

**Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**@-SAJ** Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.21.01824429-8** em **21/01/2021 15:39:31**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0272058-74.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.21.01824429-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 21/01/2021 15:39:31

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2779451_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2779451_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-22.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200369211

Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000001048**

Conta: **0000034351-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 052.517.823-65 4 - Nome completo da vítima: Rafael dos Santos Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Rafael dos Santos Oliveira 6 - CPF: 052.517.823-65
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Tr. Sucupia 9 - Número: 879 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Granja Portugal 12 - Cidade: Itaboraí 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.110-000
15 - E-mail: _____ 16 - Ins (DPP): 8548422-3351

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1048 - CONTA: 34351 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor creditado.

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 pericial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo 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(a) menor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art.º 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: Itaboraí, 09 de Setembro de 2020.

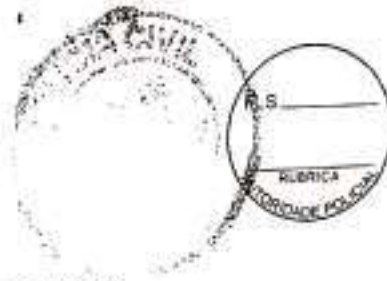
Rafael dos Santos Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020494765



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1383 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/08/2020 15:40:08**
Data / Hora da Ocorrência: **10/07/2020 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV IMPERADOR C/ AV. DOMINGOS OLIMPIO, CENTRO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**
Nascimento: **05/12/1991** CPF: **052.517.823-65** UF: _____
RG: **2003012001592** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO**
JOSE MESSIAS DE OLIVEIRA
Endereço: **TRAVESSA SUCUPIRA, 879**
Bairro: **GENIBAU** CEP: _____
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 9912-1158**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSF5982** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110DR413067** Renavam: **535427689** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MAGNO SILVA DE MENEZES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OSF-5982 NA AV. IMPERADOR NA FAIXA DA ESQUERDA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRAFEGAVA NA FAIXA DA DIREITA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA ESQUERDA COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA (PARANGABA). E NADA MAIS DISSE. //OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB. PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rafael dos Santos Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020494765



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1383 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 052.517.823-65 4 - Nome completo da vítima: Rafael dos Santos Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Rafael dos Santos Oliveira 6 - CPF: 052.517.823-65
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Tr. Sucupia 9 - Número: 879 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Granja Portugal 12 - Cidade: Itaboraí 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.110-000
15 - E-mail: _____ 16 - Ins (DPP): 8548422-3351

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

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

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1048 - CONTA: 34351 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor creditado.

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 pericial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo 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 ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art.º 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: Itaboraí, 09 de Outubro de 2020.

Rafael dos Santos Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01048

CONTA: 000000034351-6

Nr. da Autenticação 2BBB67AC95805F31

9663420

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

enei

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 061026555

Rota FOK1/U16 - 310200

Referência 04/2020

Nome RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço TR SUCUPIRA, 00879, GRANJA PORTUGAL, 60110-000,
FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 24/04/2020

Medidor 2414810-Fat 006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

66C1174623710-33E9606470549066146

DATAS DE LEITURA

P.F.: 31 dias

Anterior

24/03/2020

Atual

24/04/2020

Próxima prevista

25/05/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
71	19.466	19.759	1,00	101	101	101	0,72525	73,25

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
CONSUMO
MULTA

TARIFA

VALOR (R\$)

	10,05
0,72525	73,25
	2,85

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	73,25	27,00	19,78
PIS	0,00	0,00	0,00
COFINS	0,00	0,00	0,00

10/05/2020

86,15

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 092.517.823-65

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



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA		DATA DO NASCIMENTO 05/12/1991 (28 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 412649	Nº DE REGISTRO 321570
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782365		ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU	NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO	
Cidade Responsável NI		CEP 60.534-212	Telefone (85) 99121-158	

OCCORRÊNCIA PACIENTE COM DOR E EDEMA NO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA. APÓS COLISÃO DE MOTO.		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COLISÃO CARRO X MOTO	ESCALA DE PAINEL 99 (ADULTO)
SINAIS VITAIS NI		POULSO NI	TEMPERATURA NI
HISTÓRIA NI		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 10/07/2020 16:2	

ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		ATENDIMENTO MÉDICO Chuva de moto. Trauma na mão (E). Exposta do 2º DDT e necessidade de fixação urgente. CD. Internamento.	
DIAGNÓSTICO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS		PRESCRIÇÃO MÉDICA lx mão (E) AP/oblíqua + perfil 2º DDT	

VEICULAMENTO AP/oblíqua + perfil 2º DDT		APAZAMENTO AP/oblíqua + perfil 2º DDT		OBSERVAÇÕES	
---	--	---	--	-------------	--

TIPO DE AVALIAÇÃO () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVISÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO		OBJETIVO OBJETIVO () ANTES DAS HORAS () APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL.		CARGO ASSUMIDO 157/350716477	

Assinada por Jonathan Washington Spínola Juca em 10/07/2020 às 16:27:40
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sob a pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

1044

Rafael dos Santos Oliveira
Rafael dos Santos Oliveira

124003840



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PRÉSTAMO MUNICIPAL DE PORTALIZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 PORTALIZA, RS 95000-000
 AV. Getúlio Vargas nº 1121 - Fone/Fax: (51) 4022-400
 Telefax: (51) 4022-1122

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE PORTALIZA - CRRP - SUS - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO: _____

N.º da AIH: 2320264650

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Katael dos Santos Oliveira

ENDEREÇO DO PACIENTE: Rua Sucupira 870

Bairro: Parque Giribau

MUNICÍPIO: Fort

UF: Ce

DATA DO NASCIMENTO: 05/12/91

SEXO: ☒ MASC ☐ FEM

CONDIÇÃO: ☐ 1. SEGURADO ☐ 2. CONJUGE ☐ 3. FILHO ☐ 4. OUTRO DEP.

NOME DA MÃE: M. dos Santos Gomes, Anaely

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT. PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta do 2º QDT (E)
(falange intermediária).

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx + Exame físico

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx 2º quindactilo (E)

TIPO DE CLÍNICA

- ☐ 1. CIRÚRGICA
- ☐ 2. OBSTÉTRICA
- ☐ 3. CLÍNICA MÉDICA
- ☐ 4. TISIOPEUMOL
- ☐ 5. PSIQUIÁTRICA
- ☐ 6. PEDIÁTRICA
- ☐ 9. OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Acuidade

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Nelson Silveira Aguiar
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 14.961 / RJUT 6417

DATA


10/07/2020

HORA

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: Rafael dos Santos Oliveira
 PRONTUÁRIO: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____ DATA DA INTERNAÇÃO: 1 / 1

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA	EVOLUÇÃO
10/07/2020	Acidente automobilístico com fratura exposta da falange intermediária do 2º DDT (E). CP: Internamento p/ Tto cirúrgico. TEMPO: Fogo limpo cirúrgico e início do tto e anestesia local no pequeno cirúrgio. <div style="text-align: right;">  Dr. Nelson Sávio Matias Ortopedia e Traumatologia CREMER 14957 RCT 16417 </div>

10/07/2020 R S O, 28 a, masculino admitido na emergência para Tto de trauma de mão. É paciente consciente, orientado, verbaliza-se bem. NHP, desmolinhação. Sem alterações. Acute de 20. Nega comorbidades, alergia medicamentosa e pendências. Segue em condições de internar.

11/07/2020

Resultado


 Dr. Nelson Sávio Matias
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 14957


 Dr. Nelson Sávio Matias
 Ortopedia - Traumatologia
 CREMER 14957 RCT 16417

Atualizado

	Glycerine	Insoluble	WDM
100			
10			
20			
05			

SINAIS VITAIS			
ORÁRIO:	17:40	9:00	
P.A.:	73-85	120x80	
TEMP.°:		36	
P./MIN.:			
M.V. / MIN.:			

N.º PRONTUARIO:
412646

(Entf. Diets)

7) Spalte 1a zu 6/14

1111

FOLHA DE ANESTESIA

[illegible]

Paciente: Rafael dos Santos Almeida

Data da Operação: 1/1/2011 Enfermaria: 1 Leito: 1

Operador: Roberto Mendes

1º Auxiliar: Carla

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: João

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório:

Do abscesso peritônio mes

Relatório Imediata Patologista:

+
Tuberculose

me Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

Sob anestesia

abdominal feita

fixação peritônio com fio de sutura

abdominal. Removido

peritônio

peritônio

peritônio

peritônio

peritônio

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UP
1615292 **MTE** **CE**

CPF **052.517.823-65** DATA NASCIMENTO **05/12/1991**

FILIAÇÃO
JOSE MESSIAS DE OLIVEIRA
MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. **A**

Nº REGISTRO
05715217574

VALIDADE
15/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
23/02/2013

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Rafael dos Santos Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
12/08/2019

Idor Vasconcelos Costa
ASSINATURA DO EMISSOR

73534488236
CE172013550



CEARÁ



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1780734460

PROIBIDO PLASTIFICAR
1780734460

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 02 535427689 0000000000 2019

MAGNO SILVA DE MENEZES
FORTALEZA/CE

PLACA 84394586320

CHASSI 9C2J3C4110DR413067

DETRAN - CE
MOTOR 535427689

2013 125 FAN KS

2P/00CX/124CC

VERMELHA

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

DATA 08/02/2019

REGISTRO OBRIGATORIO DE DANOS PES
DOMINANTES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADOR OU NA

CE Nº 014927949717

84394586320
ESTE E O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAC
AS CONDIÇÕES GERA
www.segurador
SAC DPVAT 08

014927949717

PLACA 84394586320

CHASSI 9C2J3C4110DR413067

2013 125 FAN KS

2P/00CX/124CC

VERMELHA

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

DATA 08/02/2019

DAIS CAUSADOS POR VEICULOS
POR UM CARGA A PESSOA
SEGUR DPVAT

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019 08F5982

O SEGURO DPVAT

S, LEIA NO VERSO

DE COBERTURA

www.segurador

SAC DPVAT 08

014927949717

PLACA 84394586320

CHASSI 9C2J3C4110DR413067

2013 125 FAN KS

2P/00CX/124CC

VERMELHA

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

DATA 08/02/2019

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA



14927949717
08F5982
535427689
COD. RENAVAM

NOTE/DOTE/DPVAT 2399
MOTOR: J001E15413067
FNP: 08/02/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291985/20

Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 052.517.823-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/07/2020

Titular do CPF: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

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

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA : 052.517.823-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2020
Nome: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 052.517.823-65

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200369211 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/07/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P1/2-CIRURGIA P7/8/9

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200369211 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/07/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P1/2-CIRURGIA P7/8/9

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291985/20

Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 052.517.823-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/07/2020

Titular do CPF: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

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

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA : 052.517.823-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2020
Nome: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 052.517.823-65

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA