



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLONOPOLE/CE

Processo: 00001055220198060168

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO IRIS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/07/2018**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

#### **DO MÉRITO**

#### **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

#### **DO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO ILEGÍVEL**

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO na data do acidente.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

OBSERVA-SE QUE A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ACOSTADA ENCONTRA-SE ILEGÍVEL, NÃO SENDO POSSÍVEL IDENTIFICAR A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, A QUEIXA E O DIAGNÓSTICO.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados e a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja requerido ao autor a apresentação da documentação legível do Hospital Maternidade Maria Suelly Nogueira Pinheiro, já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

**DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

**DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

***“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”***

---

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL**

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, conseqüentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP,



Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>4</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>5</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>6</sup>.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

<sup>4</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.” (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>5</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>6</sup> art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SOLONOPOLE, 27 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**

### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde 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, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

## TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO IRIS DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SOLONOPOLE**, nos autos do Processo nº 00001055220198060168.

Rio de Janeiro, 27 de novembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



## 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 **WSOL.20.00170372-2** em **07/12/2020 12:34:15**.
- 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** : Solonópole  
**Processo** : 0000105-52.2019.8.06.0168  
**Protocolo** : WSOL.20.00170372-2  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Acidente de Trânsito  
**Data/Hora** : 07/12/2020 12:34:15

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

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

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

**Petição\*** : 2770820\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
**Documentação** : 2770820\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-11.pdf  
**Documentação** : 2770820\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 12-18.pdf  
**Documentação** : 2770820\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 19-27.pdf  
**Documentação** : 2770820\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 28-33.pdf  
**Documentação** : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-4.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf  
**Documentação** : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

### Downloads

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

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO IRIS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180439311**

Vitima: **ANTONIO IRIS DA SILVA**

Data do Acidente: **21/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180439311**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13395268



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO IRIS DA SILVA**

Sinistro: **3180439311**  
Vítima: **ANTONIO IRIS DA SILVA**  
Data do Acidente: **21/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180439311** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO IRIS DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180439311**  
Vitima: **ANTONIO IRIS DA SILVA**  
Data do Acidente: **21/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180439311**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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 173278558-90	Nome completo da vítima Antonio Iris da Silva
--------------------------------	-------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Antonio Iris da Silva		CPF titular da conta 173278558-90	Profissão pedreiro
Endereço Rua Maria Julia P. Landim		Número 2188	Complemento —
Bairro Santa Teresa	Cidade Solonopole	Estado CE	CEP 63620-000
Email diogeneseazevedo@gmail.com			Telefone (DDD) 88-999200771

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>BANCO</b> Nome Banco do Brasil S.A.		NRO 001	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 1150	D/V 9	<b>CONTA</b> NRO. 13909	D/V 2
(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.

20 SET. 2018

Solonopole-CE 13 de Setembro de 2018

Local e Data

Antonio Iris da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

24/07/2018 - BANCO DO BRASIL S.A.  
0115072818 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.14.26

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1150-9 CONTA: 13.900-2  
CLIENTE: ANTONIO IRIS DA SILVA

---

IA CORRETORA DE SEG. LTDA.

2.0 SET. 2018

---



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 396 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **23/07/2018 15:15:53**Data / Hora da Ocorrência: **21/07/2018 19:20:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO NOBREZA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **SOLONOPOLE/CE**Ponto de Referência: **APOS A PONTE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ANTONIO IRIS DA SILVA**Nascimento: **15/07/1974** CPF:RG: **247780364**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA IVANNETE DA SILVA****LUIZ LIMA DA SILVA**Endereço: **RUA MARIA JULIA PINHEIRO LANDIM, 2188**Bairro: **SANTA TEREZA**Município: **SOLONOPOLE/CE**CEP: **63.620-000**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99735-6968****Histórico**

AFIRMA O REGISTRANTE QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL ACIMA REFERIDOS ESTAVA INDO GUIANDO SUA MOTO DE PLACA PNI 4044/CE, COM CHASSI Nº 9C2JB0100HR264801, LICENCIADA EM SEU NOME, QUE SE DESTINAVA AO DISTRITO DE CANGATI, QUANDO APÓS A PONTE DA NOBREZA NA ZONA RURAL DESTE MUNICÍPIO (SOLONOPOLE/CE), UMA VACA DE COR ESCURA ATRAVESSOU A PISTA DA ESQUERDA PARA DIREITA, E QUE NÃO FOI POSSÍVEL O REGISTRANTE DESVIAR, VINDO A COLIDIR NO CITADO ANIMAL, COMO CONSEQUÊNCIA TEVE UMA PANCADA FORTE NO BRAÇO DIREITO, CAUSANDO INCHAÇO. NADA MAIS DISSE DANDO-SE POR ENCERRADO ESTE BO.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**JOSÉ IRAPUAN GUERRA PESSÔA  
**JOSÉ IRAPUAN GUERRA PESSÔA - MAT.: 012816-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**ANTONIO IRIS DA SILVA**VISTO DO DELEGADO(A) :**Pollyana**POLLYANA MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313**

**AUTENTICAÇÃO**  
Autenticado a presente original por meio de reprodução fiel do original em que foi registrado. Dou fé.  
Solonopole, 24/07/2018.  
Em testemunho da verdade:  
☐ José Fernandes Filho - Titular Intendente  
☐ Ana Teima Pinheiro - Substituta  
☐ Diana Maria Pinheiro - Substituta  
☒ Maria Célia Pinheiro - Esc. Comp. Inform. e Autenticação  
☐ Isabela Pinheiro de Moraes - Esc. Autenticação

**LÍBIA CORRETOURA D:****20 SET. 2018****Ass:**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Iris da Silva

CPF da Vítima

173278558-90

Data do Acidente

21.07.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Antonio Iris da Silva

CPF do Representante legal

173278558-90

Email

diogenesazevedo@gmail.com

Telefone (DDD)

88-999200771

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Solonopole - CE, 13 de Setembro de 2018

Local e Data

20 SET. 2018

Antonio Iris DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ass:

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal




ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – D.P.I.  
15ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

C E R T I D A O

**MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR**, Escrivão de Polícia Civil, Matrícula 135490-1-x, em exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, no uso de suas atribuições legais, etc...

**CERTIFICA**, para os devidos fins e efeitos legais que nas cidades de Milhã, Deputado Irapuan Pinheiro e Solonópole não possuem Defesa Civil, Anjos do asfalto, corpo de bombeiros e Polícia Rodoviária Federal, onde somente na cidade de Solonópole existe o SAMU; Que em razão dos acidentes de trânsito acontecerem na maioria dos casos em área rural, não são comunicados a Polícia Militar e Civil, onde muitas vezes a vítima é socorrida por populares, quando não a própria pessoa vai sozinha para o hospital. Assim sendo, nos baseamos na declaração da vítima e testemunhas, bem, como na declaração médica que atesta o acidente. Vale ressaltar que nós na condição de funcionários Públicos não podemos negar em fazer os registros. O referido é verdade, dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, aos três (03) dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatorze (2014)

  
MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR

**Escrivão de Polícia**

Miguel Arcanjo Frota Júnior  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA 135490-1-X

**LIBIA CORRETORA DE SÊG. LTDA**

**20 SET. 2018**

# 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: 26/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ANTONIO IRIS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000000013909-2

---

Nr. da Autenticação DDCC5A1F9DEE6A0D



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO  
Av. Cachoeira Riacho do Sangue, 167 - Centro - Solonópole/CE  
Cep.: 63.620-000 - CNPJ: 07.852.676/0001-52  
Fone: (88) 3518-1327 / (88) 99690-0842  
E-mail: saasolonopole@gmail.com

DISCOPÇÃO 0000939.7 CLASSE PAR R-1 RES COM UNO PUB OUT 07/2018  
HIDROMETRO A08F185320 INSTALAÇÃO 11/08/09 LOCALIZAÇÃO 00.00.03.0000005230 FATURA 180027314

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ANTONIO IRIS DA SILVA  
RUA MARIA JULIA P. LANDIM 2188, SANTA TERESA  
CEP: 63.620-000 SOLONOPOLE-CE

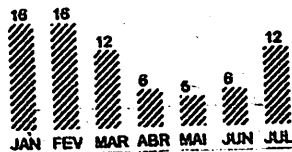
SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	TARIFA DE AGUA	01/01	31,95
16	MULTA POR ATRASO - 06/2018	01/01	0,91
17	ENCARGOS (06/2018) 6 DIAS	01/01	0,06

HIDROMETRIA

ULTIMOS CONSUMOS

LEITURA DATA  
ANTERIOR.: 2168 21/06/18  
ATUAL.....: 2178 21/07/18  
CONSUMO...: 12 DIAS:30  
LEITURISTA: 16 OCO:00



MÉDIA: 10 m³

VENCIMENTO 10/08/2018 VALOR R\$ 32,92

Á água é um dos principais elementos da natureza.  
Não podemos viver sem ela. Evite o desperdício...



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO  
Av. Cachoeira Riacho do Sangue, 167 - Centro - Solonópole/CE  
Cep.: 63.620-000 - CNPJ: 07.852.676/0001-52  
Fone: (88) 3518-1327 / (88) 99690-0842  
E-mail: saasolonopole@gmail.com

DISCOPÇÃO 0000939.7 CONSUMIDOR ANTONIO IRIS DA SILVA 07/2018  
VENCIMENTO 10/08/2018 VALOR R\$ 32,92

SAAE

0000939.07.18.180027314

82660000000-2 32920270000-4 09390718180-9 02731400004-6



151A CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018





Esta é a segunda via de

**JUL/2018**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**8250472** DV **5**

VENCIMENTO  
**15/08/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**217,00**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **534988245**

**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 18 014050 18 0272150

Medidor

Poste

Nome KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

8016258

0000 A02N

Endereço Postal

End. da Unidade

RU JOSE CAVALCANTE 00157 00157 CS 2 CENTRO SOLONOPOLE

Consumidora

63620000

RG / CPF / CNPJ

882.950.013-53

CGF

Classe

01-RESIDENCIAL, TRIFASICA

Fator de Potência

0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP

4052

3822

1

230

0

230

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

Quantidade ☒

Tarifa ☐

Valor (R\$)

ENERGIA

CONSUMO

230

0,80745

185,71

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/  
Apresentação

Prev. Próxima  
Leitura

26/07/2018

27/08/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

5102.09FE.71A2.0814.41EA.AC03.F301.C78A

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)

185,71

Alíquota

27%

Valor do Imposto

50,14

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	68,21
TRANSMISSÃO	7,27
DISTRIBUIÇÃO	38,87
ENCARGOS SETORIAIS	10,42
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	60,94

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

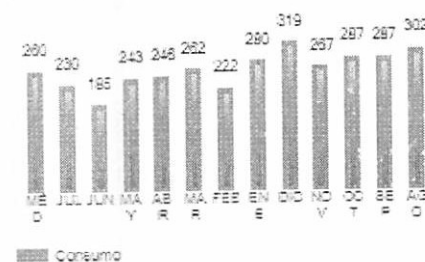
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 58,16

Conjunto SOLONOPOLES

Mês MAI/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

**8250472-5**

N° da Nota Fiscal: **534988245**

Total a Pagar (R\$): **217,00**

Data de Emissão:

**20/08/2018**

Referência: **JUL/2018**

N° de Controle:

IA CORRETORA DE SE

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

**20 SET. 2018**

ASS:

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kellyton Azevedo de Figueiredo inscrito (a) no CPF/CNPJ 882950013 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Iris da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 173278558 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Antonio Iris da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 173278558 / 90, 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>Rua Jose Cavalcante</u>		Número <u>157</u>	Complemento <u>casa 2</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Solonopole</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63620-000</u>
Email <u>diogeneseazevedo@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>88-999200771</u>	Telefone celular (DDD) <u>88-997194143</u>

Solonopole-CE, 13 de Setembro de 2018  
Local e Data

Kellyton Azevedo de Figueiredo

Assinatura do Declarante

LÍDER CORRETORA DE SEG. LTD.A

20 SET. 2018  
DLDR1002 V001/2017

ASS:



45

HORA: 19:35h

**SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO**

NºCAD/SUS	DATA: 21/07/2018	Leito de Observação:
Médico Plantonista: DR. SAMUEL	Enfermeira Plantonista: ROMEIDE	
Pressão Arterial: 160 x 90 mmHg	Temperatura:	Pulso: 24.07.18

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Antonio Iria da Silva	Endereço: R. Ma Julia Dinhu Landim		
Sexo: (X) MASC ( ) FEM	Idade: 44a	Estado Civil: casado	Profissão: Pedreiro
Naturalidade: Solonópole			

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**

**Queixa Principal:** Acelera de movimento, colisão

**História da doença atual:** com anormal, refer -  
Dor pm MSD e MID, mesa dispm, afec,  
vômito, perda da consciência.

**Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.**

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Espontaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	15
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

**Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.**

**Exame Físico:** PIR, si refut mops  
Acrítico local  
abau know  
Ext: elim de mid e MSD  
+ imobilidade

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

20 SET. 2018

**Impressão Diagnóstica:**

Fratura do antebraço D?

Dr. Samuel Soares  
Médico  
CREMEC 19340

# Prescrição Médica

## Anotações de Enfermagem

① Dipirona 2:18, EV, am 500mg  
 ② cataprazina 100 mg, 1 am 250

③ Paracetamol  
 Dr. Samuel Soares  
 Médico  
 CREMEC 19340

antebaco D

e fêmur D!

④ Após analgésicos 1 hora  
 sem febre - a no man  
 evento imobiliza o membro  
 Depressão e apatia  
 → Alta Hospitalar

Dr. Samuel Soares

COPIAR



Autentico a presente ordem por ser verdadeira  
 e fiel reprodução do original  
 21/07/2018  
 em cartório  
 José Fernandes Silva - Tabelião Substituto  
 Ana Tereza Pinheiro - Substituto  
 Diana Maria Pinheiro - Substituto  
 Maria Celia Pinheiro - Esc. Compromissos  
 Maria Celia Pinheiro - Esc. Adv. Adv.  
 Vaga - Substituto com 24 de validade

ASS.

20 SET. 2018

20 SET. 2018



PREFEITURA  
**SOLONÓPOLE**  
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA  
SAÚDE**

## RECEITUÁRIO

Antônio Luis da Silva

Sauv

0) Doença de antebrazo  
direita Ap e perfl

Dr. Samuel Soares  
Médico  
CREMEC 19940

*[Signature]*  
21/07/18

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará  
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)

MA CORRETORA DE SEG. LID

20 SET. 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Antônio Irui da Silva  
#Relatório médico  
Paciente refere que se trata  
em 22/07/18, tendo portado de  
porbo limbo, realizando  
tratamento cirúrgico neste serviço.  
No momento tem alta ambulatorial  
CID = S52.5

09/11/2018

Dr. Rodrigo Tavares  
Propriedade e Responsabilidade  
Data: 09/11/2018

"COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA."



PREFEITURA  
SOLONÓPOLE  
CONSTRUINDO O FUTURO

SECRETARIA DA  
SAÚDE

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o  
Sr. Antônio Irui da Silva realizou  
tratamento fisioterapêutico durante  
um período de 2 (dois) meses, após  
prática de radio D. No entanto o  
mesmo permanece com sequelas (SM  
reduzida para os movimentos de fle-  
xão e extensão do punho D).

Dr. Rodrigo Tavares  
Propriedade e Responsabilidade  
Data: 13/11/18

13/11/18

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará  
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA  
DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO  
FONE: (88) 3441.1353- FAX: (88) 3441.4009- e-mail: hosp.regional@hotmail.com  
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: ANTONIO INIS M SILVA Nº REG: 114.090  
DATA NASCIMENTO: 15/07/74 IDADE: 44 COR: parda SEXO: F ( ) M (X)  
EST. CIVIL: casado NATURALIDADE: Solonopole NACIONALIDADE: Brasileiro  
CNS: 704303534940096 DOCUMENTAÇÃO RG: 24.778.036-4 SSP/CE  
PROFISSÃO: Peixeiro TELEFONE: (88) 9711115.  
ENDEREÇO: Rua nº Julia Pinheiro Landim Nº 2188  
BAIRRO: Planalto Santo Terço CIDADE: Solonopole UF: PE  
PAI: Luiz Lima da Silva  
MÃE: Maria Luanna de Oliveira  
RESPONSÁVEL: Dnº claudia de a nag de S. TELEFONE: ( )  
JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL? - ANO: - MÊS: -

SUMÁRIO DE HDA:

Perito asper evidente el fratura-luxação no do  
punho D dia 24/07/18. Um laço ao hospital por  
vócio. Anomalia visível

EXAME FÍSICO:

Perito em data po e el com o do pul pl  
Anomalia visível

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO:

Fratura do punho D

Daniel Ayremoraes Batista  
Ortopedia e Traumatologia  
ASSINATURA: DR. DANIEL AYREMOARES BATISTA

016.088.263-07

CPF SOLICITANTE

CADASTRO DA AIH:

DATA INTERNAÇÃO: 27/7/18 HORA: 10:20  
CLÍNICA: <sup>trauma</sup> ~~clínica~~ CARATER ATENDIMENTO:  
DATA SAÍDA: 28/07/2018 HORA: 12:00  
CÓDIGO: 0408020245  
CID PRINCIPAL: S628 CID SECUNDÁRIO:  
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM ☐ NÃO ☒  
PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408020245  
PROF. EXECUTANTE: Dr. Daniel  
CBO: 225270 CNES: 2328380  
PROF. EXECUTANTE: Dr. Vicente  
CBO: 225251 CNES: 2328380

REVISÃO ☒ SISAIH01 ☒ MÊS: Agosto 18  
HEMOCE ☐

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO ☐ MELHORADO ☒ EVASÃO ☐  
A PEDIDO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐

UNISUS WEB

CODIGO DA SOLICITAÇÃO: 34360017281  
DATA INTERNAÇÃO: 27/07/2018  
DATA ALTA: 28/07/2018  
NUMERO DA AIH: 2318106283867





# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Alto do Boqueirão, s/n- Fone: (88)3441.1353-3441.4009-E mail: hrpn2017@gmail.com Quixeramobim-Ce



LAUDO  
MÉDICO PARA  
EMIÇÃO DE  
AIH

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital Regional Dr. Pontes Neto		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO INIS DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 119.090	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 1210141310131513141914101019161		8 - DATA DE NASCIMENTO 1215-10171974	
9 - SEXO Mas.: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem.: <input checked="" type="checkbox"/> 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARCIA IVANNETE DO OLIVEIRA	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Maria Julia Pinheiro Lantim 2388 Planalto St. Teófilo		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Solonopole		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF 10101		16 - CEP 1631621010101	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Ponto de fratura - lesão no punho (D) ops acidente no dia 21/07/18			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura do punho (D)			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Ra + exame clínico			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do punho (D)	21 - CID 10 PRINCIPAL 552.5	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO HOSPITALAR		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 04108020045	
26 - CLÍNICA OL	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTOS ( ) CNS (X) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 1011608181263101
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE DANIEL AYREMOARES MATIAS		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/7/07/18	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Daniel Ayremoraes Batista Ortopedia e Traumatologia CREMER 13633
PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



## FOLHA DE OPERAÇÃO

ANTONIO IRLS DA SILVA			Nº REG.
DATA OPERAÇÃO	27/07/18	ENF.	LEITO
OPERADOR Dr. Danilo Batista		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA Dr. VIVENTE		TIPO/ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
FRATURA DE PUNHO "D"			
TIPO DE OPERAÇÃO			
TRATAMENTO CÍRURGICO DE FRAT. DO PUNHO			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
MESMO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
NÃO			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO NÃO			
ACIDENTE DURANTE OPERAÇÃO NÃO			
DESCRição DA OPERAÇÃO:			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA			
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS			
<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Posição em DDH sob anestesia e bloqueio de pleco braquial</li> <li>(2) Amega e Antineup</li> <li>(3) Colocação de compo estereot</li> <li>(4) Uso de oclusor de Henry modificado</li> <li>(5) Redução do pulso cominuido de modo distal</li> <li>(6) Fixação q placa em "T" 3x4 q possui 4 parafusos corticos</li> <li>(7) Fixação do fragmento de ulna com 2 parafusos bipoles</li> <li>(8) Sutura por planos, curativos e talco oxidado</li> </ol>			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Fone: (88)3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hosp.regional@hotmail.com  
Quixeramobim-Ce



## RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: Antônio Irineu de Sá

Operação: extirpação de pâncreas

Anestesia: BPB + sedação

Pré-Anestésicos: S

Anestésicos: Xibutina 100mg

Xibutina 100mg

Intenil 100mg


Midazolam 5mg

Duração da Anestesia: 60min

Início: 18:15

Término: 19:15

CRM / ASSINATURA / CARIMBO

 <b>Prefeitura Municipal de Quixeramobim</b> <b>Hospital Regional Dr. Pontes Neto</b> fone: 3441.4009 / Email: HOSP.REGIONAL@hotmail.com QUIXERAMOBIM-CE		<b>NOME:</b> ANTONIO LAIS MA SILVA <b>RG:</b> <b>Idade:</b> <b>Q/L:</b> <b>Clinica ( ) Médica ( ) Maternidade ( ) Cirúrgica ( ) Emergência</b>			
<b>Enferm.</b> <b>Leito</b> <b>Diagnóstico:</b>		<b>Admissão:</b> 27/07 <b>DATA:</b> 27/07		<b>REGISTRO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>APRAZAMENTO</b>		<b>APRAZAMENTO</b>			
1	DIETA GERAL	Dentos na 27/7/18 pect comente anexo verificado, deitado com no furo de pulso (B) no pm Ag. os as embaixo de em punção, encambrado P.P.E. 2015.11.			
2	DIPIRONA 2 ml + 10 ml AD, IV, 6/6 h s/n	Ana Flavia Aragão Técnica de Enfermagem COREN-CE 1231730			
3	TRAMAL 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 8/8 h s/n				
4	PROFENID 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 12/12 h s/n				
5	PLASIL 2 ml + 10 ml AD IV, 8/8 h s/n				
6	SSVV + CC				
7					
8					
9					
10					
11					
12	DIETA GERAL	AD: 140x80 T: 36,8°C paciente admitido neste setor às 11:30 com prurito do punho D. P.A. T <sub>2</sub> Atendimento: 11/07/2018 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
13	DIPIRONA 2 ml + 10 ml AD, IV, 6/6 h s/n				
14	TRAMAL 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 8/8 h s/n				
15	PROFENID 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 12/12 h s/n				
16	PLASIL 2 ml + 10 ml AD IV, 8/8 h s/n				
17	SSVV + CC				
18	KEFAROLINA 1g, IV, 8/8 h	22/06/14 as: 1740 parvula encambrado S.O. Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
19					
20					
21		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
22		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
23		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
24		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
25		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
<b>ESQUEMA DE INSULINA:</b>		<b>TEMP</b>			
<b>APRAZAMENTO:</b>		<b>P.A</b>		<b>TEMP</b>	
<b>RESULTADO DX:</b>		12h: 120x70 18h: 120x70 24h: 110x80 06h: 120x70		36 36 36 36	
<b>QUANTIDADE ADM:</b>					



[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Nome: Antônia Iris da Silva	Idade: 44
RG:	Leito:
Diagnóstico: Fratura de punho (D)	

Data/Hora	Evolução	Assinatura
27/07/18	Paciente vítima de queda de moto com HD: Fratura de punho (D). Procedente de Solonópole. Encaminhado para Clínica Cirúrgica às 11:30h. Em anexo: Ficha de Referência + Rx.	Suzanny Viana Nobre ENFERMEIRA COREN-CE 257.112
27/07/18	11h:30min admitida na Unidade Cirúrgica para submeter-se a procedimento Cirúrgico: Fratura de punho "D". Rx no pronto-socorro, solicitados exames laboratoriais. Procedimento	Sandra Fereira Cordeiro COREN-CE: 308.314 Enfermeira
	Encaminhado para CC às 17:35.	Sandra Fereira Cordeiro COREN-CE: 308.314 Enfermeira
27.07.18	TRANSOPERATÓRIA: Pcte submetido a TRO. CIR. FX. PUNHO (D) SOB EFEITO DE Bloqueio + SCA. EAO com PA: 116 x 57 mmHg, SpO2: 100%. Seque com fio de KSHNER Nº 2 + Pica e sob os cuidados de enfermeira.	Francisco de Assis Moqueila Nobre ENFERMEIRO COREN-CE 698426
27/07/18	Reaberto fto cirúrgico do punho (D) sem intercorrências	
18/07/18	Paciente evoluiu sem intercorrências após tratamento cirúrgico e alta hospitalar p/ acompanhamento ambulatorial	Daniel Ayremoraes Batista Ortopedia e Traumatologia CREMEC 13633







PREFEITURA  
SOLONÓPOLE  
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_  
Distrito Sanitário: 25 CARLOS Município: SOLONÓPOLE  
Nome: ANTONIO JUS DA SILVA Prontuário Nº \_\_\_\_\_  
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 15/07/1974 Ocupação: PEÇEIRO  
Endereço: ST. TEREZA Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: AVULSA - TRAUMATOLÓGICA / FRATURA DE  
PUNHO D.  
Resultado do Exame: rx de punho direito - FRATURA DE  
PUNHO D.

Consulta já Realizada: CONSULTA CLÍNICA  
Impressão Diagnóstica: FRATURA DE PUNHO D.  
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função: MÉDICO Data: 24/07/2018 Hora: \_\_\_\_\_

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐  
Procedimento: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_  
Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico: paciente de trânsito dia 21/07/2018  
Resultado de Exames: rx anteroposterior do punho direito

Diagnóstico Principal: fratura fechada, fechada no CID: S526+5B3-0  
Secundário 1: punho direito CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: fratura fechada com gesso  
Proposta de Conduta Para Seguimento: transito so da

O problema Justificou a referência? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☒ SIM ☐ NÃO ☐

Assinatura do Encaminhante: Dr. Guilherme Neto Nº Registro \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CREMEC 443 ROF 7610



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 22.04.19 Horário: \_\_\_\_\_ Nº: 05

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Reis dos Santos  
Estado Civil: casado Sexo: mas Idade: 44  
Data de Nascimento: 15.10.74  
SUS: 404-30353404 0026 Tel: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: Solomonópolis  
Profissão: Professor  
Residência: rua D. Helio P. Jordani 489 Bairro: \_\_\_\_\_

2 - Diagnostico: Fratura do pulso (D) e tendão  
de triângulo cinza

3 - Procedimento: CD: Pulso para cirurgia

Daniel Ayremoraes Batista  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 13633

ASSINATURA E CARIMBO



PROIBIDO PLASTIFICAR

9-1010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE REABILITAÇÃO DEUSE E TOLIMAS

**Antonio seis DA SILVA**

**Antônio**

715-041300

CARTEIRA DE IDENTIDADE

173

173 Palácio Municipal

Roberto Antonio DO BREGA IKGDSSISP

LE Nº 7.116 DE 28/03/81

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

24.778.036-4

ANTO DE 17/JAN/2014

ANTONIO IRIS DA SILVA

LUIZ LIMA DA SILVA

E MARIA IVANNETE DA SILVA

SOLONPOLE -CE

15/JUL/1974

SOLONPOLE-CE

SOL.

CN:LV.3A /FLS.236V/N.002326

173278558/90

173

173 Palácio Municipal

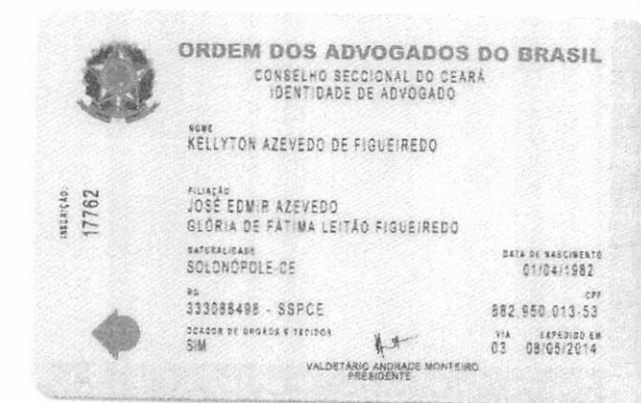
Roberto Antonio DO BREGA IKGDSSISP

LE Nº 7.116 DE 28/03/81

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Assi



20 SET. 2018

453:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012965568257

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

FRAN 01 119533713 0000000000 2017

ANTONIO IRIS DA SILVA  
SENADOR POMPEU/CE

17327855890 OFF/CNJ PLACA FNI4044

PLACA ANT/JF 9C2JB0100HRZ64801

ESPECIE TIPO CASOLINA

PAR/MOTOCICLO/NAO APPLIC

HONDA/POP 1101

2E/0CV/109CC

1 P COTA UNICA 12

2 V PARCELAMENTO/COTAS 22

3 A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

AL.FID. ADMIN DE CERC. NACIONAL HOND

SENADOR POMPEU/CE

01/06/2017

CE Nº 012965568257 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

17327855890

17327855890

119533713

HONDA/POP 1101

2E/0CV/109CC

1 P COTA UNICA 12

2 V PARCELAMENTO/COTAS 22

3 A

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSF. OBRIG. DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

LIBIA CORRETORA DE SEG. LDA

20 SET 02

PROPRIETARIO

JUL-2016

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180439311

**Cidade:** Solonópole

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANTONIO IRIS DA SILVA

**Data do acidente:** 21/07/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 22/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180439311 **Cidade:** Solonópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO IRIS DA SILVA **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Antonio Iris da Silva, brasileiro(a), estado civil: casado Profissão: pedreiro, portador(a) do RG 24778036-4 órgão expedidor SSP-SP e do CPF: 173278558-90, residente no(a) Rua Maria Julia P. Landim, nº 2188, bairro: Santa Teresinha, município: Solonópolis, CE. CEP: 63620-000.

### OUTORGADO:

Kellyton Azevedo de Figueiredo, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no RG sob o nº: 333088498, órgão expedidor SSP-CE e do CPF: 882.950.013-53, residente no(a) Rua Dr. Queiroz Lima, nº 190, Centro, Solonópolis/CE, CEP: 63.620-000.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da Vitima Antonio Iris da Silva.

Local e data: Solonópolis, Ce. 26 de julho de 2018.

Antonio Iris da Silva

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade).

05.674.148/0001-25

Cartório  
Anibal Rodri  
Rua: Dr. Qu  
Centro - CE

Solonópolis



CARTÓRIO DO JUIZ ANIBAL R. PINHEIRO

Reconheço por AUTENTICIDADE (X)  
SEMELHANÇA ( ) a(s) assinatura(s)  
de: Antonio Iris da Silva

Dou fé.  
Solonópolis-Co. 26 / 07 / 20 18  
Válida somente com selo de autenticidade  
em testemunho (X) da verdade.

Maria Clara Pinheiro  
Escritor(a) Compromissada

CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0346027/18

**Número do Sinistro:** 3180439311

**Vítima:** ANTONIO IRIS DA SILVA

**CPF:** 173.278.558-90

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 21/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO IRIS DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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

Data da entrega: 14/11/2018  
Nome: KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO  
CPF: 882.950.013-53

KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS