



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

### ! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01563994-0** em **17/11/2020 17:20:39**.
- 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 : 0261821-78.2020.8.06.0001

Protocolo : WEB1.20.01563994-0

Tipo da petição : Contestação

Assunto principal : Seguro

Data/Hora : 17/11/2020 17:20:39

### 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\* : 2767017\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf

Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf

Documentação : 2767017\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-19.pdf

### Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição

Recibo : Realizar download do recibo

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

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

---

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200365375**

**Vítima: JOSE LEITE VIEIRA**

**Data do Acidente: 11/07/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE LEITE VIEIRA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: JOSE LEITE VIEIRA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000002002**

**Conta: 0000049756-6**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

744.185.013-68

4 - Nome completo da vítima:

Jose Beite Vieira

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

5 - Nome completo:

Jose Beite Vieira

6 - CPF:

744.185.013-68

7 - Profissão:

moto taxi

8 - Endereço:

Rua Jose de Sousa Falcão

9 - Número:

1446

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Buriti

12 - Cidade:

Pacajus

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

62870-000

16 - Tel.(DDD):

(85) 99462-7693

15 - E-mail:

Não Possuo

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2002

CONTA: 49756

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

✓ Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  
teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascituro (viv/nascer)?

Sim  
 Não

31 - Vítima  
teve irmãos?

Sim  
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou  
pais/avós vivos?  
 Sim  
 Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Pacajus - CE 09.10.2020

x Jose Beite Vieira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS  
Impresso nº 2020546479

FLS. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
RUBRICA  
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 514 - 1734 / 2020

### **Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **03/09/2020 11:25:22**  
Data / Hora da Ocorrência: **11/07/2020 21:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R GUARANY COM JOSE MACHADO CEP: 62.870-000, CENTRO - PACAJUS PACAJUS/CE**  
Ponto de Referência: **LABORATORIO LAB NEW**

**Dados da(s) Vítima(s)**

**Name:** JOSE LEITE VIEIRA  
**Nascimento:** 18/06/1969 **CPF:** 741.185.013-68  
**RG:** 97006016017 **Orgão Emissor:** SSPDS **UF:** CE  
**Filiação:** MARIA LEITE VIEIRA  
DOMINGOS COSMO VIEIRA  
**Endereço:** RUA JOSE DE SOUSA FALCAL, 1446  
**Bairro:** BURITI **CEP:** 62.870-000  
**Município:** PACAJUS/CE **Telefone:** (85) 9180-0629  
**País:** BRASIL

## Histórico

Boletim de Ocorrência confeccionado para registro de acidente de trânsito com Finalidade de indenização de DPVAT

Termo de Declarações que Presta a VÍTIMA JOSE LEITE VIEIRA:  
Disse que é entregador de pizza no horário da noite e estava seguindo para uma entrega em sua motocicleta quando uma motoneta, tipo cinquentinha avançou a preferencial e o mesmo veio a colidir. Que teve uma fratura no braço esquerdo sendo necessário a realização de procedimento cirúrgico estando com tratamento médico em andamento devido a gravidade da lesão. Que atualmente encontra-se com sequelas físicas em virtude do acidente e registra esse Boletim de Ocorrência Policial com o objetivo de dar entrada na indenização pelo DPVAT.

José Luis Vizcaíno

Termo de Declarações que Presta a TESTEMUNHA FLAVIO SANTOS DE CARVALHO:  
Disse que testemunha o acidente sofrido pela vítima.

*Disse que testemunha o que se passou.*

**Termo de Declarações que Presta a TESTEMUNHA PEDRO ALVES DA SILVA NETO:**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS  
Impresso nº 2020546479



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 514 - 1734 / 2020

Disse que testemunha o acidente sofrido pela vítima.

Pedro Alves da silva neto

////////// Nada mais disse.  
As informações prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante.  
Informo para os devidos fins de direito que Boletim de Ocorrência não possui prazo de validade.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO ANDRE DE OLIVEIRA - MAT.: 30119789

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: José Vitor Viana

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCELO PINHEIRO DA ANUNCIACAO - MAT.: 30122321





## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL - DEPARTAMENTO DE POLÍCIA METROPOLITANA - DPM

### DELEGACIA METROPOLITANA DE PACAJUS

#### CERTIDÃO

Francisco André de Oliveira Silva, Escrivão de Polícia Civil, lotado na Delegacia Metropolitana de Pacajus, no uso de suas atribuições legais, etc...

**C E R T I F I C O** para fins de direito e acréscimo de registro que, o senhor JOSE LEITE VIEIRA, vítima no procedimento BO Nº 514-1734/2020, é proprietário da motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, placa OSR-9623, renavam 549516450, ano 2013, cor AMARELO, chassi 9C2KC1670DR015376. Que também era o condutor do veículo no dia do acidente. Que o acidente ocorreu no dia 11 do mês/ano do procedimento, porém o atendimento médico se deu no dia seguinte. Informações prestadas pela vítima.

O referido é verdade e dou fé.

Pacajus – CE, quinta-feira, 17 de setembro de 2020.

Francisco Andre de Oliveira Silva  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 301197-8-9

Francisco André de Oliveira Silva  
Escrivão de Polícia  
Matrícula nº 301.197-8-9

# 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:  
**744.185.013-68**

4 - Nome completo da vítima:

**Jose Leite Vieira**

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

5 - Nome completo:

**Jose Leite Vieira**

6 - CPF:

**744.185.013-68**

7 - Profissão:

**moto taxi**

8 - Endereço:

**Rua Jose de Sousa Falcão**

9 - Número:

**1446**

10 - Complemento:

**casa**

11 - Bairro:

**Buriti**

12 - Cidade:

**Pacajus**

13 - Estado:

**Ceará**

14 - CEP:

**62870-000**

16 - Tel.(DDD):

**(85) 99462-7693**

15 - E-mail:

**Não Possuo**

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: **2002**

CONTA: **49756**

**6**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

✓ Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  
 Não

29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascituro (viv/nascer)?  Sim  
 Não

31 - Vítima  
teve irmãos?  Sim  
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou  
pais/avós vivos?  Sim  
 Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

**Pacajus - CE** **09.10.2020**

**x Jose Leite Vieira**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

OK

DADOS PESSOAIS	
NO ME DO PACIENTE <b>JOSE LEITE VIEIRA</b>	Nº DO PRONTUÁRIO <b>5179720</b>
CADÚS	SEXO <b>M</b>
DOCUMENTOS <b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 74118501389</b>	NO ME DA MAE <b>MARIA LEITE VIEIRA</b>
NO ME RESPONSÁVEL <b>NI</b>	RACIOC <b>PARDO</b>
MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>	UF <b>CE</b>
CEP <b>60.326-170</b>	CONTATO <b>(85) 99180-0629</b>

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA <b>QUEDA DE MOTO</b>	MOTIVO <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	ESCALA DE RISCO <b>99 (ADULTO)</b>
SINTOMAS <b>DOR NO MSE</b>		

PESO <b>NI KG</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>	SAT O2 <b>NI%</b>	PULSO <b>NI</b>	GLICEMIA <b>NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ALTERIAS <b>NAO</b>			
CLASSIFICAÇÃO <b>MARELO</b>	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>MARIA DALVANI BASTOS BARRETO</b>			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>12/07/2020 00:17:39</b>

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO:  
**07 MERGENCIA TRAUMATOLOGICA**

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Fratura 20 Minos distor.*

*20200227*

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CÓD
-------------	-------------------	-----

DATOS SOLICITADOS:  
 HC    SU    US ABDOMINAL    TC CRANIO    RAI-O-X    OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Pz Punho e dedo.</i> <i>Dr. Claudio Martins</i> <i>TRAUMATOLOGIA</i> <i>CREMEC 5888</i>	<i>CONFERE COM ORIGINAL</i> <i>21/07/2020</i>	

TIPO DE ALTA/SAÍDA

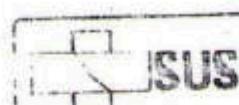
A  D  D  
DECISÃO MÉDICA  A PEDIDO  EVASÃO  TRANSFERÊNCIA  INTERNAÇÃO ÓBITO:  ATÉ 48 HORAS  APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO:  FAMÍLIA  IML  ANAT. PATOL  
DATA E HORA DO ATENDIMENTO  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por MARIA DALVANI BASTOS BARRETO em 12/07/2020 00:17:39

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*CONFERE COM ORIGINAL*

JOSE LEITE VIEIRA  
*Daivaiva*  
04.885.197/00012-05  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578  
Messegana - Cep: 60.864-810  
Fortaleza - Ceará



Ministério  
da  
Saúde

Sistema  
Único de  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES:

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

*José Luiz Thomaz*

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - Nº HSCIN:

181061969

7 - SEXO:

Masculino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

*Annia Cesar Thomaz*

DDD - 11 - TELEFONE DE OX. ATU:

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

*Maria Sá Brito 337 Umuarama*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

*Foz do Iguaçu*

14 - CÓD. IBGE MUNIC:

15 - UF:

16 - CEP:

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

*Inflamação no maxilo armado*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Necessidade de TV anestesia*

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

*Anatomia + Exames + R*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Inflamação no maxilo armado*

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAU

ICDADS -

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*IN Anestesia*

25 - CÓDIGO UPPA/AUDIOPAT

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOBRE A ITEMSSA

HPS

CNS

CPF

# 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: 21/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE LEITE VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02002

CONTA: 000000049756-6

---

Nr. da Autenticação 79EEEBBC105C48A

Nº do Cliente:

3950125

foi criada 06/01/2013

em 26 de outubro de 2002

Companhia Energetica do Ceará

Av. Boa Vista, 150

CEP 60125-040 | Fortaleza/CE

CNPJ 07.041.251/0001-70 | CGF 08.106.948-3

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 054436394

Referência: 03/2020

Rota PJ005U17 - 73000  
 Nome VANDERLEIA FERREIRA DA COSTA  
 Endereço RUA JOSE DE SOUSA FALCAO, 01446 - 01446, BURITI,  
 62870-000, PACAJUS  
 Classificação Resid. Baixa Renda  
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL  
 Ligação Monofásico

Emissão 09/03/2020  
 Medidor 4265211-CPN-308

## ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

## ÁREA RESERVADA AO FISCO

0070100154 53015721 3002000734

DATAS DE LEITURA P.F. 09/03/2020  
 Anterior 05/02/2020 Atual 09/03/2020 Próxima leitura 09/04/2020

## DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto	Lef.	Leit.	Consum.	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
	Atual	Anterior	Mês (kWh)	Ind. (kWh)	Fat. (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)	
17	12.221	12.070	1.151	142	140	0,4024	57,77	

## DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,72
PIS COMPL BX RENDA	-	0,45
COFINS COMPL BX RENDA	-	2,11
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-39,70
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	39,70
JUROS MORATÓRIOS	-	0,21
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,26500	7,95
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,45500	31,85
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	0,68271	32,77

Imposto	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	112,27	27,00	30,31
PIS	112,27	1,16	1,30
COFINS	112,27	5,30	5,90

VENCIMENTO	16/03/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	94,85
		CPF/CNPJ	010.311.143-35

## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSões DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compreender suas emissões  
 pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Comprometida kg (CO<sub>2</sub>) |

57,77 0,00

Consumo Ecônômico (CO<sub>2</sub>) |

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

OK

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE <b>JOSE LEITE VIEIRA</b>		Nº DO PRONTUÁRIO <b>5179720</b>	Nº DO BE <b>406935</b>
NASCIMENTO <b>18/06/1969(51 ANOS)</b>		SEXO <b>M</b>	RACIOCOR <b>PARDO</b>
DOCUMENTOS <b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 74118501389</b>			
NOME RESPONSÁVEL <b>NI</b>		ENDERECO <b>RUA SABINO BATISTA 337 MONTE CASTELO</b>	
MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>	UF <b>CE</b>	CONTATO <b>(85) 99180-0629</b>	
CEP <b>60.326-170</b>			

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA <b>QUEDA DE MOTO</b>	MOTIVO <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	ESCALA DE SOC <b>99 (ADULTO)</b>
SINTOMAS <b>DOR NO MSE</b>		

PESO <b>NI KG</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>	SAT O2 <b>NI%</b>	PULSO <b>NI</b>	GLICEMIA <b>NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ALTERIAS <b>NAO</b>			
CLASSIFICAÇÃO <b>MARELO</b>	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>MARIA DALVANI BASTOS BARRETO</b>			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>12/07/2020 00:17:39</b>

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO:  
**07 MERGENCIA TRAUMATOLOGICA**

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Fratura 20 Minos distor.*

*20200227*

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

CID

DATOS SOLICITADOS:  
 HC    SU    US ABDOMINAL    TC CRANIO    RAI-O-X    OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Pz Punho E 10/10.</i> <i>Dr. Claudio Martins</i> <i>TRAUMATOLOGIA</i> <i>CREMEC 5888</i>	<i>CONFERE COM ORIGINAL</i> <i>21/07/2020</i>	

TIPO DE ALTA/SAÍDA

A  D  DECISÃO MÉDICA  A PEDIDO  EVASÃO  TRANSFERÊNCIA  INTERNAÇÃO ÓBITO:  ATÉ 48 HORAS  APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO:  FAMÍLIA  IML  ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por MARIA DALVANI BASTOS BARRETO em 12/07/2020 00:17:39

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

CONFERE COM ORIGINAL

JOSE LEITE VIEIRA  
*Daivaiva*  
04.885.197/00012-05  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578  
Messejana - Cep: 60.864-810  
Fortaleza - Ceará





5179720

PACIENTE

José Leitão Vieira, 51

DATA OPERAÇÃO

17/07/2002

ENFERMARIA:

LEITO

Dra. Vitoria

1º AUXILIAR

Dr. Wendel

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

Dra. Diana

TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

Fratura radio distal

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

Osteosíntese radio + rapido ligamentar

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA

NOME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

### Descrição da Operação

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISUAIS

- 1) Ret em DDH + biquinc plexo
- 2) Anexos + autotransf
- 3) Incisão volar da rede + checar por planos + revascular
- 4) Fixação el.01 placa p/ radio distal + 05 parafusos corticais 3,5mm
- 5) Rapido ligamentar radio carpo + upno pronador
- 6) Controle radiológico
- 7) Sutura por planos
- 8) Curativo

04.885.197/00012-05  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578  
Mesquita - Cep: 60.864-810  
Portalegre - Ceará

Wendel de Alcântara Mendes  
Ortopedista / Traumatologista  
CREMEC 1.752 / SBOT 16025

Gráf HDEBO-SAME-Desc. Oper. 0

CONFERE COM ORIGINAL  
28/07/2002



## RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

José Leite Vieira

PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
01/07/10	DATA DA ALTA 18/07/10	DATA DO RETORNO 24/07/10	MÉDICO(A) PARA REFERIR

### RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA - Dr. KALYAN

Peça visita na traumato  
tavera. T-A+ PUNHO

### DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL

Frat. Punho

ACESSÓRIO 1

ACESSÓRIO 2

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

### TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Trat cirúrgico na Frat. Punho

### TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

- Atm. mao. prescrita

CONDIÇÕES DA ALTA:

CURADO  MELHORADO  PIORADO  ÓRTOS  OUTROS

### OUTRAS RECOMENDAÇÕES

18/07/10

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Ronaldo Guedes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/CE: 17019



REFEITÓRIA DE FORTALEZA  
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmílson Barros de Oliveira  
Av. Presidente Tancredo Neves, 1171 - CNPJ: 04.885.970/012-01 - Massapê - CEP: 51.105-150

RECEITUÁRIO

NOME DO  
PACIENTE:

JOSÉ REITE VIEIRA

Morador mísimo

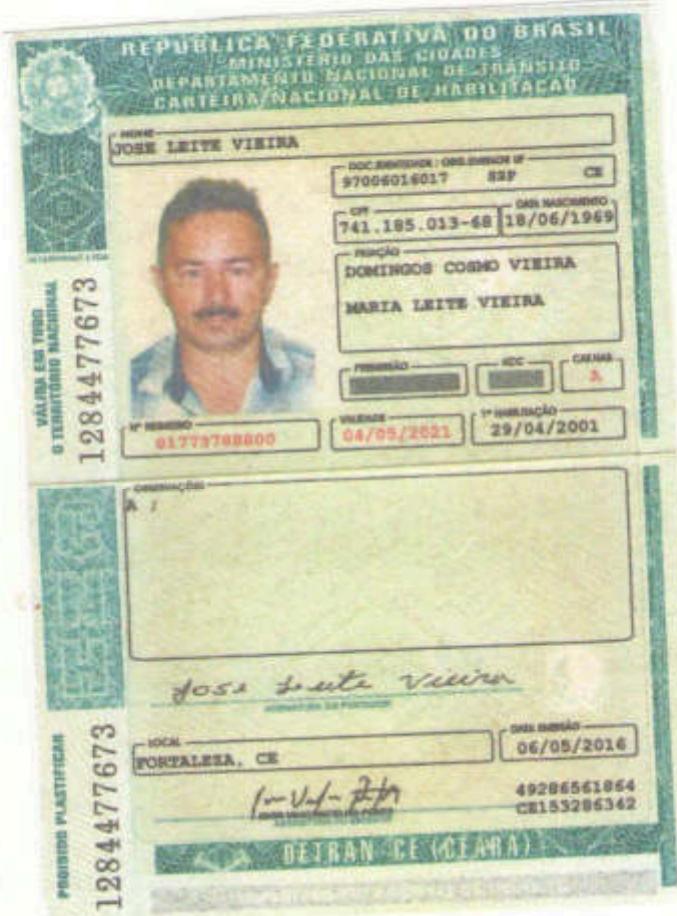
Atento que o paciente  
acima fai uso contínuo  
& cirurgia por fadiga  
de rodas de tot

Fazer-se a  
apertura

23/07/2010  
Fortaleza de 20  
06/2010



Valterno Pinheiro  
Traumatologista  
CRF-CE 6162



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM RMTRC EXERCÍCIO  
EMI101 549516450 0000000000 2019

JOSE LEITE VIEIRA

PACAJUS/CE

CPF / CNPJ  
74118501368

PLACA  
OSR9623

MARCA ANT / UF  
\*\*\*\*\*/CE

CHASSI  
9C2KC1670DR015376

ESPECIE TIPO  
PAG / MONT / TÍC / O / NBO / PTO

COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MODELO /  
MOTOR / 150 FAN ESI

ANO FAR  
2013

CAP. POT / CIL.  
2P/OCV/149CC

CATEGORIA  
ALUGUEL

COR PREDOMINANTE  
AMARELO

I COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC / COTAS

P FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

1º ISENTO

A 2º CONF

3º CERT

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80.11

0.32

03/03/2019

OBSERVAÇÕES

PACAJUS

LOCAL

Igor Monteiro  
Autônomo - Motorista



DATA / 08/03/2019

EXPEDIDOR

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 014419209611 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

74118501368

OSR9623

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

[www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

014419209611

86851684660

EXERCÍCIO  
2019 DATA EMISSÃO  
08/03/2019

VIA CÓD. RENAVAM  
74118501368

CPF / CNPJ

PLACA  
OSR9623

549516450

MARCA / MODELO  
HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAR  
2013

DATA BASE  
09

Nº CHASSI  
9C2KC1670DR015376

PRÉMIO TARIFÁRIO

FUN. R\$

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

36.05

4.01

40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0.32

0.32 - IOF (R\$)

0.32

0.32

0.32 - IOF (R\$)

PAGAMENTO

08/03/2019

COTA UNICA

PARCELADO

PARCELADO

COTA UNICA

PARCELADO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200365375      **Cidade:** Pacajus      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LEITE VIEIRA      **Data do acidente:** 11/07/2020      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 3

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288618/20

**Vítima:** JOSE LEITE VIEIRA

**CPF:** 741.185.013-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/07/2020

**Titular do CPF:** JOSE LEITE VIEIRA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOSE LEITE VIEIRA : 741.185.013-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/10/2020  
Nome: JOSE LEITE VIEIRA  
CPF: 741.185.013-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

---

JOSE LEITE VIEIRA

---

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA