



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 SÍNTSE 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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária 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/2015¹, 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/2015².

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.

¹[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.

²[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 pare 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, CPC³.

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 incontrovertido 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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

³“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 desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ressalvar 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 deve 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 deslindem 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 INDINIZAÇÃO 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, consequentemente, 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,

Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado.)"

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 pátrios⁴, 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 citação⁵.

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 ação⁶

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.

⁴"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).

⁵"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁶art.

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 da 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 horários 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 Excelênciia 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 expresso 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 GRAAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINA 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 nº 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

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **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

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

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



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 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 LIDER 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

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL —	CPF da Vítima 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 diogenesazevedo@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"/> RECUZO 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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	BANCO
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	Nome Banco do Brasil S.A.

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	NRO. 001		
BANCO			
AGÊNCIA NRO. 1150	D/V 9	CONTA 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 efetuado 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
CLIENTE: ANTONIO IRIS DA SILVA CONTA: 13.909-2

MA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: Antônio Iris da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): Pollyana Maria Costa Torres

POLLYANA MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313



Autentico a presente cópia por meio de reprodução feita do original original e fui apresentado. Dado fôr
Scanned: 24/07/2018
Em testemunho: José Irapuan Guerra Pessôa
 José Fernandes Filho - Titular Intendente
 Ana Teima Pinheiro - Substituta
 Diana Maria Pinheiro - Subintendente
 Maria Célia Pinheiro - Esc. Compromissária
 Isabela Pinheiro de Oliveira - Esc. Aventuraria
Assinatura: José Irapuan Guerra Pessôa

LÍBIA CURRETURA

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

Antônio Iris da Silva

CPF da Vítima

173278558-90

Data do Acidente

21.07.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antônio Iris da Silva

CPF do Representante legal

173278558-90

Email.

diegenes.eazevedo@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.

Solanópole -ce, 13 de Setembro de 2018

Local e Data

20 SET. 2018

Antônio Iris da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ASS:



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

C E R T I F I C A D 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...

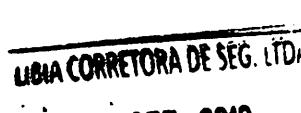
CERTIFICA, para os devidos fins e efeitos legais que nas cidades de Milhã, Deputado Irapuan Pinheiro e Solonópole não possuem Defesa Civil, Anjos do asfalto, corpo de bombeiros e Policia Rodoviária Federal, onde somente na cidade de Solonópole existe o SAMU; Que em razão dos acidentes de trânsito acontecerem na maioria dos casos em área rural, não são comunicados a Policia 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.

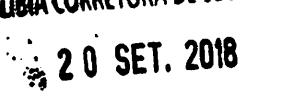
Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, aos três (03) dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatorze (2014)


MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR

Escrivão de Policia

Miguel Arcanjo Júnior
ESCRIVÃO DE POLICIA
MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR


LÚCIA CORRETORA DE SEG. 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
 Cap.: 63.620-000 - CNPJ: 07.852.676/0001-52
 Fone: (88) 3518-1327 / (88) 99690-0842
 E-mail: saaesolonopol@gmail.com

SAAE

SOLONÓPOLE/CE

CLASSIF.	TARIFA	ECONOMIAS	MÊS/FAT.
CLASSE	RES. COM. IND. PUB. OUT.		
0000939.7	PAR R-1	01	07/2018
HIDROMETRICO	INSTALAÇÃO	LOCALIZAÇÃO	ESTURA
A09F165320	11/08/08	00.00.03.0000005230	180027314

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

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

SERVICOS E TARIFAS

COD	DESCRÍÇÃO	PAR	VALOR
01	TARIFA DE ÁGUA	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 **ÚLTIMOS CONSUMOS**

LEITURA ANTERIOR.: 2168	DATA 21/06/18	16	16	12	6	6	12
ATUAL.....: 2178	21/07/18						
CONSUMO.: 12	DIAS:30	JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN
LEITURISTA: 16	OCT:00						

MÉDIA: 10 m³

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

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

CONSUMIDOR

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

SAAE

SOLONÓPOLE/CE

0000939.7 ANTONIO IRIS DA SILVA 07/2018

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

SAAE

0000939.07.18.180027314

82660000000-2 32920270000-4 09380718180-9 02731400004-6



TIÔIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018



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

Esta é a segunda via de

JUL/2018

Utilize o n° abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
8250472 DV **5**

VENCIMENTO
15/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
217,00

DESCRICAÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO

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

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

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\$)	Aliquota	Valor do Imposto
185,71	27%	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

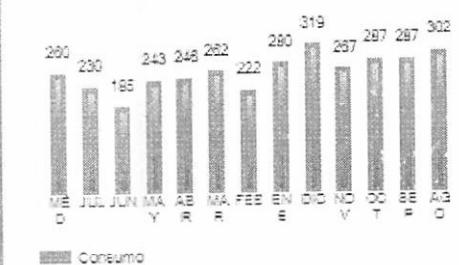
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 58,16

Conjunto: SOLONOPOLIS

Mês MAI/ 2018

	Padrão Mensal	IndividuaL Trím.	Apuração Anual	IndividuaL Mensal	Trím.	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)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8250472-5** Nº da Nota Fiscal: **534988245** Total a Pagar (R\$): **217,00**
 Data de Emissão: **20/08/2018** Referência: **JUL/2018** Nº de Controle:

SIA 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 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 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	Rua Jose Cavalcante	Número	157	Complemento	casa 2
Bairro	Centro	Cidade	Solonopole	Estado	CE
Email	diogenesazevedo@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	88-999200771	Telefone celular (DDD)	88-997194143

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

Kellyton Azevedo de Figueiredo

Assinatura do Declarante

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDH

20 SET 2018

ASS: _____

45

HORA: 19:35h

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

NºCAD/SUS	DATA: 21/07/2018		Leito de Observação:
Médico Plantonista: DR. SAMUEL	Enfermeira Plantonista: ROSEIDE		
Pressão Arterial: 160 x 90 mmHg	Temperatura:	Auscultação pulmonar:	P脉搏: 24.07.18
IDENTIFICAÇÃO Nome: Antônio Júnior da Silva Endereço: R: m ^a Júlio Pinheiro Landim Sexo: () MASC () FEM Idade: 44a Estado Civil: Casado Profissão: Pedreiro Naturalidade: Solonópole			



AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal: Dor de cabeça de intensidade moderada, dolorosa

História da doença atual: com animal, nefrite.

Dor p/m MSD e MID, onseja dispneia, cefaleia, náusea, 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	
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:

P/F, si reflet mops
Areflexia lögícer
abdu knout
ext. extrema de MID e MSD
t mobilidau.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

20 SET. 2018

Impressão Diagnóstica:

Fratura de quebra D?

Dr. Samuel Soárez
Médico
CREMEC 19340

Prescrição Médica

Anotações de Enfermagem

- ① Dipirona 2:18 (CV) cur S 8400ml 1546100
② ceto pneneno 100 mg/1l Rn

③ Rauadde Soares
Médico
CREMEC 19340
antibiotico S/
1 ferimento

- ④ Após anestesia e cirurgia.
Sem dor - & no movimento.

orientação imobilizar vi tubo

—> Alta Hospital

Dr. Samuel Soares
Médico
CREMEC 19340



ASS:

20 SET 2018

Rauadde Soares



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

Antônio Luis da Silva

Santa

① Ranixete antebraço
direita Ap e perf

Dr. Samuell Soares
Médico
CREMEC 19940

[Handwritten signature]
21/07/18

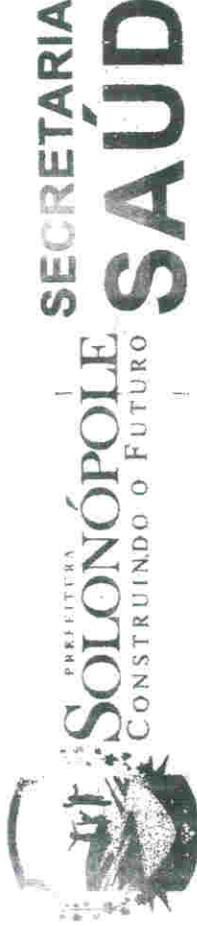
 / /

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)

RA CORRETORA DE SEG. LTD

20 SET. 2018



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Antônio José da Silva
#Belchior n.º 05
Residente na área de mata
em 21/10/18, tendo partido de
Ponho Fino, realizando
trabalhos em círcos neste serviço.
No momento ten salto acidental
civ - 552-2

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o
Sr. Antônio José da Silva realizou
tratamento fisioterápico durante
um período de 2 (dois) meses, após
uma lesão no rádio D. No trabalho o
paciente permanece com suspeitas de
induzida para os movimentos da bra-
ço e ombro (do punho).

09/11/2018

Dr. Raimundo Lacerda
Médico de Família
Hospital Regional
Quixeramobim

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

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)

13/11/18



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.regionai@hotmail.com
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Antônio Taís da Silva N° REG: 112.090
 DATA NASCIMENTO: 15/01/02 IDADE: 16 COR: branca SEXO: F () M (X)
 EST. CIVIL: casado NATURALIDADE: Sobral NACIONALIDADE: Brasileiro
 CNIS: 104303534940096 DOCUMENTAÇÃO: RG 24.778.036-4 SSP/CE
 PROFISSÃO: Pecuarista TELEFONE: (88) 97111155.
 ENDEREÇO: Rua M. S. Júlio Pinheiro, São Luís N° 2188.
 BAIRRO: Dom Pedro Teixeira CIDADE: Dom Pedro UF: CE
 PAI: José Lima da Silva
 MÃE: Maria Alves Vaz ANO: 01/1960 CBO: 235240 CNES: 2328380
 RESPONSÁVEL: Ana Cláudia do N° 009 do Nro do SITELPHONE: () _____
 JÁ ESTVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: _____ ANO: _____ MÊS: _____
 CBO: 225151 CNES: 2328380

SUMÁRIO DE HDA:

Pontas nônicas e vidente de antrias - luxações reduz de
puxos 21/04/18. Vim hoje só hojol por
mehor Quixeramobim unigra

EXAME FÍSICO:

Buril em dorit nos e el comodoro de pele na
fracion lumínia

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO:

Endro de pumba D

Daniel Ayemoraes Batista
Ortopedia e Traumatologia
ASSINATURA
DR. DANI

046.088.263-0
CPF SOLICITANTE

CADASTRO DA AIH:

DATA INTERNACAO: 21/01/18 HORA: 10:20:20
 CLINICA: Luzia CARATER ATENDIMENTO: Exame
 DATA SAÍDA: 21/01/18 HORA: 10:20
 CÓDIGO: 0408020245
 CID PRINCIPAL: S628 CID SECUNDÁRIO:

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM NÃO
 PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408020245
 PROF. EXECUTANTE: Dr. Daniel
 CBO: 235240 CNES: 2328380
 PROF. EXECUTANTE: Dr. Vicente
 CBO: 225151 CNES: 2328380

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

REVISÃO SISAHOI MÊS: Agosto/18
 HEMOCHE CURADO MELHORADO EVASÃO
 A PEDIDO TRANSFERÊNCIA ÓBITO

UNISUS WEB

CODIGO DA SOLICITAÇÃO: 04360041284
 DATA INTERNACAO: 21/01/18
 DATA ALTA: 10/08/2018
 NUMERO DA AIH: 03181062833864



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
EMISSÃO DE
AIH

Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES				
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE	ANTONIO INIS DA SILVA				
6 - Nº DO PRONTUÁRIO	116.090				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO				
11016131013153141914101019161	11/51-10/7/1974				
9 - SEXO	Mas.: <input checked="" type="checkbox"/> Fem.: <input type="checkbox"/> 3				
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO				
Maria Ivannete da Silva	00 1111111111				
12 - ENDEREÇO (RUA, NR, BAIRRO)	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				
Rua Maria Julia Pacheco Lantim 0888 Planalto 87º Terceiro Solonópole	Solonópole				
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP			
	16	16131612010000			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Pontos de feridas - hemo no rosto e punho D ops acidente no dia 21/07/18				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Endosso de punho D				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	Re + exame clínico				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
Endosso de punho D	SS2-S				
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
INTERNAção HOSPITALAR	04 018 012 0845				
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTOS	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
01	02	() CNS (X) CPF	101160818263071		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
NANIEL AYREMORAES MATIAS	12/7/07/18	Daniel Ayremoraes Batista Ortopedia e Traumatologia CREMEC 13633			
PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE		
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO					44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
() CNS () CPF					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com Quixeramobim-CE



FOLHA DE OPERAÇÃO

ANTONIO INIS DA SILVA			Nº REG.
DATA OPERAÇÃO 27/07/18		ENF.	LEITO
OPERADOR Dr. Daniel Batista		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA Dr. Vílson		TIPO/ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de Ponto "D"			
TIPO DE OPERAÇÃO TRATA MEMO CIMAQUS DE FRAT. no PUNTO			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO MESMO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA NP			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO NP			
ACIDENTE DURANTE OPERAÇÃO NP			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO:			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA			
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCemas			
<p>① Ponto em DNI sob redução e bloquem di plato bruxal</p>			
<p>② Anatomia e Anterior</p>			
<p>③ Colocação do comprimido estéril</p>			
<p>④ Visão de como rolar o Henry modificada</p>			
<p>⑤ Redução do ponto com auxílio de rolo dipl</p>			
<p>⑥ Fixação do ponto em "T" 3x4 e ponto gem de 4 parafusos cortar</p>			
<p>⑦ Fixação do ponto com óxido nodoso e parafuso apoiar</p>			
<p>⑧ Suturas por pontos, curativo e falso enxoval</p>			



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 Triz de Souza

Operação: extirpação de punho

Anestesia: BPB + Sodacine

Pré-Anestésicos: S

Anestésicos: ketamina Alucosan
Xibatyna si Vass para
intervil icena
midazolam Sust

Duração da Anestesia: Quis

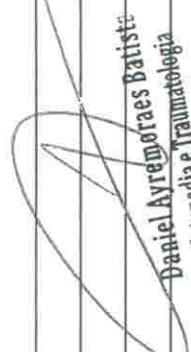
Início: 18:18

Término: 19:15

CRM / ASSINATURA / CARIMBO

*D. Vicente Monteiro
CRM/MA 0650*

DATA	PRESCRICAO MEDICA			APRAZAMENTO	REGISTRO DE ENFERMAGEM															
	Enferm.	Leito	Diagnóstico:																	
1					Autônomo M.A.SILVA															
2					Admissão: 22/10/2017 DATA: 22/10/2017															
3					Plano: ANNE VASCONCELOS															
4					ANNE VASCONCELOS															
5					ANNE VASCONCELOS															
6					ANNE VASCONCELOS															
7					ANNE VASCONCELOS															
8					ANNE VASCONCELOS															
9					ANNE VASCONCELOS															
10					ANNE VASCONCELOS															
11					ANNE VASCONCELOS															
12					ANNE VASCONCELOS															
13					ANNE VASCONCELOS															
14					ANNE VASCONCELOS															
15					ANNE VASCONCELOS															
16					ANNE VASCONCELOS															
17					ANNE VASCONCELOS															
18					ANNE VASCONCELOS															
19					ANNE VASCONCELOS															
20					ANNE VASCONCELOS															
21					ANNE VASCONCELOS															
22					ANNE VASCONCELOS															
23					ANNE VASCONCELOS															
24					ANNE VASCONCELOS															
25					ANNE VASCONCELOS															
ESQUEMA DE INSULINA:																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12h:</td> <td>100x60</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>18h:</td> <td>100x70</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>24h:</td> <td>100x80</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>06h:</td> <td>100x70</td> <td>36</td> </tr> </tbody> </table>						Hora	P.A	TEMP	12h:	100x60	36	18h:	100x70	36	24h:	100x80	36	06h:	100x70	36
Hora	P.A	TEMP																		
12h:	100x60	36																		
18h:	100x70	36																		
24h:	100x80	36																		
06h:	100x70	36																		
APRAZAMENTO: RESULTADO DX: QUANTIDADE ADM:																				

DATA	Prescrição Médica					
	Prefeitura Municipal de Quixeramobim Hospital Regional Dr. Pontes Neto fone: 3441.4009 / Email: HOSP.REGIONAL@hotmail.com QUIXERAMOBIM-CE	NOME: ANTONIO 1.015 BA SILVA	RG: 28	Idade: 27	O/L: Clínica () Médica () Maternidade	
	Enferm.	Leito	Diagnóstico: Fract. pulcro(D)	() Cirúrgica () Emergência		
		50	Admissão:	DATA: 28/07/18		
	REGISTRO DE ENFERMAGEM					
28/07/18	1	DIETA GENÉTICA DIPIRONA 2ml + 13 ml AD, IV, 6/6 h s/n	Faccial comente			
	2	TRAMAL 100 mg + 100 ml SF 0,5% IV, 6/6 h s/n	Brendo, velozendo			
	3	PROFENID 100 mg + 100 ml SE 0,9% N, 12/12 h s/n	Rigidez reduzido no hombro			
	4	PLASIL 2 ml + 13 ml IV, 8/8 h s/n	rigidez no braço			
	5	SSVIV + CCEs	de fadiga			
	6	CEFALO LINA 1g, CV, 8/8 h	de fadiga			
	7	ALTA HOSPTAVAN	de fadiga			
	8		08:00 h			
	9					
	10					
	11					
	12	 Daniel Ayremoras Batista Ortopedia e Traumatologia CREMEC 13633				
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					
	ESQUEMA DE INSULINA:					
	Hora	P.A.	TEMP			
	12h:					
	18h:					
	24h:					
	06h:					
						
	APRAZAMENTO:					
	RESULTADO DX:					
	QUANTIDADE ADM:					



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Nome:	Antônia Iris da Silva	Idade:	44
RG:	Leito:	D.N:	
Diagnóstico:	Fratura de punho ①		

Data/Hora	Evolução	Assinatura
27/07/18	Paciente vítima de queda de moto com fr.: Fratura de punho ①. Procedente de Solonópole. Encaminhado para Clínica Cirúrgica às 11:30h. Em cancro. Ficha de Referência + Rx.	Sandra Ferreira Cordeiro ENFERMEIRA COREN-CE: 308.314
27/07/18	11h:30min admitida na Unidade Cirúrgica para submeter-se a procedimento cirúrgico: Fratura de punho "JO". Rx no gyromonitor, solicito exames laboratoriais: glicose.	Sandra Ferreira Cordeiro COREN-CE: 308.314 Enfermeira
	Encaminhado para ce as 17:35. Rx	Sandra Ferreira Cordeiro COREN-CE: 308.314 Enfermeira
27.07.18	Transoperatório: Pcte submerso a 720. cir. Fx. PUNHO ①, sob efeito de blocoio + sedo- eno com PA: 116 x 57 mmHg SpO2: 100%. Seouve com pia de KISCHNER N° 2 + pinça e sob os enquadros de enfermeira.	François Souza Nobre ENFERMEIRO COREN-CE: 486.212
27/07/18	Avaliação do fr. fratura de punho ① sem intromissões	
18/07/18	Fractura evolução nem intromissões epis tadiamente. Imitação Rx: Alt hemartur p/ exame de rotina ambulatório	Daniel Ayremorais Batista Ortopedia e Traumatologia CREMEC 13633



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





PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário: 36 CASA

Município: SOLONÓPOLE

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA

Prontuário Nº

Sexo: M F

Data de Nascimento: 15/07/1974 Ocupação: PESQUER

Endereço: SIA TEREZA.

Bairro:

Tel:

Motivo do Encaminhamento: AVULSA EST. TRAUMATOLOGICA / FRACTURA DE PUNHO D.

Resultado do Exame: NC DE PUNHO DIREITO -> FRACTURA DE PUNHO D.

Consulta já Realizada: CONSULTA CLINICA.

Impressão Diagnóstica: FRACTURA DE PUNHO D.

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Médico

24/07/2018

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Profissional:

Unidade de Referencia: Data / / Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município: Prontuário Nº Alta / /

Resumo Clínico / Cirúrgico: acidente de trânsito dia 31/07/2018

Resultado de Exames: Rx de telhado, clavos exp.

Diagnóstico Principal: Fractura fixação metacarpo CID: 55267563-0

Secundário 1: Quimioclivida CID:

Secundário 2: CID:

Conduta Realizada: Tratado Fractura em gesso

Proposta de Conduta Para Seguimento: Tratamento 30 dias

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

Dr. Guilhermino Neto

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CREMERC 8448 ROF 7610

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 22/02/19

Horário: _____

Nº 05

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Almirônio Mires da Silva

Estado Civil: Casado Sexo: Mas Idade: 74

Data de Nascimento: 15/01/47

SUS: 404.303531041 0096 Tel: 08.81.08.0029

Naturalidade: Sobral

Profissão: Professor

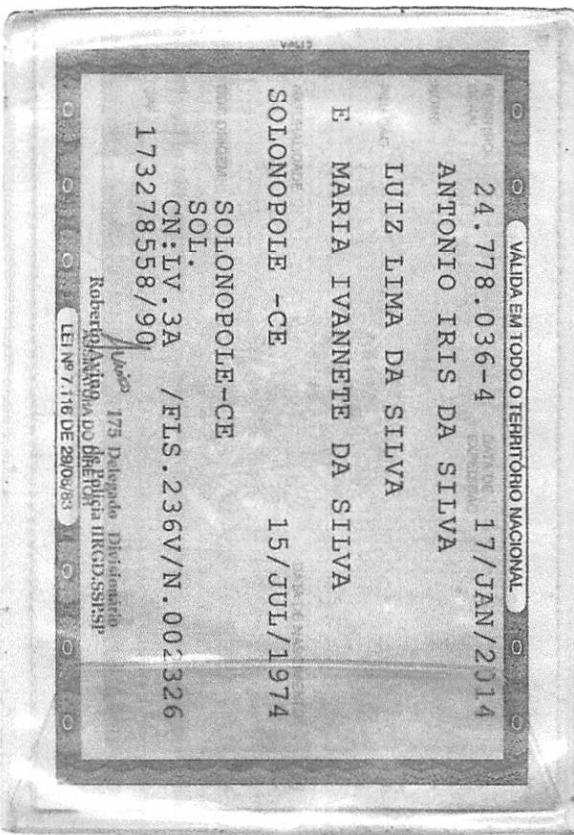
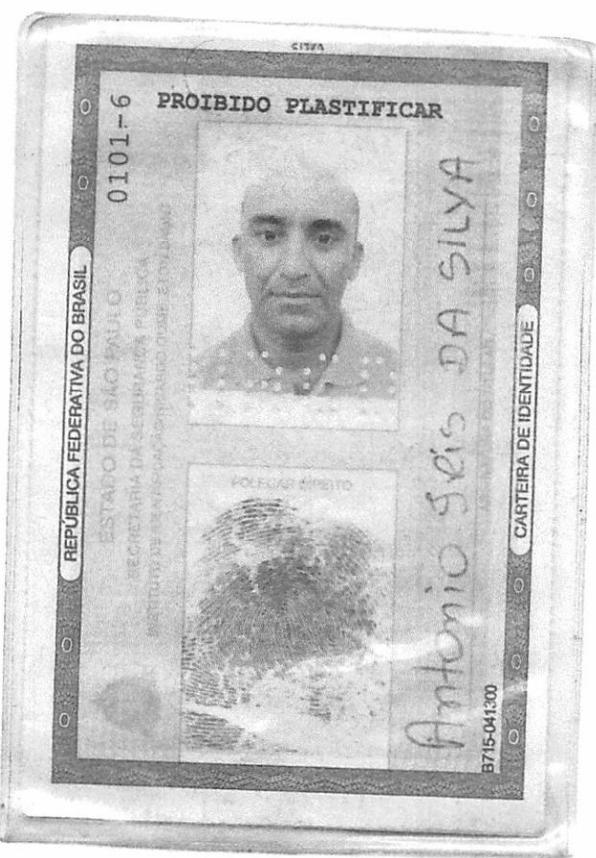
Residência: Mo. Delfino Pontes Neto Bairro: Centro

2 - Diagnóstico: Fratura do punho (D) c/ ondulações de trânsito c/um pr

3 - Procedimento: CD: tubos para cintos

Daniel Ayremorais Batista
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 13633

ASSINATURA E CARIMBO



LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

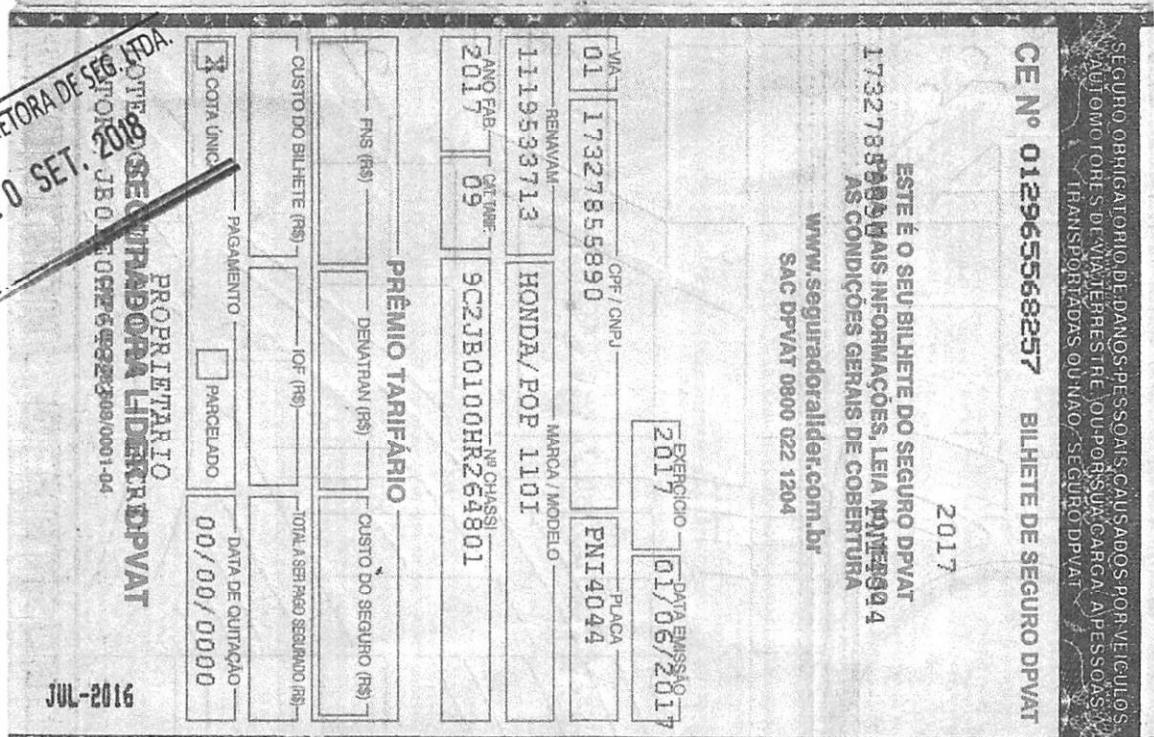
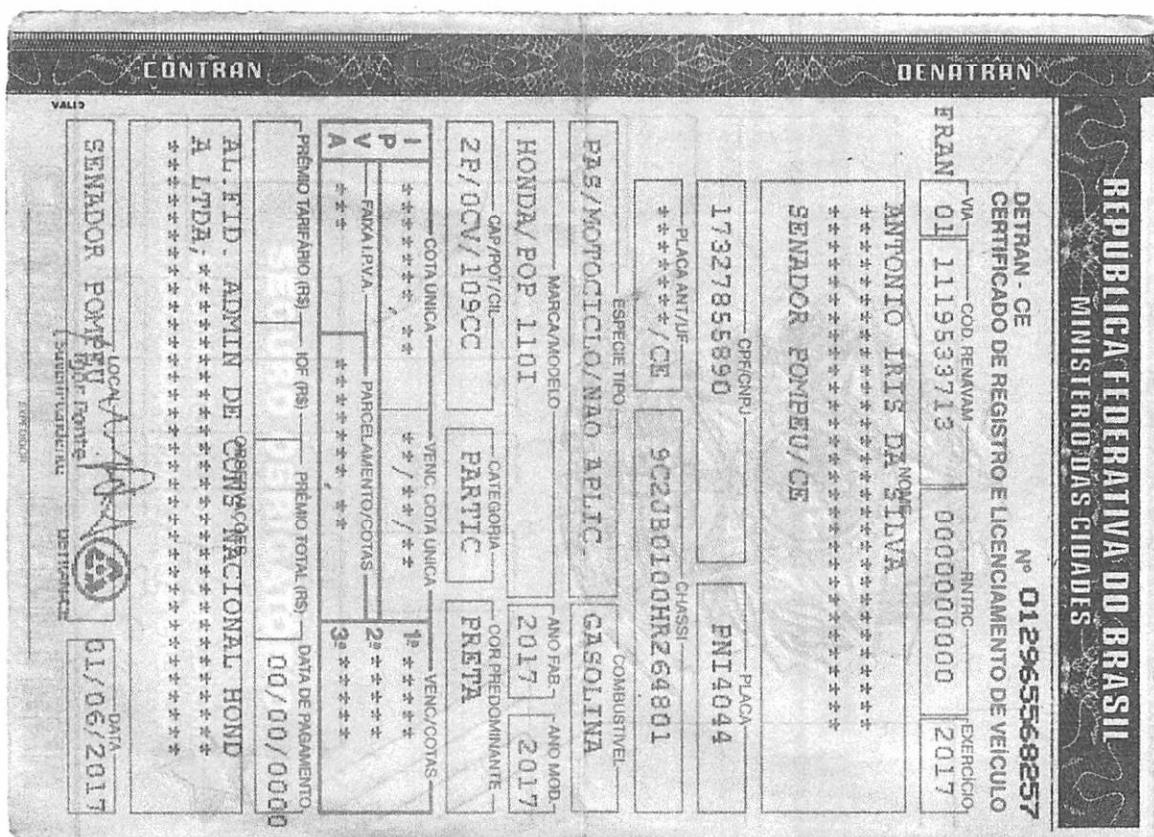
ASSI _____



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

ASS: _____



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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gustavo Carlos Calcena Aguero".

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: 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: Antônio Iris da Silva, brasileiro(a), estado civil: casado Profissão: pereciero, 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 Teresa, município: Solonópole, 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, Solonópole/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 Antônio Iris da Silva.

Local e data: Solonópole, ce. 26 de julho de 2018.

Antônio Iris da Silva

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade).

05.674.148/0001-25



CARTÓRIO DO INÍCIO ANÍBAL R. PINHEIRO
RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE (X)
SEMELHANÇA() a(s) assinatura(s)
de: Antônio Iris da Silva

Dou fé.
Solonópole-CE 26/07/2018
Válido somente como ato de autenticidade
Em testemunha: Carla Pinheiro
Escrevente 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO IRIS DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS