD: 1. Ortopedia p/ tto. cirúrgico

2. Solicito pré-operatório.

CAPEMISA 06 JAN 2017

ProHospital Versão 1.0

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIAL
DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

Clavícula E. Trauma

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA	ENFERMARIA: 06	LEITO: 25	Nº PRONTUÁRIO: 18406

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		RÚBRICA ENF.
		HORÁRIO - APLICAÇÃO - MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES	
03/08/16	1. Dieta geral 2. Cefepirona 1g + Sta. 1g 12/12h, EV, 12/12h 3. SSVV		8:30 pcte admitido p/ pto trau matológico em clavícula E, negando demais medicamentosa + HAS + DM + uso de medicação contínua, deitado em jejum. PA 90x70 mmHg T. 36°C	
04/08/16	1. Dieta livre 2. Cefepirona 1g EV 12/12h 3. Dipirona 1g EV 6/6h se dor		Noite paciente consciente orientado, deambulando, PA 78x80 T. 39°C	

CAPEMISA 06 JAN 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE
SMS – Secretaria Municipal da Saúde
HMABH – Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster

14.08.16

FORMULÁRIO DO MOTIVO DE CANCELAMENTO DE CIRURGIA

DADOS PESSOAIS

NOME: Daniel de Andrade Silva

IDADE:

CIRURGIA:

PRONTUÁRIO:

ENF/LEITO:

MOTIVO DO CANCELAMENTO

RELACIONADAS AO PACIENTE

- ☐ CONDIÇÃO CLÍNICA DESFAVORÁVEL
- ☐ FALTA DE JEJUM

RELACIONADAS À ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

- ☐ FALTA DE VAGA CIRURGIA
- ☐ FALTA DE EXAMES

RELACIONADAS AOS RECURSOS HUMANOS

- ☐ MUDANCA DE CONDUTA MÉDICA
- ☒ TEMPO CIRURGICO EXCEDIDO
- ☐ FALTA DE ANESTESIOLOGISTA
- ☐ FALTA DE PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

RELACIONADAS A MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- ☐ FALTA DE MATERIAL EXPECIFICAR:
- ☐ FALTA DE EQUIPAMENTO:
- ☐ OUTROS:

Dr. Ismael Portes Moura
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11405 TEOT 15261

MEDICO

CAPEMISA
06 JAN 2017

LACEMA - Laboratório Central de Maranguape
Rua Gotran Nascimento s/n Outra Banda Maranguape CE
CEP.: 61940-000 CNPJ.: 05.825.637/0001-30
Fone.: (85)3669-9173 / (85)3341-1276

Atendimento: **647-01**
Posto.....: INTERNOS

Paciente....: **235-01 - DANIEL DE ANDRADE SILVA.**
Convênio...: SUS
Médico.....: MAX WENDELL
Imp.: 03/08/2016 15:24:01

Dt Atendimento: 03/08/2016

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
Coleta..: 03/08/2016 12:10:00
Método..: Automatizado - Advia 120

ERITROGRAMA

			VALORES DE REFERÊNCIA			
Hemácias...:	**4,94**	milhões/mm³	4,6	a	6,2	milhões/mm³
Hemoglobina:	**13,1**	g/dL	14,0	a	17,0	g/dL
Hematócrito:	**38,6**	%	40,0	a	54,0	%
VCM.....:	**78,1**	fL	82,0	a	98,0	fL
HCM.....:	**26,5**	pg	27,0	a	32,0	pg
CHCM.....:	**33,9**	g/dL	32,0	a	37,0	g/dL
RDW.....:	**15,3**	%	11,0	a	15,0	%

LEUCOGRAMA

				VALORES DE REFERÊNCIA
Leucócitos .....:	**10.980**		/mm³	5000 a 10000/mm³
Mieloblastos .....:	**0**	% **0**	/mm³	
Promielócitos.....:	**0**	% **0**	/mm³	
Mielócitos.....:	**0**	% **0**	/mm³	
Metamielócitos.....:	**0**	% **0**	/mm³	0 a 100/mm³
Bastões .....:		% **0**	/mm³	100 a 400/mm³
Segmentados .....:	**72,5**	% **7453**	/mm³	2700 a 6200/mm³
Eosinófilos .....:	**0,4**	% **41**	/mm³	50 a 500/mm³
Basófilos .....:	**0,3**	% **30**	/mm³	0 a 100/mm³
Linfócitos Atípicos ....:	**0**	% **0**	/mm³	
Linfócitos .....:	**20,7**	% **2129**	/mm³	1100 a 3500/mm³
Monócitos .....:	**6,1**	% **627**	/mm³	150 a 700/mm³
Blastos .....:	**0**	% **0**	/mm³	

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 200.000 /mm³ 140.000 a 400.000/mm³

OBS:Hemacias anisociticas

Hemacias microciticas

Plaquetas morfologicamente normais

NOTA: Exame automatizado, com confirmação das contagens e análise morfológica realizadas por microscopia, quando aplicável.

Dr(a). por gentileza, o setor de Epidemiologia da Secretaria de Saude de Maranguape pede que, em caso de suspeita de Dengue, Chikungunya ou Zika, nao se esqueça de solicitar a minha sorologia.

Dr. Francisco Milton Pinto Ventura
Hematologista / Hemoterapia
CRM-CE 4[illegible]

CADEMISA
06 JAN 2017

LACEMA - Laboratório Central de Maranguape
Rua Gotran Nascimento s/n Outra Banda Maranguaoe CE
CEP.: 61940-000 CNPJ.: 05.825.637/0001-30
Fone.: (85)3669-9173 / (85)3341-1276

Atendimento: 647-01
Posto: INTERNOS

Paciente....: **235-01 - DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Convênio...: SUS
Médico.....: MAX WENDELL
Imp.: 03/08/2016 15:24:01

Dt Atendimento: 03/08/2016

TEMPO DE ATIVACAO DA PROTROMBINA

TAP.....: 11,0 Valor de Referência: 10 a 14s
INR.....: 0,97 Valor de Referência: 1 a 1,4
ATIVIDADE: 100 Valor de Referência: maior ou igual a 70%

Material: PLASMA CITRATADO Data coleta: 03/08/2016 12:10

Método: Semi automatico

Liberado por: FRANCISCO MILTON PINTO VENTURA Data de liberação: 03/08/2016
14:49:53

TEMPO DE TROMBOPLASTINA: 30,0 Valor de Referência:

CONTROLE:31,0
RELAÇAO:1,0

Material: PLASMA CITRATADO Data coleta: 03/08/2016 12:10

Método: Semi automatico

Liberado por: FRANCISCO MILTON PINTO VENTURA Data de liberação: 03/08/2016
14:49:53

GLICEMIA DE JEJUM: 101 mg/dl Valor de Referência: 70 a 99 mg/dl

Material: SORO Data coleta: 03/08/2016 12:10:00

Liberado por: FRANCISCO MILTON PINTO VENTURA Data de liberação: 03/08/2016
14:49:53

Dr(a). por gentileza, o setor de Epidemiologia da Secretaria de Saúde de Maranguape pede que, em caso de suspeita de Dengue, Chikungunya ou Zika, nao se esqueça de solicitar a minha sorologia.

CAPEMISA
06 JAN 2017

Dr. Francisco Milton Pinto Ventura
Farmacêutico / Bioquímico
CRF-CE

LACEMA - Laboratório Central de Maranguape
Rua Gotran Nascimento s/n Outra Banda Maranguaoe CE
CEP.: 61940-000 CNPJ.: 05.825.637/0001-30
Fone.: (85)3669-9173 / (85)3341-1276

Atendimento: 647-01
Posto: INTERNOS

Paciente....: **235-01 - DANIEL DE ANDRADE SILVA.**
Convênio...: SUS
Médico.....: MAX WENDELL
Imp.: 03/08/2016 15:24:01

Dt Atendimento: 03/08/2016

CREATININA: **1,0 mg/dl** Valor de Referência: 0,4 a 1,3 mg/dl

Material: SORO

Data coleta: 03/08/2016 12:10:00

Liberado por: FRANCISCO MILTON PINTO VENTURA
14:49:53

Data de liberação: 03/08/2016

Dr(a). por gentileza, o setor de Epidemiologia da Secretaria de Saude de Maranguape pede que, em caso de suspeita de Dengue, Chikungunya ou Zika, nao se esqueca de solicitar a minha sorologia.

CAPEMISA
06 JAN 2017

Dr. Francisco Milton Pinto Ventura
Farmacêutico / Bioquímico
CRF: 2570

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

FOLHA DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Nº do Prontuário: 18405

Data da Operação: 05/08/16

Enf.: 06

Leito: [illegible]

Operador: Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Edilson

Tipo de anestesia: Bloqueio de plexo [illegible]

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de clavícula à (E)

Tipo de operação: Osteossíntese de tratos de clavícula

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Relatório imediato da patologista:

Exame radiológico no ato:

Relatório imediato da patologista:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - tática e etc. ligaduras drenagem - sutura

Material empregado - aspectoviscemas

1) Paciente em decúbito dorsal, sob [illegible] de plexo braquial à (E)
2) Assepsia + antissepsia + campos estéreis
3) Incisão horizontal p/ acesso [illegible]
4) Uso de placa de reconstrução 3,5 [illegible] corticais
5) Controle radioscópico
6) Sutura por planos + curativo
7) À SR

Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

CAPEMISA
06 JAN 2017

06 JAN 2017

CAPEMISA

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE

Nome do Paciente DANIEL DE ANDRADE SILVA

Nº do Prontuário 18405

Enfermeira

Leito

Data	Pres. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo	Hemáceas	Hemaglina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Outros
	Urina					

Ap. Respiratório		Asma	Bronquite
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo	Dentes	Pescoço	Ap. Urinário
Estado Mental	Ataráxicos	Corticóides	Alergia / Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório		Estado Físico	Risco
Anestesias anteriores			
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito

Agentes Anestésicos: O2

Líquidos

CÓDIGO: V.P. Arterial: O - Pulso: O - Respiração: x Anestesia O - Operação

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

INDUÇÃO

Laringo Espasmo: Lenta

Náuseas: Vômitos

Outros:

MANUTENÇÃO

Anestesia total: Sim / Não

Não, Por que?

DESPERTAR

Reflexos na S.O.

Observações: CO_2: Pol

Náuseas: Vômitos

Choro

Com canula para o leito: Sim / Não

CONDIÇÕES

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES:

TÉCNICA:

CANULAS:

OOPERAÇÃO:

CIRURGIÕES:

ANESTESISTAS:

OBSERVAÇÕES:

PERDA SANGUÍNEA:

ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

06 JAN 2017

MEDICAMENTOS

Nome do Paciente

DANIEL DE ANDRADE SILVA

Tipo da Cirurgia

TTO cirurgia de Catarata (C)

Enf.: **Leito:**

Auxiliar de enfermagem

Nº	MEDICAMENTOS	QDE.	Nº	MATERIAL	QDE.	Nº	MATERIAL	QDE.
1	ADRENALINA		1	ABOCATH Nº 18		47	FIO VICRIL 3-0	
2	ALFAST		2	ABOCATH Nº 20		48	FIO VICRIL 4-0	
3	AMINOFILINA		3	ABOCATH Nº 22		49	FORMOL	
4	ATROPINA		4	ÁGUA DESTILADA		50	LÂMINA Nº 15	
5	BICARB. DE SÓDIO		5	AGULHA P/ RAQUIANESTESIA		51	LÂMINA Nº 21	
6	BUSCOPAN COMP.		6	AGULHAS 13X4,5		52	LUVAS ESTERIL Nº 7	
7	CEDILANID		7	AGULHAS 25X08	01	53	LUVAS ESTERIL Nº 7,5	
8	CEFALOTINA		8	AGULHAS 40X12	01	54	LUVAS ESTERIL Nº 8	
9	DIAZEPAN 10 MG		9	ALGODÃO ORTOPÉDICO		55	NIBIUM	
10	DIPIRONA		10	ALGODÃO SIMPLES		56	POLVIDIME DEGERMANTE	
11	DOLOSAL		11	ATADURA DE CREPON 10 CM	02	57	POLVIDIME TÓPICO	
12	DOPAMINA		12	ATADURA DE CREPON 15 CM		58	PROPOFOL	
13	DORMONID 10 MG		13	ATADURA DE CREPON 30 CM		59	SCALP Nº 19	
14	EFORTIL		14	ATADURA GESADA		60	SCALP Nº 21	
15	FENERGAN		15	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS		61	SCALP Nº 23	
16	FENTANIL		16	COLETOR DE URINA FEM.		62	SCALP Nº 25	
17	GLICOSE 25%		17	COLETOR DE URINA MASC.		63	SERINGA 1 ML	
18	GLICOSE 50%		18	COLETOR DE URINA SISTEMA F		64	SERINGA 10 ML	
19	GLUCONATO DE Ca		19	EQUIPO HEMOTRANSFUSÃO		65	SERINGA 3 ML	
20	HALOTANO		20	EQUIPO MACROGOTAS	01	66	SERINGA 5 ML	
21	KETAMIL		21	ESPARADRAPO	01 M	67	SERINGA 20 ML	
22	LASIX		22	ÉTER		68	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 10	
23	NARCAN		23	FIO ALGODÃO 2-0		69	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 12	
24	NEOCAINA C/ EPIN		24	FIO ALGODÃO 4-0		70	SONDA FOLEY Nº 14	
25	NEOCAINA PESADA		25	FIO ALGODÃO NÃO AGULHADO		71	SONDA FOLEY Nº 16	
26	PLASIL		26	FIO CATGUT CROMADO 2-0		72	SONDA NASOGAST Nº 12	
27	PROSTIGMINE		27	FIO CATGUT CROMADO 3-0		73	SONDA NASOGAST Nº 14	
28	SOLUCORTEF 500 MG		28	FIO CATGUT CROMADO 4-0		74	SONDA NASOGAST Nº 16	
29	SUCCINIL COLLIN		29	FIO CATGUT CROMADO 5-0		75	SONDA NASOGAST Nº 18	
30	THIPENTAX		30	FIO CATGUT CROMADO 6-0		76	SONDA TRAQUEAL Nº 2,5	
31	VOLTAREM 75 MG		31	FIO CATGUT CROMADO 0		77	SONDA TRAQUEAL Nº 6,0	
32	XILOCAINA C/ EPIN	01	32	FIO CATGUT SIMPLES 0		78	SONDA TRAQUEAL Nº 6,5	
33	XILOCAINA S/ EPIN		33	FIO CATGUT SIMPLES 2-0		79	SONDA TRAQUEAL Nº 7,0	
34	GAZES	05	34	FIO CATGUT SIMPLES 3-0		80	SONDA TRAQUEAL Nº 7,5	
35	COMPRESSA	03	35	FIO MONONYLON 0		81	SONDA TRAQUEAL Nº 8,0	
36			36	FIO MONONYLON 2-0		82	SONDA TRAQUEAL Nº 8,5	
37			37	FIO MONONYLON 3-0		83	SONDA TRAQUEAL Nº 9,0	
38			38	FIO MONONYLON 4-0		84	SORO FISIOLÓGICO 250 ML	
39			39	FIO MONONYLON 5-0		85	SORO FISIOLÓGICO 500 ML	
40			40	FIO MONONYLON 6-0		86	SORO GLICO-FISIOL 250 ML	
41			41	FIO PROLENE 0		87	SORO GLICO-FISIOL 500 ML	
42			42	FIO PROLENE 2-0		88	SORO GLICOSADO 250 ML	
43			43	FIO PROLENE 3-0		89	SORO GLICOSADO 500 ML	
44			44	FIO PROLENE 4-0		90	SORO RINGER LACT 500 ML	01
45			45	FIO VICRIL 0		91		
46			46	FIO VICRIL 2-0		92		

CAPEMISA
06 JAN 2017

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

FOLHA DE EVOLUÇÃO

PACIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Nº PRONTUÁRIO: 18406

03.08.16 - P.A.S, 29a, ♂ admitido na maca na clínica, sonolento, consciente, orientado, verbalizando, acamado, queixoso, dispnéico, apálico, taquicardico, diuro zero, eliminações fisiológicas no leito, alimentação e medicações nos cuidados de enfermagem.

04/08/16
Paciente com fratura de [illegible] operado cirurgia
cs: VPM

Dr. Ismael Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11405 TEO

04.08.16 - P.A.S, 29a, ♂, encaminhado [illegible] tempo excedido e disponibilidade [illegible] anestesista

THAYLA FERNANDES DE ALMEIDA
ENFERMEIRA
COREN-CE. 325424

EVOLUÇÃO MÉDICA

04/08/16 Paciente em Nº PO de osteossíntese do clavícula (E). Sem intercorrências.
CD) Concedo alta hospitalar
Retorno em 1 semana [illegible]

Dr. Nelson [illegible]

MARANGUAPE

HOSPITAL MUNICIAL
DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE
SECRETARIA DE SAÚDE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Data: 03/08/2016 08:16

Idade	Sexo	Peso	Religião	Bloco/Leito	N° do Prontuário
29	MASCULINO			06 - 9S	8406

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia proposta: TTO cirurgia de Orquiectomia (L. E)

Tiragem sanguínea ( ) Tipo de sangue e fator Rh: N°de bolsas:

Patologias: Hipertensão (N) Diabétes (N) Cardiopatia ( ) Renal ( ) Outra ( )

Medicações em uso: N

Hábitos: Tabagismo ( ) Etilismo ( )

Alergia (N) Prótese/Implante: ( ) Tipo

Checar: Jejum (x) Tricotomia ( ) Preparo intestinal ( )

Retirada de: Adornos ( ) Esmalte ( ) Peças íntimas ( ) Prótese ( )

Exames: Hemograma ( ) Coagulograma ( ) ECG ( ) RX tórax ( ) Outros

Termo de Responsabilidade (x) Termo de autorização ( )

Admissão:

Ass.:

DADOS TRANS-OPERATÓRIO

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião:	Auxiliar:	Anestesista:
Dr. Aristides S	—	

Enfermeira:	Instrumentador:	Circulante:
Valeline	Thiago	

Cirurgia realizada: TTO cirurgia de Orquiectomia (L. E)

Tipo de anestesia: Plex + Sedação

Posição do Paciente: Dorsal ( ) Ventral ( ) Lateral ( ) Ginecológica ( ) Outra

ANTISSEPSIA

PVPI degermante (x) PVPI tópico (x) PVPI alcoólico ( )

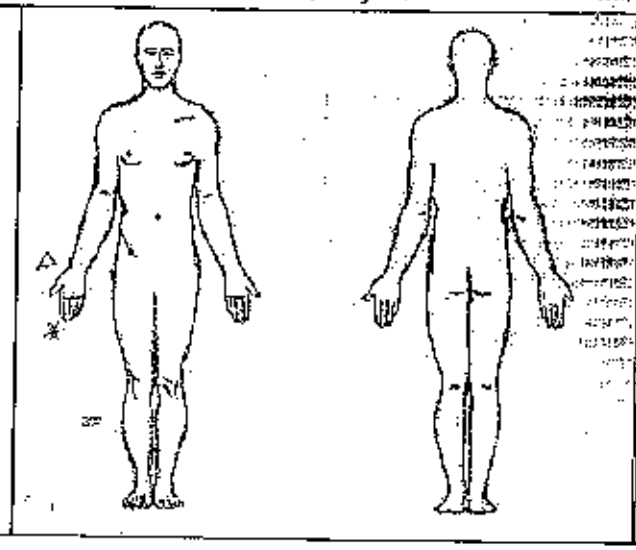
Clorexidine degermante ( ) Clorexidine alcoólico ( )

Executada por: Enf + Dr. Aristides S

CAPEMISA
06 JAN 2017

LOCALIZAÇÃO

- Eletrodos
- Placa de bisturi
- Incisão cirúrgica
- Punção venosa
- Coxins
- Dreno
- Oxímetro



Observações

ATENÇÃO: CONFERIR O NÚMERO DE COMPRESSAS ANTES DO USO.

Compressas oferecidas: 10 + 5 Recolhidas: 10 + 5 Conferidas Por:

Medicações utilizadas durante o trans-operatório: XILO c/ EPIN

EXAMES

Pela cirúrgica: Sim ( ) Não (X)

Raios X: (X) Sim ( ) Não ( ) Outro: MSE - AP e PERFIL

SONDAS / DRENOS

Dreno: Sim ( ) Não (X) Tipo:

Sonda vesical: ( ) Sim (X) Não Executado por:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente consciente, orientado, por simples propedêutica
ultrassonica. Pele bem hidratada e lúcida
P 70 bpm Sp° 99 %

Assinatura

Identificação das bolsas de sangue

ANEXE AQUI

Indicador químico

ANEXE AQUI

CAPEMISA
06 JAN 2017

NOME
DANIEL DE ANDRADE SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2004024310204 SSP CE

CPF
020.024.143-51

DATA NASCIMENTO
26/02/1987

FILIAÇÃO
FRANCINEUDO DIONISIO DA SILVA
ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA

NOME(S)

ACC

CAT HAB

PERMISSÃO

VALIDADE

1ª HABILITAÇÃO
15/06/2009

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Daniel de Andrade Silva

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
02/01/2012

97429565402
CR129336455

52005064 0

52005064 0

Documento de Identidade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FRANCISCA RENOSYA DAMASCENO FIGUEREDO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 2005019076683 SSP CE

CPF: 026.714.533-02

DATA NASCIMENTO: 07/03/1987

FILIAÇÃO:
FRANCISCO EDNO QUEIROZ FIGUEREDO
MARIA LUCIENE DAMASCENO FIGUEREDO

HABILITAÇÃO: PERMISSÃO

REG.: [redacted]

CATEG.: A

Nº HABILITAÇÃO: 06467271029

VALIDADE: 21/09/2016

1ª HABILITAÇÃO: 22/09/2015

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

115844330

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO:

Francisca Renosya Damasceno Figueredo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO: 23/09/2015

FIGUEIREDO DE FORTA

ASSINATURA DO EMISSOR

264047048800
CE144650016

DETRAN CE (CEARÁ)

PROIBIDO PLASTIFICAR

115844330

CAPEMISA
06 JAN 2017

CAPEMISA
06 JAN 2017

DEVOLVIDA

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **012410180410**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

KELL 01 1082444275 0000000000 2016

DANIEL DE ANDRADE SILVA
****
****

MARANGUAPE/CE

02002414351 PMI3552

******/CE 9C6KG0570G0004588

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

YAMAHA/XTZ250 TENERE 2015 2016

2P/0CV/249CC PARTIC BRANCA

IPVA
******* ** **/**/** *****
2 *****
*** ******* ** 3 *****

00/00/0000

AL.FID. CONBRAV ADMIN DE CONS LTDA;
****
****

MARANGUAPE Igor Ponte Subdiretor Jurídico DETRAN-CE 01/04/2016

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 **012410180410** BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

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

02002414351 PMI3552

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 01/04/2016

01 02002414351 PMI3552

1082444275 YAMAHA/XTZ250 TENERE

2015 09 9C6KG0570G0004588

PRÊMIO TARIFÁRIO

00/00/0000

PROPRIETÁRIO

LOTE/D
MOTOR: G3C4E-004588

SEGURADORA LIDER DPVAT
www.seguroDPVAT.com.br

NOV-2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170023461 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA **Data do acidente:** 01/08/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / OMBRO ESQUERDO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170023461 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA **Data do acidente:** 01/08/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO, ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO.

Resultados terapêuticos: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/01/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Procurado

PROCURAÇÃO

Outorgante: Daniel de Andrade Silva brasileiro(a), estado civil Solteiro profissão desempregado, residente e domiciliado à Rua ....., nº 263, bairro Centro, Municipio de Maranguape, Estado de(o) Ceará Cep.:....., portador(a) do Rg nº 2002402020 04, SSP/CE e CPF nº 020.024.143-51

Outorgado: Francisca Edneza Damasceno Figueiredo brasileiro(a), estado civil Solteira profissão desempregado residente e domiciliado(a) à Rua Av. Domingos Olímpio nº 1951, bairro Benfica, Municipio de Fortaleza, Estado de (o) Ceará Cep.: 60041081 portador (a) do RG nº 2005019076683 -SSP/ CE e CPF nº 026.714.533-02

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Daniel de Andrade Silva, ocorrido em ...../...../....., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Fortaleza / CE, 07, de Dezembro de 2016.

MOREIRA DE DEUS

Daniel de Andrade Silva
Outorgante
CPF Nº 020.024.143-51

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:
DANIEL DE ANDRADE SILVA
Boa fé.
Fortaleza, 07/12/2016 11:48:29 7929
Em testemunho da verdade.
Maria Jocilene da Silva - Esc. Autorizada

CAPEMISA
06 JAN 2017

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: 27/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000012247-0

Nr. da Autenticação 94069C4684920C79