

---

**Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190641620**

**Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**

**Data do Acidente: 01/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190641620**

**Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**

**Data do Acidente: 01/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641620

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003604

Conta: 0000022523-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se houver)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL  
Impresso nº 2019807892



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 452 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **08/11/2019 10:00:57**  
Data / Hora da Ocorrência: **01/05/2019 15:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV PARQUE CENRAL, TIMBÓ - MARACANAÚ/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSÉ ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**  
Nascimento: **05/07/1978** CPF: **811.753.613-72**  
RG: **96018021527** Orgão Emissor: **SSP CE** UF: \_\_\_\_\_  
Filiação: **MARIA APARECIDA NOBERTO JACAUNA**  
**NÃO TEM**  
Endereço: **RUA RUA 03, 70 CONJ. HABITACIONAL**  
Bairro: **PAJUÇARA**  
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP: **61.933-350**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98551-1569**

**Histórico**

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 FAN, ANO 2007/2008, COR PRETA, PLACA HYQ4862, que está em nome de JOSÉ ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA, pela avenida parque central quando a corrente de sua moto quebrou e travou a roda traseira, vindo a cair ao chão; Que na queda, quebrou a clavícula e populares o levou para o Hospital ABEMP, em Maracanaú; Que esta registrando este b.o para dar entrada no seguro DPVAT. e nada mais disse/////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PAULO CÉSAR CAMPOS SA - MAT.: 30122755

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*José Artemizio Noberto Jacauna*

VISTO DO DELEGADO(A) :

Jaelan Alves da Silva - MAT.: 82769



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3604

CONTA: 22523

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se/nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03604

CONTA: 000000022523-5

---

Nr. da Autenticação 4B750E49C9A0D742



2010237

Ata Social de Energia Branca  
44 mda sala Cel nº 10-408  
de 25 de set de 2002

enel

Companhia Energética da Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60130-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.281/0001-70 | CGF 06.108.048-0

Para solicitar um atendimento, utilize o número  
sempre que estiver em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 020980343

Rota MA1010/13 - 169800 Referência 10/2019  
Nome MARIA EVIRLADIA SANTOS SOUZA  
Endereço RU 00003 CONJ HAB PAJUMARA, 00070, SEN BAIRRO  
2600-100, 61910-000, MARACANAU

Classificação Residencial Pleno  
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL  
Ligação Monofásico

Emissão 03/10/2019  
Medidor 2107840-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

84F55B003415ANEDF021404SE01F1E

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA 2.F. 30 dias

Anterior 03/09/2019 Atual 03/10/2019  
Fórmula prevista 05/11/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	19.270	10.236	1.00	142	00	142	0,72648	103,16

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC  
JUROS MORATORIOS  
ADICIONAL BAND. AMARELA  
ADICIONAL BAND. VERMELHA  
CONSUMO

TARIFA	VALOR (R\$)
-	13,41
-	0,72
0,00197	0,28
0,04930	7,00
0,72648	103,16

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	110,44	27,00	29,81
PIS	110,44	0,03	0,02
COFINS	110,44	0,14	0,13

10/10/2019

129,57

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> kg/kWh: Condições atuais emitidas  
para consumo de energia elétrica.

Emitido kg CO<sub>2</sub> Compensado kg CO<sub>2</sub> | Condição Ecológica (kg CO<sub>2</sub>)

55,43 0,00

CPF/CNPJ 620.210.103-25

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref: 2019/09 valor R\$123,70). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art. 173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000002010237.

Períodos: Brnd Tarif.: Versalho: 04/05 - 30/09 Amarelo:  
01/10 - 03/10

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		( ) Prioridade	Registro 28591
Nome: JOSE ARTEMIZIO NORBERTO JACAUNA		CNS: 700.108.906.951.43	
Idade: 40 anos 9 meses 27 dias		Data Nasc: 05/07/78	
Nome da mãe: MARIA APARECIDA NORBERTO JACAUNA		Nome do pai:	
Endereço: 03		Nº: 70	
Bairro: PAJUCARA		Município: MARACANAÚ	
RG: 96018021527	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
96018021527			
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
	8585933134		
DADOS DO ATENDIMENTO		Hora 16:02:15	
Data atendimento: 01/05/19		CRM: 9314	
Médico: PAULO ELYEL FROTA PONTE		Unidade: RECEPCAO	
Especialidade:		Categoria: SUS	
Convenio: SUS		MOTORISTA:	
AMBULÂNCIA:		Situação:	
NÚMERO DA AR: 70			
Atendente: NATANAEL DA SILVA CARNEIRO			

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Paciente refere "dor e inib." no

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

for + dor e inib. P

EXAMES SOLICITADOS

for + exames P + for + exames P  
2º e 3º ano P

DIAGNOSTICO

CID 0903090120

PROCEDIMENTO

for + exames P - 162

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO ( ) SIM ( ) NÃO

URGÊNCIA ( ) SIM ( ) NÃO

Nº DE VEZES ( )

MARACANAÚ

Paulo Elyel Frota Ponte  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 9314 9807: 11263

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PAGENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRESTADOR  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÓDICA DE PAJUCARA  
CNPJ: 06.587.811/0001-06  
MARACANAÚ-CE 02/11/2019



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante  
Associação Beneficente Médica Pajuçara  
CNS 2372150

Nome do Estabelecimento Executante  
Associação Beneficente Médica Pajuçara  
CNS 2372150

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente  
JOSE ARTEMIZIO NORBERTO JACAUNA  
Cartão Gestante  
Nome Social  
Nº Prontuário  
28599

Cartão Nacional de Saúde (CNS)  
700108906951713  
Data de Nascimento  
05/07/1978  
Sexo  
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2  
Raca / Cor  
PARDA  
Etnia

Nome da Mãe  
MARIA APARECIDA NORBERTO JACAUNA  
DDD  
85  
Telefone de Contato  
85933134

Nome do Responsável  
DDD  
Telefone de Contato

Município de Nascimento  
FORTALEZA  
UF  
CE  
Nacionalidade  
BRASILEIRA  
Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)  
03

Nº  
70  
Bairro  
PAJUCARA  
Município de Residência  
MARACANAU  
Código IBGE do Município  
2307650  
UF  
CE  
CEP  
61910000

Ponto de Referência  
Documento  
RG 96018021527  
CPF ☐ RG ☒ R.Civil ☐ PIS/PASEP ☐ Ignorado

## DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante  
Nº Cons. Classe  
CPF  
Ass. e Carimbo do Diretor Clínico

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
*[Handwritten signature]*

Condições que Justificam a Internação  
*[Handwritten signature]*  
*[Stamp: COMISSÃO DE ÉTICA E DEBATE - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUCARA - CNPJ 06.557.817/0001-06 - MARACANAU - CE - 05/06/19]*

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico Inicial  
CID 10 Principal *57.20* CID 10 Secundário CID 10 Causas Associadas Nº Notificação Compulsória

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado  
Código do Procedimento Solicitado

Código do Caráter de Internação  
☒ Urgente ☐ Eletivo  
Clínica  
TRAUMATOLOGIA  
Leito Complementar  
ENFER/GERAL/TRA1 1.0

Equipamentos Requeridos para Internação

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante  
WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA  
Documento  
☒ CPF ☐ CNP  
Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  
27993485991  
Nº do Conselho Classe  
7841  
Data da Solicitação  
03/05/2019  
Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº do Conselho de Classe  
Data Decorrida para Internação  
03/05/2019

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ AC DE TRÁNSITO  
☐ ACID. TRABITÍPICO  
☐ AC TRAB./TRAJETO

CNPJ da Seguradora  
Número do Bônus  
CNPJ da Empresa  
CNAE da Empresa  
CSOR

Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não se aplica

Nome do Profissional Autorizador  
Documento  
☐ CPF ☐ CNS  
Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador  
Data da Autorização  
1/1  
Código do Órgão Emissor  
M230765001  
Nº Registro Cons. da Classe  
Ass. do Autorizador/Carimbo

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

*Walter Candido de Almeida*  
*Walter Candido de Almeida*  
*Walter Candido de Almeida*  
*Walter Candido de Almeida*  
*Walter Candido de Almeida*

Walter Candido de Almeida  
 Clínico Geral  
 CRM - CE 7841

Walter Candido de Almeida  
 Clínico Geral  
 CRM - CE 7841

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
 COM FOLHA COM ORIGINAL  
 ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS DE PALOÇA  
 CNPJ 08.591.611/0001-05  
 MARACAN, CE 10/06/79

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

Cirurgião

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

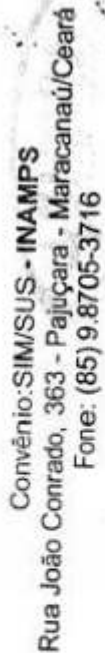
Assinatura e Carimbo




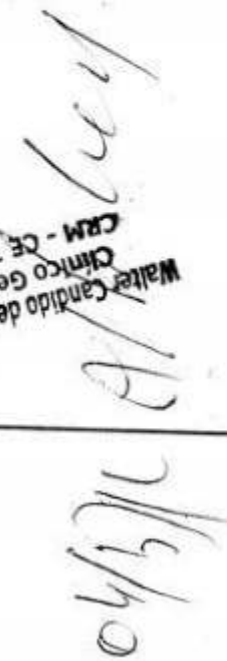
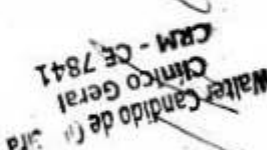
1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo



NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO				
03/11/14	 			
04/11/14	 			





D

6/15/19

E

Paciente: RODRIGO FREIRE NEVES  
HOSPITAL ABEMP

CONV. SUS

28382

DATA: 30/04/2019

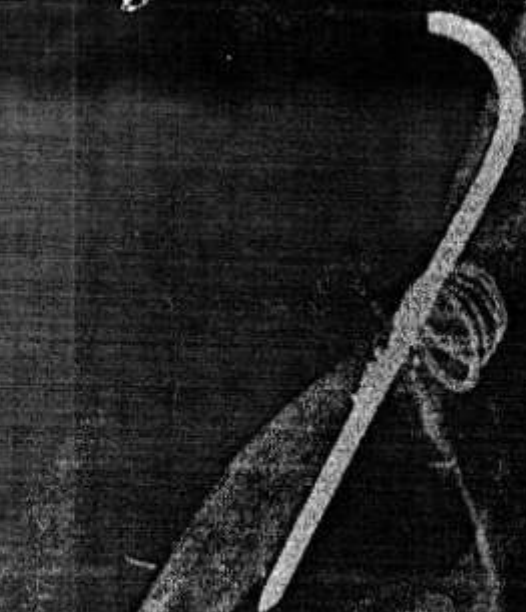
Técnico: TR JESILA

06.07.22

81.1%



D



Paciente: JOSE ARTEMIZIO NORBERTO JACAUNA  
HOSPITAL ABEMP CONV. SUS

28591

DATA: 01/05/2019

Técnico: TR THAYNARA

11/23/11

Tam. real



**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

NOME: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

SOLICITO:

1) FISIOTERAPIA ----- 40 SESSÕES

HD: FRATURA NO OMBRO DIREITO

Dr. Pedro Rafael  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 14605



NOME <b>JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA</b>		
DOC. IDENTIDADE / OUT. IMISSOR UF <b>3712801 CTPS CE</b>		
CNPJ <b>811.759.613-72</b>	DATA NASCIMENTO <b>05/07/1978</b>	
FILIAÇÃO <b>MARIA APARECIDA NOBERTO JACAUNA</b>		
PERMISSÃO <b>04239246860</b>	ACC <b>02/06/2020</b>	CAT. DIR. <b>A</b>
1ª HABILITAÇÃO <b>27/11/2007</b>		

OBSERVAÇÕES  
**SEM OBSERVAÇÃO**

*Jose Artemizio Noberto Jacauna*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL <b>FORTALEZA, CE</b>	DATA EMISSÃO <b>01/08/2019</b>
<i>For. Val. - 2019</i> 63481362845 CE171839129	

**CEARA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1780130909

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1780130909

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014329358014

VIA 01 951123700 0000000000 2019

JOSE ARTEMIJO NOBERTO JACAUNA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
MARACANAU/CE

81175361372

HYQ4862

PLACA ANT/UF  
\*\*\*\*\*/CE

9C2UC30708RG66121

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB 2007 ANO MOD 2008

CAP/POT/CL  
2P/0CV/124CC

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA UNICA  
\*\*\*\*\* \*\*

VENC. COTA UNICA  
\*\*/\*\*/\*\*

VENC/COTAS  
1ª \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A.  
\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\*\*\* \*\*

2ª \*\*\*\*\*

3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
80.11

IOF (R\$)  
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)  
84.58

DATA DE PAGAMENTO  
19/07/2019

OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

MARACANAU

LOCAL

por Rante



DATA  
08/08/2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190641620 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ARTEMIZIO NOBERTO **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA  
**JACAUNA**

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

**Data da análise:** 19/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 3,4.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**


**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402686/19

**Vítima:** JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

**CPF:** 811.753.613-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/05/2019

**Titular do CPF:** JOSE ARTEMIZIO  
NOBERTO JACAUNA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

**JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA : 811.753.613-72**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019

Nome: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

CPF: 811.753.613-72

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019

Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402686/19

**Vítima:** JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

**CPF:** 811.753.613-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/05/2019

**Titular do CPF:** JOSE ARTEMIZIO  
NOBERTO JACAUNA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA : 811.753.613-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019  
Nome: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA  
CPF: 811.753.613-72

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA