



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01590196-3** em **01/12/2020 13:23:07**.
- 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 : 0261217-20.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01590196-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 01/12/2020 13:23:07

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* : 2769568_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2769568_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-10.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696440

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696440

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696440

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000046342-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696440

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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: 061.606.043-25 4 - Nome completo da vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA 6 - CPF: 061.606.043-25
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Bêbano 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-004
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98724186.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3281 CONTA: 463425
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA 31.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061.606.043-25 4 - Nome completo da vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA 6 - CPF: 061.606.043-25
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Beteleiro 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-004
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 987241586

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3281 CONTA: 463425
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA 31.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2019759681



BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 9932 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2019 10:49:45**
Data / Hora da Ocorrência: **07/09/2019 03:40:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD 085 PROXIMO AS PALMEIRAS, GARROTE - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA**
Nascimento: **20/01/1993** CPF:
RG: **20075088490** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MAIRA LUCIMAR DE JESUS DA SILVA**
VILMAR MARQUES DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA MANOEL FIRMINO , 6**
Bairro: **TABAPUÁ**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **AHJ6010** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9BWZZZ377VP620212 Renavam: **685388018** Tipo do Veículo:
AUTOMOVEL Marca / Modelo: **VW/GOL MI** Ano Fabricação: **1997** Ano
Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário:
RAIMUNDO NONATO COELHO Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrita, viajava em seu veículo já mencionado acima, quando este deu problema de mecânica; Que o declarante estacionou o carro no acostamento e deixou o mesmo to sinalizado e foi abrir o capô para ver o que tinha acontecido, quando um veículo de marca Fiat de placas que não sabe informar, colidiu na traseira do seu veículo; Que o declarante foi jogado pelo seu próprio carro; Que o Fiat parou e conseguiu ligar e saiu; que alguns amigos do declarante que vinha passando seguiram o carro e conseguiram aborda-lo; Que o motorista foi identificado pelo nome de Brasília residente na localidade de Matões; Que o declarante foi levado para o hospital por Municipal de Caucaia por uma Ambulância e seis dias depois foi transferido para o Hospital de Quixeramobim onde foi operado da perna direita.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Carlos Roberto de Jesus de Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

Impresso nº 2019759681



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 9932 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :


LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696440 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do platô tibial direito, conforme documentos de pronto atendimento de 07/09/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura com placa e parafusos, tratamento medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou alteração do mecanismo femorotibial com redução da força e mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no joelho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em joelho direito, em grau intenso, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Periciado relatou a existência de lesão no pé esquerdo, contudo, não apresenta documentação que informe que a mesma seja decorrente do acidente de trânsito em questão. Assim sendo, do ponto de vista clínico não é possível relacionar a referida lesão com o presente sinistro.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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: 061.606.043-25 4 - Nome completo da vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA 6 - CPF: 061.606.043-25
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: BENEDETO 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-004
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 98241586

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\$1.001,00 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 POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 463425 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concludendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo hereditário? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA 31.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 07/09/19	HORÁRIO: 05:28	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()									
PACIENTE: Carlos Roberto de Jesus de Oliveira											
NOME DA MÃE: Mãe Lucimar de Jesus da Silva											
DATA DE NASCIMENTO: 20/01/93	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: () SIM () NÃO									
IDADE: 26a	SEXO: M () F ()	RG: 20075088490									
TELEFONE: 91868501											
ENDEREÇO: Rua Manoel Firmino, Nº 06.											
BAIRRO: Bebedoura	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE									
FUNCIONÁRIO: he											
ACOLHIMENTO											
QUEIXA PRINCIPAL: Dor em M.D.											
CLÍNICO () CIRURGIÃO () TRAUMATOLOGISTA (X) PEDIATRA ()											
SINAIS VITAIS											
ESCALA DE DOR ADULTO											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL		
HORA: 05:30	PA: 140/80	TEMP:	SpO2: 100%	F.C: 94	GLICEMIA:						
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:						
VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()					COREN-CE 1758.896 Téc. Enfermagem						
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.											
HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:										
com Paciente com história de acidente de trânsito apresentando dor em perna direita e região dorsal. Neurológico preservado. Exames ao mal do joelho											
CD: Rx da perna Rx da coluna torácica											
DIAGNÓSTICO INICIAL:											
CONDUTA:											
EXAMES SOLICITADOS:											
LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS () ()											
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:											
A Rosana											

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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000046342-5

Nr. da Autenticação 0A0C3E0D3273EA4F

Nº do Cliente:

9681143

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

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 029449826

Rota CA020U08 - 44200

Referência 10/2019

Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Endereço RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE

SOLEDADE, 61603-070, CAUCAIA

Classificação Residencial Pleno

Emissão 29/10/2019

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL

Medidor 4733582-FAE-643

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

2F168B84D0E62B57D016A30D815041A

DATAS DE LEITURA P.F.: 32 dias

Anterior 27/09/2019 Atual 29/10/2019 Próxima prevista 28/11/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fet. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3,694	3,592	1,00	102	00	102	0,72667	74,12

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,85
JUROS MORATÓRIOS	-	0,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01853	1,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00490	0,50
CONSUMO	0,72667	74,12

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	76,51	27,00	20,65
PIS	76,51	0,03	0,02
COFINS	76,51	0,14	0,10

VENCIMENTO 05/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

97,72

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 420.119.223-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

0,00%

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂) 0

39,82 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/09 - 30/09 Amarela :
01/10 - 29/10

Nº do Cliente: 9681143

Referência: 10/2019

V: [1.0.0.5]

Data de Emissão: 29/10/2019

Total a Pagar (R\$): 97,72

065 - 0051472918

Nº da Nota Fiscal: 029449826

Nº de Controle: 20003772637

83800000000 9 97720031020 3 00377263707 0 00009681143 9



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS ROBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.606.043-25

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS ROBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.606.043-25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>PAULO GOMES DA SILVA</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>PARQUE SOLEDADE</u>	Cidade: <u>CAUCAIA</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61603-070</u>	Tel. (DDD) <u>97241586</u>

Local e Data: CAUCAIA 31.10.2019.

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 07/09/19	HORÁRIO: 05:28	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()								
PACIENTE: Carlos Roberto de Jesus de Oliveira										
NOME DA MÃE: Mãe Lucimar de Jesus da Silva										
DATA DE NASCIMENTO: 20/01/93	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: () SIM () NÃO								
IDADE: 26a	SEXO: M () F ()	RG: 20075088490	TELEFONE: 91868501							
ENDEREÇO: Rua Manoel Firmino, Nº 06.										
BAIRRO: Bebedoura	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE	FUNCIONÁRIO: he							
ACOLHIMENTO										
QUEIXA PRINCIPAL: Dor em M.D.										
CLÍNICO () CIRURGIÃO () TRAUMATOLOGISTA (X) PEDIATRA ()										
SINAIS VITAIS										
ESCALA DE DOR ADULTO										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL	
HORA: 05:30	PA: 140/80	TEMP:	SpO2: 100%	F.C: 94	GLICEMIA:					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:					
VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()					COREN-CE 1788.896 Téc. Enfermagem					
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.										
HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:									
com Paciente com história de acidente de trânsito apresentando dor em perna direita e região dorsal. Neurológico preservado. Exame físico normal do joelho.										
CD: Rx da perna Rx da coluna torácica										
Eduardo B. Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM. 14846										
DIAGNÓSTICO INICIAL:										
CONDUTA:										
EXAMES SOLICITADOS:										
LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS ()										
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:										
A Rosana										

**SUS**Sistema Único
Ministério da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAHORS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE ABELARDY
GADELHA DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos Roberto de Jesus

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

35265

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/02/93

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MIRIAM LUCIANA DE JESUS SILVA

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

91 808509

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Manoel Firmino 06 BEBEDOURO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cucui

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

23.03.70

15 - UF

61600060

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃOPaciente vítima de acidente automobilístico apresentando
dor e limitação de amplitude de movimento do joelho
direito. Nervos lesados.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de plavêlo fibular D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

Ficuma

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0308010019

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Eduardo B Oliveira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/09/15

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Eduardo B. Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14846**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

19/09/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Dr. Vanderlan Fecchi
Médico Autor
CRM 8242

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

231910105669-0



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 35265

NOME: <i>Carlos Roberto de Jesus</i>					
DATA DE NASCIMENTO: <i>20-01-93</i>	IDADE: <i>26A</i>	COR: <i>M</i>	SEXO: <i>M</i>	ESTADO CIVIL: <i>SOLTEIRO</i>	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE: <i>20075088490</i>		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: <i>VILMIR MENEZES DE OLIVEIRA E MARCELIANA DE JESUS</i>					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <i>Immanuel de Jesus</i>					Nº
BAIRRO: <i>Bebedouro</i>	MUNICÍPIO: <i>CAUCAIA</i>			FONE: <i>91868509</i>	
NOME DO RESPONSÁVEL: <i>Rosana Vieira da Silva</i>					FONE:
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: <i>07 09 19</i>		HORA DE EMISSÃO: <i>07 28</i> h		FUNCIONÁRIO: <i>JAIR</i>	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO:					
<i>Paciente vítima de acidente com dor</i>					
<i>e deformidade em joelho D.</i>					
EXAME FÍSICO:					
<i>Dor</i>					
<i>Edem.</i>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
<i>Fratura de plaveto lateral D</i>					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
Eduardo B. Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM: 14846					
ASSINATURA					



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
HOSPITAL MUNICIPAL DR ABELARDO GADELHA DA ROCHA

EVOLUÇÃO TRAUMATOLOGIA 12.09.2019 8:13

LEITO 402

PACIENTE: CARLOS ROBERTO DE JESUS, ENTRADA EM 07/09/2019 POR:

- **FRATURA DE PLANALTO TIBIAL D**
- **EM USO DE: SINTOMATICOS**
- **COMORBIDADE: NDN**

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUINDO BEM, ESTÁVEL E SEM QUEIXA DE DOR, ACEITANDO DIETA, EXCRETAS PRESENTE.

CONDUTA:

1) MANTIDA + AGUARDA VAGA DA CENTRAL

diag, conseguiu vaga em HRSC

Francisco Ferreira Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 20334



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

CINQUE ZOBGATU

Receituário

Rx JOE @CAPIT

3342.8113

R. Napoleão Bonaparte
Viana Pa. Soledade, 36
Cidade de Caucaia
Cidade de Caucaia
Cidade de Caucaia

Dr. Leonardo de
Oliveira
Cidade de Caucaia

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

CAMARÁ ROBERTO

Receituário

Rx

Osso (Jenno)

① Diprospan 500mg —

Tomar 2 comp 8/8h, se dor

3342.8113 —
R. Napoleão Bonaparte
Viana Pa. Soledade, 36
Caucaia - Ce
Hospital Regional Dr. Abelardo
Caucaia - Ce

22 OUT. 2019

Dr. Roberto

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA
Idade 26 ano(s) 7 mes(es) e 30 dia(s) **Sexo** Masculino **Pront.** 17403
Endereço MANOEL FIRMINO **BEBEDOIRO**
Num: 06 **CEP:** 61676-899 **UF:** CEARÁ **Cidad** CAUCAIA

Localização

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- **Enfermari** 05 **Leito** 419
Internação 12/09/2019 12:25 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, APOS OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA PLATO TIBIAL, EM BOM ESTADO GERAL, AFEBRIL, FO LIMPA E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS, SEM SINAIS DE TVP, EUPNEICA, NORMOTENSA. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, ANTIBIÓTICO VIA ORAL PROFILÁTICO, PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO (MECÂNICO – CINESIOTERAPIA E XARELTO); CUIDADOS COM CURATIVO DIÁRIO; MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO (PÉ, TORNOZELO, JOELHO, QUADRIL); MOVIMENTAR JOELHO CONFORME DOR; NÃO PISAR COM O MEMBRO OPERADO ATÉ SEGUNDA ORDEM. RETORNO COM 02 SEMANAS. SOLICITADO RX DE CONTROLE.

Exames

rx

Terapêutica

tto cirurgico de fx de plato tibial

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Condições de

Melhorado

Data Programada da 19/09/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 19/09/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050551	Procedimento Eletivo	17/09/2019 19:20	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	GEORGE WALLACE FREIRE ALVES

Dr. Fco. Jose Frota
Prado Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13246

Paciente CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA
Idade 26 ano(s) 7 mes(es) e 30 dia(s) **Sexo** Masculino
Endereço MANOEL FIRMINO
Num: 06 **CEP:** 61676-899 **UF:** CEARÁ

Pront. 17403
BEBEDOURO
Cidad CAUCAIA

Localizaça

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- **Enfermari** 05 **Leito** 419
Internaça 12/09/2019 12:25 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

ATESTADO MÉDICO

0

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO
POR 60 (sessenta) DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

582.

Dr. Fco. José Faria
Otorrinolaringologista
CRM 13245



DATA: / 19/09/19

MÉDICO | CREMEC



HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL

CONTATO
(88) 34061300



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Paciente:

Carlos Zoberto de Jesus

Médico:

Especialidade:

Horário:

13:00

Data:

03/10/2019

☐ Seg ☐ Ter ☐ Qua ☒ Qui ☐ Sex ☐ Sáb ☐ Dom

| HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL | RODOVIA CE 060 KM 198 - ESTRADA DO ALGODÃO |
QUIXERAMOBIM/CE | CEP: 63.800 - 000 | CNPJ: 05.268.526/0016 - 57 |

Prefeitura Municipal de Caucaia
Secretaria de Saúde
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha

NOME: Carlos Roberto da Silva Oliveira		IDADE:
DIAGNÓSTICO/MORBIDADES: Isquemia		DATA: 11/09/19
ESPECIALIDADE: Cirurgia		LEITO: 402
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
EVOLUÇÃO DIÁRIA		PRESCRIÇÃO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☒ VERBALIZA ()		
() TORPOROSO () COMATOSO () DESORIENTADO () GEMENTE		M T N
AVALIAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		
SSV: / / H		
PA: PULSO: T: SAT: FR:		
ACESSO VENOSO: ☒ AVP. LOCAL: M56 DATA: 09/09 TROCA: 12/09 () FLOGOSE		
CATETER CENTRAL: INSERÇÃO: / RETIRADA / () FLOGOSE		()
CURATIVO CICC		
RESPIRAÇÃO: ☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO () CIANÓTICO		
DISPOSITIVOS: () NBZ () CATÉTER () MV % () TQT () DRENO TÓRAX () RESERV. 100%		()
TROCA DE SELO D'ÁGUA DO DT:		()
TROCA DE LATEX E CHICOTE		()
LIMPEZA DE CÂNULA DE TQT		
MOBILIZAÇÃO: () DEAMBULA () DEAMBULA COM AUX. ☒ RESTRIÇÃO AO LEITO () ACAMADO		
ESCALA DE BRADEN: PONTOS		
MUDANÇA DE DECUBITO: / H		
UPP: GRAU/ BORDAS: SECREÇÃO: () NECROSE		()
CURATIVO DE UP: COBERTURA:		
NUTRIÇÃO: ☒ VO : ACEITAÇÃO ☒ ☒ () SNG () SNE () GTT		

TROCA DE FIXAÇÃO DE SNG/SNE	()
CURATIVO DA GTT	()
EVACUAÇÃO: ☒ PRESENTE () AUSENTE: _____ DIAS () DIARRÉIA () MELENA () OSTOMIA	
CARACTERÍSTICAS DO ÓSTIO: _____	()
TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA: (/ /)	
DIURESE: ☒ ESPONTÂNEA () SVD INSERÇÃO: / / RETIRADA: / / () CISTOSTOMIA	
CARACTERÍSTICAS DIURESE: _____	()
TROCA DE FIXAÇÃO DE SVD + LIMPEZA DO ÓSTIO URETRAL	()
CURATIVO DE CISTOSTOMIA	18 06
BALANÇO HÍDRICO	()
HIGIENE: () ASPERÇÃO () BANHO NO LEITO/ HIGIENE ORAL	
PELE: ☒ ÍNTEGRA () SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE LOCAL: _____	
INTENÇÃO: _____ / EXTENSÃO: _____ () SECREÇÃO () NECROSE	()
CURATIVO FERIDA: COBERTURA: _____	

2 OU MAIS SINAIS DE SIRS
ABRIR PROTOCOLO PARA SEPSE:

- () Hipertermia 37,8 C
- () Hipotermia < 36,0 C
- () FR >20 rpm
- () Leucocitose >12000/mm³
- () Taquicardia
- () Taquipnéia

INTERCORRÊNCIAS/INTERVENÇÕES:

Reduzido os trocos de curativos na bolsa distal usando com SF 0,9% coberturas com opaco e iodado.

Cic. enf: Wanmielly Rodrigues
ENFERMEIRO COREN

Wstiane
M^{te} de Sousa Rosa
EN - CE: 258.447 - ENF



SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: CARLOS ZILBERTO DE JESUS	LEITO: LEITO 402	MEDICAÇÕES	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
11/09/2019	1) DIETA GERAL		SND	Cir 10:50 horas; Paciente
9:10	2) DIPIRONA 2:18 ML AD EV 6/6H S/N		SN (15-10) (separado)	voltou consciente, orientado,
	3) CETOPROFENO 100MG + 100ML SF0,9% EV DE 12/12HS S/N		SN (24-10)	tudo, eupneico, verbosidade,
	4) BROMOPRIDA 2:18 ML AD EV 8/8H S/N		SN	ligando, rebitos ao leito, AVP em MSE (09/08),
	5) OMEPRAZOL 20MG 1CP JEIUM		Ø6"	aceita parcialmente dieta oferecida, diurese presente, evacua-
	6) OLEO MINERAL 10ML VO 12/12H SE CONSTIPAÇÃO		SN	cão ausente. Ausência de algia em MSD. Segue
	7) TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8HRS S/N		SN	bem cuidados de enfermagem. PA= 130x90 mmHg
	8) CAPTOPRIL 25MG 1 CP VO SE PA >= 160X100MMHG		Rotina!	T= 35,0°C. Est. Tec de
	9) SSVV + CCGG		(19) R	temperatura m ^a retal normal.
	10) CLEXANE 40MG SC 1X DIA AS 18H		Kryshane M. de Sousa Rosa COREN CE: 258.347 - ENF	Alergias —
				AS 16:00 P.A = 130x80 mmHg
				P = 94 Bpm T° = 35,5°C
				Alto risco paciente com alteração de nível de consciência

De Brief latere Postulne

Al 2^{do} frente concierne
a puentes, calzadas y
dembelaciones de la Vía
de la Compañía.
El Estado de Guadalupe de
la Compañía



PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: CARLOS ZILBERTO DE JESUS

LEITO: LEITO 402

HD: FRATURA DE PLANALTO DIR

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA

[illegible]



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

CAMILA ROBERTO

Receituário

- 20 sessões F120
- FX PLAT TIB @
EM CONSULTORIA
- ADM + ALG GESIA

3342.8113
R. Napoleão Bonaparte
Viana Pq. Soledade, 36
Caucaia-Ce
Hospital Municipal Dr. Abelardo
Lima da Rocha

Dr. Leandro Rêgo

22 OUT. 2019

112121

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

CARDOSO ROBERTO

Receituário

Rx

Osio (atenção)

① Dipirona 500mg —

TOMAR 2 COMP 8/8h, se dor

3342.8113 —
R. Napoleão Bonaparte
Viana Pa. Soledade, 36
Caucaia-Co
Hospital Unimed Dr. Abelardo
Caucaia-Co Fone

22 OUT. 2019

012121

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194686

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FILS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 1.396/64)



ASSINATURA DO PORTADOR

GAB

OBSERVAÇÕES



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 34130

SOME
JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

FILIAÇÃO
FRANCISCO OTAVIANO DE AZEVEDO
MARIA LUZANIRA LUZ DE AZEVEDO

NATURALIDADE
PENTECOSTE-CE

DATA DE NASCIMENTO
23/12/1975

RG
90002287191 - SSP

CPF
420.118.223-72

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO

VIA
02 07/07/2016

MARCELO MOTA GURGEL DO AMARAL
PRESIDENTE

PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Roberto de Jesus de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Beberibeiro, nº —, bairro —, Município de CAUCAIA, Estado de(o) Ceará, Cep: 61.600.004, portador(a) do Rg nº 200750884910, SSP/..... e CPF nº 061.606.043.25.

Outorgado: **JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o ° 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, 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) Carlos Roberto de Jesus de Oliveira, ocorrido em 07/09/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo:

INVALIDEZ PERMANENTE

Podendo dito procurador, 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.



Caucaia, 29, de outubro de 2019.

Assinatura: Carlos Roberto de Jesus de Oliveira
Nome do Outorgante: Carlos Roberto de Jesus de Oliveira
CPF nº 061.606.043.25



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura
indicada de **CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA**.

Dou Fé, **Caucaia-CE**, 29 de outubro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Luana Soares Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

CPF: 062.848.223-08
Escrevente Autorizada



Confira os dados do ato em:
selodigital.tce.jus.br/portal



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448831/19

Número do Sinistro: 3190696440

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

CPF: 061.606.043-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/09/2019

Titular do CPF: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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

Data da apresentação: 21/08/2020

Nome: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

CPF: 061.606.043-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2020

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427333/19

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIR

CPF: 061.606.043-25

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/09/2019

Titular do CPF: CARLOS ZOBERTO DE
JESUS DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

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

CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA : 061.606.043-25

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

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS