



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
Processo: 02235012220218060001  
Classe do Processo: Petições Intermediárias Diversas  
Data/Hora: 30/06/2023 16:39:56

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2802530\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_01 - 1-3.pdf  
Documentação: 2802530\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02 - 1-26.pdf  
Documentação: 2802530\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02 - 27-37.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

Processo: 02235012220218060001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 29 de junho de 2023.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/CE 27954-A**

**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO  
45542-A/CE**





# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

15/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

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

CLIENTE: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000046539174-2

---

Nr. da Autenticação 392FA6A2B10E6DBC

# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000046539174-2

---

Nr. da Autenticação 8B89998AC4EC6C2E

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200211002      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAYK ROBSON ANDRADE SOARES      **Data do acidente:** 10/11/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 15/06/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200211002 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES Data do acidente: 10/11/2019 Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

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

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (PG 2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE PG 5/8) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: TRATATIVA OMNI DE 30/06/2020 AS 10:04  
ENCAMINHAR A PERÍCIA A FIM DE COMPROVAR POSSÍVEL AGRAVAMENTO DA SEQUELA JÁ INDENIZADA.

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 punhos	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

# 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 ASI:

3 - CPF da vítima:  
658.372.663-72

4 - Nome completo da vítima:

Mayk Robson Lindnadi Góes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Mayk Robson Lindnadi Góes

6 - CPF:

658.372.663-72

7 - Profissão:

Robson

8 - Endereço:

Rua Benedito Lacerda

9 - Número:

479

10 - Complemento:

laser

11 - Bairro:

Janguruçu

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

60862-620

15 - E-mail:

profissional\_robson@yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

85 9 87627530

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: Nubank (260)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 46539174

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 03 junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

# **Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

## **Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200211002

Nome do(a) Examinado(a): MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Benedito Lacerda, 479, Barroso

CRUZEIRO DA FORTALEZA Ceará - CEP: 60862620

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / Ceará ] 97002523542

Data local do acidente: [ 10/11/2019 ]

Data local do exame: [ 07/07/2020 ] FORTALEZA - Ceará

## **Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM EXTENSÃO INTRA-ARTICULAR**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM 02 FIOS K. FEZ FISIOTERAPIA (30 SESSÕES).**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

**Data da Alta: 10/06/2020**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO E SUPINAÇÃO E MODERADO DE EXTENSÃO E PRONADAÇÃO DO PUNHO**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
 Sim  Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.**

- Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (\*)

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**Punho - Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 55890083368  
CRM - Ceará - 9050

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200211002

Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000046539174-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200211002**

**Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

**Data do Acidente: 10/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200211002

Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

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 punhos

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: **MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000046539174-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200211002**

**Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

**Data do Acidente: 10/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

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.

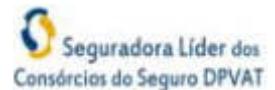
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163737/20

Número do Sinistro: 3200211002

Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

CPF: 658.372.663-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 30/06/2020  
Nome: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES  
CPF: 658.372.663-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

---

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

---

Antonia Daniella Ferreira da Silva

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163737/20

**Vítima:** MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

**CPF:** 658.372.663-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/11/2019

**Titular do CPF:** MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**MAYK ROBSON ANDRADE SOARES : 658.372.663-72**

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: 12/06/2020  
Nome: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES  
CPF: 658.372.663-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Antonia Daniella Ferreira da Silva

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200211002      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAYK ROBSON ANDRADE SOARES      **Data do acidente:** 10/11/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM EXTENSÃO INTRA-ARTICULAR

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO E SUPINAÇÃO E MODERADO DE EXTENSÃO E PRONADAÇÃO DO PUNHO

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSA DO(A) PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/07/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO PUNHO DIREITO.

**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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200211002      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAYK ROBSON ANDRADE SOARES      **Data do acidente:** 10/11/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM EXTENSÃO INTRA-ARTICULAR

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO E SUPINAÇÃO E MODERADO DE EXTENSÃO E PRONADAÇÃO DO PUNHO

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSA DO(A) PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/07/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO PUNHO DIREITO.

## 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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**  
 DATA DO ACIDENTE **10/11/2019** CPF DA VÍTIMA **658.372.663-72**

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR **RUA BENEDITO LACERDA, 479**  
**Bairro: JANGURUSSU**

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (**CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL**)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- CPF DA VÍTIMA (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- LAUDO DO IML (**CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL**)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**). OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (**CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL**)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- CPF DA VÍTIMA (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (**CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL**) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **11-06-2020**NOME **Anderson Silva****Analista DPVAT**

ASSINATURA \_\_\_\_\_





### » Dados da Reclamação

**Protocolo:**  
2458852/2020

**Situação:**  
Encaminhamento automático

**Via:**  
Internet

**Reclamada:**  
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO  
DPVAT S.A.

**Data:**  
29/06/2020 13:08:08

### » Dados do reclamante

**Segurado:**  
Mayk Robson Andrade Soares

**UF:**  
CEARÁ

**CPF/CNPJ:**  
658.372.663-72

### » Formas de contato

**E-mail:**  
PROFISSIONAL\_ROBSON@YAHOO.COM.BR

**Endereço:**  
Rua Benedito Lacerda, 479

**Bairro:**  
Jangurussu

**CEP:**  
60.862-620

**Cidade:**  
Fortaleza

### » Dados da denúncia

**Assunto:**  
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

### Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Prezado Sr analista. Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, venho por meio desta solicitar a revisão do sinistro hora mencionado, haja visto que não fui avaliado por um profissional adequado para que fosse elaborado um parecer compatível com minhas lesões, me fazendo discordar do parecer atual. Sr analista, peço muito respeitosamente que revise meu processo, e que seja agendada uma perícia médica para que então seja comprovada a gravidade de minhas sequelas, e eu possa ser enquadrado na atual tabela de indenizações de acordo com os termos da Lei nº 6.194, de 1974.

### O SAC da empresa foi acionado?

Não

### » Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
Aviso de Sinistro	3200211002	

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

*Maryk Lesson Andrade Souza*

vítima de acidente de trânsito, em 10/11/2019, sofreu:

*Fractura do molar direito de maxila  
CD-552.5*

e submeteu-se a tratamento(s): Cirúrgicos

*Nedergan e Anestesia da faceta  
friso feita na maxila*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Dores e desconforto no molar direito  
Bloqueio das funções e do  
reperecimento dos primeiros  
dentes superiores de maneira  
que diminui de maneira 70%  
Fadiga e cansaço intensos no jônio  
O fadiga e cansaço intensos no jônio  
Propriedade fraca na mastigação  
Perda de função das*

10/08/2020

*Fco. Mardonio Salmito Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 4411*

*Francisco Mardonio Salmito de Almeida*

*CREMEC 4411*

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação,**  
**Avaliação e Controle**  
**CRESUS - Central de Regulação**  
**Estadual do SUS**



USUÁRIO: yanna.lima - UNIDADE: IUF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

**Operação:**  
**Acompanhar Solicitação de Internação**

Siga os passos abaixo:  
 Seleção de situação  
 Seleção da solicitação  
 Visualização da solicitação  
 Lista de ocorrência  
 Inclusão de ocorrência  
 Visualização de ocorrência  
 Confirmação de cancelamento  
 Registro de transferência  
 Confirmação de transferência  
 Operação finalizada com sucesso

**Atalho**  
**Acesso / Desconectar**  
**Operações**

**VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO**

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

**Identificação do paciente**

<b>CNS - PACIENTE</b>	703406369432100 - MAYK ROBSON ANDRADE SOARES
-----------------------	--



<b>NOME DA MÃE</b>	MARIA GORETTI DE ANDRADE SOARES
--------------------	---------------------------------

<b>NÚMERO DO PRONTUÁRIO</b>	5533260
-----------------------------	---------

<b>DATA DE NASCIMENTO - IDADE</b>	25/05/1984 - 35 anos
-----------------------------------	----------------------

<b>SEXO</b>	MASCULINO
-------------	-----------

<b>NOME DO RESPONSÁVEL</b>	O MESMO
----------------------------	---------

<b>TELEFONE DO RESPONSÁVEL</b>	RUA BENEDITO LACERDA, Nº 479
--------------------------------	------------------------------

<b>ENDERECO</b>	BARROSO
-----------------	---------

<b>BAIRRO</b>	CEARA
---------------	-------

<b>ESTADO DE RESIDÊNCIA</b>	FORTALEZA
-----------------------------	-----------

<b>MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>	
--------------------------------	--

<b>Plantonista</b>	
--------------------	--

<b>MÉDICO</b>	24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
---------------	--

<b>TELEFONE PARA CONTATO</b>	(85) 32555500
------------------------------	---------------

<b>OBSERVAÇÕES IMPORTANTES</b>	PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA INSTITUTO PRÁXIS
--------------------------------	---

<b>Solicitação</b>	
--------------------	--

<b>NÚMERO</b>	12600120827
---------------	-------------

<b>SITUAÇÃO</b>	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
-----------------	----------------------------------

<b>CENTRAL DE REGULAÇÃO</b>	23044021 - FORTALEZA
-----------------------------	----------------------

<b>DATA - HORA</b>	12/11/2019 - 13:33
--------------------	--------------------

<b>PROFISSIONAL</b>	24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
---------------------	--

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RÁDIO / DA ULNA
--------------------------------	--

<b>PROCEDIMENTO REALIZADO</b>	
-------------------------------	--

<b>CLÍNICA</b>	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
----------------	---

<b>CLÍNICA COMPLEMENTAR</b>	
-----------------------------	--

<b>CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b>	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
------------------------------	--

<b>GRAU DE PRIORIZAÇÃO</b>	4 - URGÊNCIA
----------------------------	--------------

<b>Justificativa da internação</b>	
------------------------------------	--



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA</b>	2 - CNES: <b>2529149</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE : <b>INSTITUTO PRAXIS</b>	4 - CNES: _____

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: <b>MAYK ROBSON ANDRADE SOARES</b>	6 - N° PRONTUÁRIO: <b>5533260</b>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <b>703406369432100</b>	8 - DATA NASCIMENTO: <b>25/05/1984</b>	9 - SEXO: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	10 - RACA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/ PAI <b>MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES</b>	12 - TELEFONE DE CONTATO: <b>98948-6784</b>			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I	14 - TELEFONE DE CONTATO:			
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, N°, BAIRRO: <b>RUA BENEDITO LACERDA, 479, BARROSO</b>				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>FORTALEZA</b>	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: <b>CE</b>	19 - CEP:	

### JUSTIFICATIVA N' INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE RADIO DISTAL. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTA DOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>FX: RADIO DISTAL</b>	24 - CID 10 PRINCIPAL: <b>S525</b>	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	---------------------------------------	------------------------	--------------------------------

### 168 PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE RADIO DISTAL.</b>	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <b>04.08.02.043-1</b>		
29 - CLÍNICA: <b>TRAUMA</b>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <b>EMERGÊNCIA</b>	31 - DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - N° DOCUMENTO DO SOLICITANTE: <i>Mauro Henrique da Silva</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:	34 - DATA SOLICITAÇÃO: <b>12/11/2019</b>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): <i>Mauro Henrique da Silva</i>	

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

36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - N° DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43- CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:

### 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNES <input type="checkbox"/> CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	<i>Mauro Henrique da Silva</i>
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHOR): <i>Mauro Henrique da Silva</i>	<i>REMEC 2018</i> <i>CPF 091-445-1368</i> <i>Auditóri</i> <i>FORTALEZA</i>

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ ADMISSÃO ]==

Número Data Hora Convênio Classificação  
201921005754 12/11/2019 15:37 PRAXIS SEM CLASSIFICAÇÃO  
Caráter de Atendimento SISREG AIH

ELETIVO

Origem do Paciente

Clínica/Especialidade  
CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA

IJF

Médico Solicitante

Médico Responsável

6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI Dias

Procedimento Solicitado

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RÁDIO / DA 2

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Estado Civil

Sexo  
MASCULINO

Nascimento Idade Raça/Cor

25/05/1984 35 Anos PARDA

DIVORCIADO(A)

Religião  
NÃO INFORMADO

Mãe

MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES RAIMUNDO ALVES SOARES

Responsável

Prontuário  
2453604

Conjuge

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

CNS

703406369432100

Registro

201902570004955

Documento Informado

RG: 97002523542  
Município de Naturalidade  
CASTELO DO PIAUÍ/PI  
CEP  
60010-100

País

BRASIL

Município de Residência

FORTALEZA/CE

Número Complemento

497

Fone Móvel Fone Fixo  
(85)9894.86784 (85)9724.6451

Logradouro  
RUA BENEDITO LACERDA

Bairro

BARROSO

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)  
EMPREGADO FORMAL / INSTRUTOR DE AUTO-ESCOLA

===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==

Em caso de urgência avisar  
MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Acomodação/Leito  
222/1

Tipo de Acomodação  
ENFERMARIA

Clínica  
CLÍNICA CIRÚRGICA

Posto de Enfermagem  
POSTO DE ENFERMAGEM 03

Atendente: maria.nataly

Data: 12/11/2019 Hora: 15:44:36 Tempo: 00:07:35

===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 12 de novembro de 2019

RESPONSÁVEL X guilherme alves dos santos souza

TESTEMUNHAS



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 14/11/19

Nome do paciente:	Endayk Robson Andrade Santos						
Nº Prontuário:	2453604						
Clinica:	Dr. Carlos Maciel						
Cirurgião:	Dr. Carlos Maciel						
Anestesista:	Dr. André Luiz Vargas Santos						
Tipo de Anestesia:	Gálio c/ N2O e Etg						
1 Auxiliar:	Dr. André Luiz Vargas Santos						
2 Auxiliar:	Dr. André Luiz Vargas Santos						
3 Auxiliar:							
Instrumentadora:	Eduarda						
Circulante:	T. G.						
Diagnóstico Pré-Operatório:	Febre do futebol						
Tipo de Operação/ Código:	Ortopedia m 16 840204507						
Diagnóstico Pós-Operatório:							
Relatório Imediato do Patologista:	Sangue						
Exame Radiológico no ato:							
Acidente e Incidentes:							

### Contagem de Compressas:

	Inicio da Cirurgia	Témino da Cirurgia	Duração da Cirurgia	
	Inicio do Oxigênio	Témino do Oxigênio	Duração do Oxigênio	
	Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo	

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT-CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Maria Magdalena Janta  
CRM 2021  
CPF 051.052.313-44

Assinatura Anestesista

CRM 2021  
050160829301  
MÓDULO 8.0



Data: 21/12/2021

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Rayk Robson Andrade

Nº Prontuário:

Nº Controle:

Enf./

Leito:

Cirurgião:

Tempo de Sala:

Tempo de Oxigênio:

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESPIRATÓRIO	PR. ART.
35	70kg	180cm	M	36°	90	13	MAX/MIN
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS + HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	ORINA
		6.04 + 15.68/dl		38.2		15mg/dl	2.5mg/dl

Ap. Respiratório:

Ap. Circulatório:

Ap. Digestivo:

Ap. Urinário:

Diagnóstico Pré-Operatório:

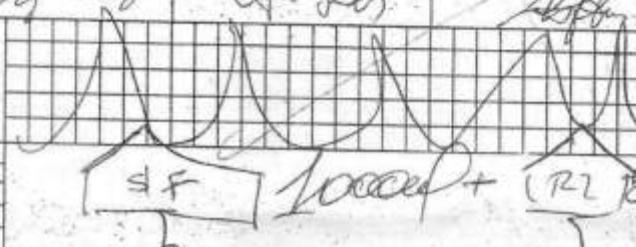
Anestesias Anteriores:

Medicação Pré-Anestésica:

Aplicada às:

Efeito:

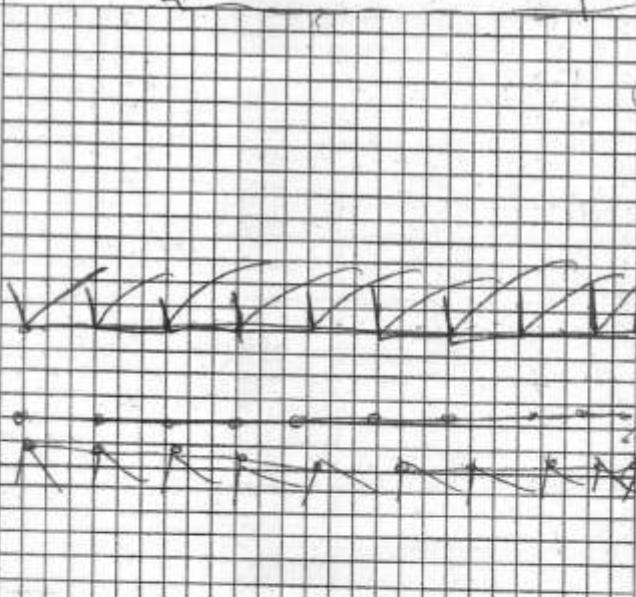
Agentes Anestésicos	Dose
Propofol	20
Alucal	20
Metocarbamol	20
Atropina	20



Líquidos	Quantidade
	500cc
	500cc
	500cc

CÓDIGO P. Arterial O. Pulso O. Respiração Anestesia O. Operação

260  
240  
220  
200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60  
40  
20



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO:

Decúbito dorsal



AGENTES:

+ +



TÉCNICA:

Spinal



OPERAÇÃO:

Abdome



CIRURGIÕES:

Robson



ANESTESISTAS:

Andrade



TEMPO DE ANESTESIA: Des:

hrs ás

hrs p

Minutos

C.R.M.

2021  
21/12/2021

Perda sanguínea aprox. ml

Volume sanguíneo reposo ml

MÓDULO 21

CRM 2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/2021

2021 21/12/20



H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE  
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br) E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

## PRÉ - REQUISIÇÃO - ANESTESIA

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- Averbar
- inserir - anotar
- corrigir - corrigir
- redigir - futuramente da ameba
- finalizar - ser - feito
- re-consultar
- analisar
- T de forma



Carimbo  
CRED

Assinatura do Chefe (Carimbo)

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNÉ - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

T E R M O   D E   L I B E R A Ç Ã O   D E   A L T A

===[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201921005754 12/11/2019 15:37 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇAO S  
Médico Solicitante  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193  
Médico Responsável  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193  
Procedimento Solicitado  
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

===[ ACOMODAÇÃO ]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
222/1 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[ PACIENTE ]=====

Nome MAYK ROBSON ANDRADE SOARES Sexo  
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro  
25/05/1984 35 Anos NÃO INFORMADO 2453604 201902570004955

===[ DADOS DA ALTA ]=====

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA  
Data Hora Motivo  
15/11/2019 10:30 ALTA MELHORADO

===[ DECLARAÇÃO ]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente MAYK ROBSON ANDRADE SOARES, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 15 de novembro de 2019

Responsável/  
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)  
Responsável  
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: kilvia.cavalcante

Data: 15/11/2019 Hora: 10:31:06

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703406369432100 Admissão: 10/11/2019 00:51  
 Nome: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES  
 Pront.: 5533260 Data Nasc.: 25/05/1984 Idade: 35 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s) Tel.: 85 98948-6784  
 Mãe: MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES  
 Sexo: Masculino RG: 97002523542 Município: FORTALEZA  
 CEP 60862-61 Bairro: BARROSO  
 Endereço: RUA BENEDITO LACERDA

**PRESCRIÇÃO**

Médico: CAIO DA SILVEIRA JALES CRM 19325 10/11/19 02:18

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE DOR INTENSA	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 20 MG / ORAL / 24/24 H   EM JEJUM	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 24/24 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H   SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE NÁUSEA OU VÔMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
Nº TOTAL DE FASES: 3  </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML  </BR>FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN  </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL** Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IN  
 RAE TIRADA  
 PELO SISTEMA E-SUS  
 DATA 18 / 05 / 2020  
 MATRÍCULA 51022

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

*Francisco Mardônio Salmito de Almeida*

vítima de acidente de trânsito, em 01/01/2019, sofreu:

*Fractura do Mídio direito da maxila  
CCJ- S52.5*

e submeteu-se a tratamento(s): Cirurgia

*Nedergan e Fraxas da maxila  
fixo fechado*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Dores e desconforto no lado direito  
Bloqueio das funções e do  
desenvolvimento das próximas funções  
funcional de cerca de 70%  
Fadiga e cansaço intensos no lado  
O fadiga e cansaço intensos no lado  
Incapacidade funcional  
máx. andar de 500 m*

10/06/2020

*Fco. Mardonio Salmito de Almeida  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-CE 4411*

CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703406369432100 Admissão: 10/11/2019 00:51  
 Nome: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES  
 Pront.: 5533260 Data Nasc.: 25/05/1984 Idade: 35 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s) Tel.: 85 98948-6784  
 Mãe: MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES  
 Sexo: Masculino RG: 97002523542 Município: FORTALEZA  
 CEP 60862-611 Bairro: BARROSO  
 Endereço: RUA BENEDITO LACERDA

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador ANA CLEIDE LIMA DA SILVA COREN:69822 Horário 10/11/2019 00:54  
 Queixa: QUEDA DE MOTO HÁ 20 MIN NEGA SINCOPE . QUEIXA DE DOR EM PULSO D , FERIMENTO EM MÃO D,  
       ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS  
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA  
 Discriminador: DOR MODERADA  
 Autoagressão: Não  
 Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemias: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ANTONIO HERMANO CABRAL FERREIRA JUNIOR CRM: 5321 Nº: 572385 Horário 10/11/2019 01:28  
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6  
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS  
 Comorbidade:

#### HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA NO PULSO DIREITO, ANTEBRAÇO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NEGA TCE, GLASGOW:15

ALTA

RAE TR

PELO SISTEMA

Data: 16/11/2019 11:05

DATA 18/10/2020

51022

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
10/11/2019 00:54	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR MODERADA	AMARELO	ANA CLEIDE LIMA DA SILVA

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	10/11/2019 01:33	Sim	Cancelado
RX ANTEBRACO E AP/P (0204040019)	10/11/2019 01:33	Sim	Cancelado
RX JOELHO E AP/P (0204060125)	10/11/2019 01:33	Sim	Cancelado
RX BACIA AP (0204060095)	10/11/2019 01:33	Sim	Cancelado

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 703406369432100      **Admissão:** 10/11/2019 00:51  
**Nome:** MAYK ROBSON ANDRADE SOARES  
**Pront.:** 5533260    **Data Nasc.:** 25/05/1984    **Idade:** 35 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s)    **Tel.:** 85 98948-6784  
**Mãe:** MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES  
**Sexo:** Masculino    **RG:** 97002523542    **Município:** FORTALEZA  
**CEP** 60862-61    **Bairro:** BARROSO  
**Endereço:** RUA BENEDITO LACERDA

### EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
11/11/2019 10:08	CARLOS EMANUEL VASCONCELOS	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO ADMITIDO COM FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL DIREITO COM TRAÇO INTRARTICULAR PEÇO PREOPERATÓRIO
10/11/2019 02:18	CAIO DA SILVEIRA JALES	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO ADMITIDO COM FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL DIREITO COM TRAÇO INTRARTICULAR

### PRESCRIÇÃO

**Médico:** JOSE GUILHERME MILTAO MACIEL    CRM 7409    **Data:** 12/11/19 08:20

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / EM 1HORA   SE DOR INTENSA	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 20 MG / ORAL / 24/24 H   EM JEJUM	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 24/24 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H   SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE NÁUSEA OU VÔMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / EM 1HORA   SE DOR INTENSA	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 20 MG / ORAL / 24/24 H   EM JEJUM	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 24/24 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H   SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE NÁUSEA OU VÔMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	

MS-DATAUS  
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL  
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E: M238448001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 12/2019

DATA: 28/11/2019

Num AIH: 231910354533-0 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 12/2019 Data de Emissão: 12/11/2019  
Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M238448001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0081  
Doc autorizador: 121832851720001 Doc med resp: 107185222700006 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solic: 107185222700006  
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL Prontuário: 2453604 ✓ Laudo:  
Paciente: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES ✓ Nome da Mae: MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES ✓  
Data Nasc.: 25/05/1984 Sexo: MASCULINO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 97002523542  
Responsável pac.: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES Nome da Mae: MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES ✓  
Endereço: BENEDITO LACERDA, 497 - BARROSO Raça/Cor: PARDA  
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60010-100 Telefone: (85)9724.6451  
Procedimento solicitado: 04.08.02.043-1 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RÁDIO / DA ULNA  
Muda Proc.? SI

Procedimento realizado: 04.08.02.048-7 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO  
Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE  
Diag. complementar: Causa Obito:

Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 12/11/2019 Data saída: 15/11/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓ -

====[ CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA) ]====

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo com a previdência: - CBO: -

====[ PROCEDIMENTOS REALIZADOS ]====

Linha Ato/Proced	PF	IE	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1	04.08.02.040-7	107185222700006	1	225278	107185222700006	3969800	1 112019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTRE
2	04.08.02.040-7	210157919150018	6	225151	210157919150018	3969800	1 112019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTRE
3	08.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	✓ 3 112019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERN	
4	04.01.01.001-5	107185222700006	0	225278	107185222700006	3969800	✓ 2 112019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
5	02.04.04.012-4	3969800	0	3969800	3969800	✓ 2 112019 RADIGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBL	

====[ VALORES DA PRÉVIA ]====

Forma de Organização:

04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS  
04.08.02 MÉMBROS SUPERIORES  
08.02.01 DIARIAS

+ Serv. Hospitalar +		Serviço Profissional		+	
+ Direto		+ Direto		+ Rateado	
Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
					Total

Número de Nascidos

Número de Saídas

N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,80
159,49	0,00	0,00	0,00	94,31	0,00	253,80
24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00
Total Geral:	248,29	0,00	0,00	94,31	0,00	342,60

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle  
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

15

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600120827

NÚMERO DA AIH: 2319103545330

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 703406369432100 - MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 25/05/1984 - 35 anos

SEXO: MASCULINO

NOME DA MÃE: MARIA GORETTI DE ANDRADE SOARES

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: RUA BENEDITO LACERDA, Nº 479

BAIRRO: BARROSO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S525 - Fratura da extremidade distal do rádio

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020431-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

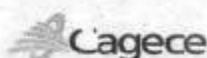
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 12/11/2019 - 13:33 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 13/11/2019 - 07:57

CAUSAS EXTERNAS

Descrição do acidente: NÃO SE APLICA



010723170

DADOS DO CLIENTE

BEATRIZ DE ARAUJO EUZEBIO  
RUA 6, MÉTITO LACERDA, 479, JANGUARUSSU  
FORTALEZA - CEP: 60662-620

Cod. fiação: 001.052.0352.0173.0000.00.00

Padrão do imóvel: REGULAR

(CONTRATO)

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDOR

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumetria	Média Semanalizada
ÁGUA	A08F416639	784	793	9	6

DATAS

Leitura atual: 07/05/2020 Emissão: 07/05/2020 Lacre agua: 5902164  
Leitura anterior: 07/04/2020 Prox. leitura: 06/06/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2020

No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	510	510	121	510	510
Analisadas	430	430	430	429	429
Em conformidade	430	424	421	420	427

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Resíduo (m³)
JEROS DE 0,033% AO DIA	0,13	mai/19	1	0
MULTA DE 2%	0,57	jul/19	13	0
		ago/19	5	0
		set/19	6	0
		out/19	7	0
		nov/19	6	0
		dez/19	3	0
		jan/20	5	0
		fev/20	5	0
		mar/20	5	0
		abr/20	12	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	
		Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	41,80
COFINS	1,38	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	29,00

MÊS/ANO

VENIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

05/2020

22/05/2020

29,00

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES GERAIS

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada é saúde.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

Emissão: Telefones: Tel.: 35514050/213010 Leit.: 0305 Data: 07/05/2020 H: 07:12:15 R: 046 Via: 001

# 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 ASI:

3 - CPF da vítima:  
658.372.663-72

4 - Nome completo da vítima:

Mayk Robson Lindnardi Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Mayk Robson Lindnardi Gomes

6 - CPF:

658.372.663-72

7 - Profissão:

Raíso

8 - Endereço:

Rua Benedito Lananda

9 - Número:

479

10 - Complemento:

lara

11 - Bairro:

Janguruçu

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

60862-620

15 - E-mail:

profissional\_robson@yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

85 9 87627530

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:

REUSO 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: Nubank (260)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 46539174

2

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (nêncor)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

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 áqueles 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

Impronta digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, Fortaleza, 03 Junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2020318053



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 783 / 2020

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **26/05/2020 11:42:04**  
Data / Hora da Ocorrência: **10/11/2019 00:10:00**  
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO PONTES CARVALHO, JARDIM VIOLETA - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**  
Nascimento: **25/05/1984** CPF: **658.372.663-72**  
RG: **97002523542** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES**  
**RAIMUNDO ALVES SOARES**  
Endereço: **TRAVESSA CARIAÇU, 28**  
Bairro: **COUTO FERNANDES**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** CEP:  
Telefone: **(85) 99724-6451**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNR7776** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR578849** Renavam: **1057148820** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **VERMELHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

### Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PNR-7776 NA RUA ANTONIO PONTES CARVALHO QUE AO PASSAR POR BURACOS NA VIA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. 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:**

**Maria Carolina Santos Barreira - MAT.: 404579-1-7**