



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

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

**Dados Básicos**

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis  
Beviláqua  
Processo: 02620319520218060001  
Classe do Processo: Petições Intermediárias  
Diversas  
Data/Hora: 30/06/2023 09:43:32

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do  
Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2835204\_IMPUGNACAO\_AO  
\_LAUDO\_PERICIAL\_01 - 1-  
3.pdf  
Documentação: 2835204\_IMPUGNACAO\_AO  
\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_  
02 - 1-22.pdf  
Documentação: 2835204\_IMPUGNACAO\_AO  
\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_  
02 - 23-33.pdf

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



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

**Processo: 02620319520218060001**

**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 **ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**, 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:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 28 de junho de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

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





---

**Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210102288**

**Vítima: ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

**Data do Acidente: 23/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da solicitação médica dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. Lembramos que não é necessário apresentar as películas/chapa dos exames.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210102288**

**Vítima: ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

**Data do Acidente: 23/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da solicitação médica dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. Lembramos que não é necessário apresentar as películas/chapa dos exames.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 13 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210102288**

**Vítima: ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

**Data do Acidente: 23/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000030077610-4**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210102288 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO RENE RODRIGUES **Data do acidente:** 23/12/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A  
BALTAZAR

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

**Data da análise:** 30/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG.10/11\_CIRURGIA  
PÁG.12/13/14/15/16\_EXAME DE IMAGEM

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DIAMAS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 6841271370 4 - Nome completo da vítima: Antonio Rene Rodrigues Baltazar

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

5 - Nome completo: Antonio Rene Rodrigues Baltazar 6 - CPF: 6841271370  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Colombo 9 - Número: 260 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: ITAOCA 12 - Cidade: Sorocaba 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60421-285  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (85) 37381-6626

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  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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ative uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: NUBANK  
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 30077610 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascituros)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: Sorocaba - 23 de março 2021  
Antonio Rene Rodrigues Baltazar



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 567 / 2021**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **15/02/2021 11:34:30**  
 Data / Hora da Ocorrência: **23/12/2020 22:50:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, SERRINHA - FORTALEZA/CE**  
 Ponto de Referência: **BIG MONSTER**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANTONIO RENÉ RODRIGUES BALTAZAR**  
 Nascimento: **09/03/1999** CPF: **611.412.713-70**  
 RG: **20083023040** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
 Filiação: **LUZINEIDE BANDEIRA RODRIGUES**  
**ROBERTO STENIO COELHO BALTAZAR**  
 Endereço: **RUA COLUMBIA, 260**  
 Bairro: **ITAOCA**  
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.421-235**  
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98608-3383**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **POK4135** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2210LR007745** Renavam: **1210646495** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2020** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AZUL**  
 Proprietário: **FRANCISCA FABIOLA L DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA POK-4135-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. DOUTOR SILAS MUNGUBA NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E QUE ESTAVA NA FAIXA DA DIREITA E SEM SINALIZAR MUDOU BRUSCAMENTE PARA A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO EM QUE VINHA A VITIMA NA VIA OCASIONANDO A COLISÃO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.///  
 OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.  
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO:DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 567 / 2021**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Antônio Luiz Rodrigues Filho

**VISTO DO(A) DELEGADO(A):** 2020  
**DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DIAMAS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 6841271370 4 - Nome completo da vítima: Antonio Rene Rodrigues Baltazar

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

5 - Nome completo: Antonio Rene Rodrigues Baltazar 6 - CPF: 6841271370  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Colombo 9 - Número: 260 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: ITAOCA 12 - Cidade: Sorocaba 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60429-285  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (85) 37381-6626

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  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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ative uma opção)  
 Bradesco (237)  Itai (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: NUBANK  
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 30077610 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascituros)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Sorocaba - 23 de março 2021  
x Antonio Rene Rodrigues Baltazar



## DECLARAÇÃO



**SAMU  
192**

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Antonio Rene Rodrigues Baltazar** - C.P.F. - 611.412.713-70, no dia 23/12/2020, às 23h04min, na Avenida Doutor Silas Munguba, no Bairro Serrinha. Considerando que obviamente o SAMU 192 Fortaleza, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo N° P008975/2021, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo N° P008975/2021.

*Retificamos que houve equívoco no preenchimento dos campos (Nome, Endereço & Bairro); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Antonio Rene Rodrigues Baltazar), Endereço (Avenida Doutor Silas Munguba) & Bairro (Serrinha).*

Fortaleza, 15 de Janeiro de 2021.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45661-1

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenador - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves  
SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45659-1

**Maurício Lopes Alves**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: *M.O.S* PONTO DE APOIO: *Parque* Nº DA OCORRÊNCIA: *1060*  
 DATA: *23/01/2024* TURNO: *Pré-hospitalar* EQUIPE: *Larissa / ...*  
 NOME: *Antonio Manoel Rodrigues Sobrinho* IDADE: *21* SEXO: *M*  
 ENDEREÇO: *Av. ...*  
 REFERÊNCIA: *By ...*  
 HORA: *22:58* QUS: *23:09* QUR: *23:26* QUM: *...*  
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: *obstrução como ...*

RESPOSTA AO CHAMADO:  RESPONSIVO  NÃO RESPONSIVO  
 EXPANSÃO TORÁCICA:  PRESENTE  AUSENTE  
 PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO):  PRESENTE  AUSENTE

**A**  PÉRVEAS  OBSTRUÍDAS

**B** PADRÃO RESPIRATÓRIO:  EUPNEICO  TAQUIPNEICO  BRADIPNEICO  AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO:  NORMAL  ALTERADA: /

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO:  NORMAL  ALTERADA: /

AUSCULTA:  NORMAL  ALTERADA: /

**C** PULSO:  NORMOCÁRDICO  TAQUICÁRDICO  BRADICÁRDICO  AGÔNICA/AUSENTE

PELE:  CORADA  PÁLIDA  CIANÓTICA  SUADORECA  SECA  QUENTE  FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR:  ≤ 2 seg  > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO:  SIM  NÃO

LOCAL: *Aréola*

**D** ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SONHO (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6
À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
TOTAL: <i>15</i>	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2
PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> ALTERADAS		

**E** ADULTO LESÕES: *lesão eletiva em membro direito*

**SAMPLA**

PA: *160x80* FR: *18* GLIC.: */* OXIM.: *94* TEMP.: */*

*Uso de oxigênio e compressores* *pele suada*

Y: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUM: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUN: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM#

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

feito avaliação 1º e 2º + SSVU + mobilização de membro superior com vendagem para manter posicionamento susp. do membro (bómb) o cinto.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

João 18/11  
127004

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- UNIDADE DE SAÚDE: Fac. Municipal
- LIBERADO  RECUSA  REMOVIDO POR TERCEIROS  ÓBITO
- ÓBITO →  NO LOCAL  DURANTE O TRANSPORTE
- PACIENTE ACOMPANHADO:  SIM  NÃO
- ASS. DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

BOLETIM EMERG:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE SAÚDE

Dr. João 18/11  
127004

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, \_\_\_\_\_ RG / CPF \_\_\_\_\_  
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECLUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

2390479



A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 24 de abril de 2002

Facultamos aos consumidores, além de outras  
ações que possam ser tomadas, cancelar.

COMPANHIA ENERGIAS DE SANTA  
RITA DO PARANA S.A. - CEN  
RUA JOSÉ CARLOS, 700  
CEP: 84001-900 - FONE: (41) 3222-1000

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | DÉBITE CÚMICA | Nº 0999615427

Ponto FORTALEZA - 311600 Subestação 12/2020  
Nome LIZINEIDE BANHEIRA RODRIGUES  
Endereço RUI COLLETTI, 862508, ITAOKA, 60421-235, FORTALEZA

Classificação Residência Plena  
Modalidade Tarifa BI RESIDENCIAL  
Emissão 09/12/2020  
Medidor 3290372-CPN 101

ÁREA RESIDENCIAL AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO SIMN



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Anter.	Leit. Atual	Consumo	Consumo Méd. (kWh)	Consumo Méd. (kWh)	Consumo Méd. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
17	0,00	0,70	0,6	2,4	6	2,4	1,50	3,60

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILMAS PLS PREF MUNICIPAL	-	34,46
CONSUMO	0,76711	230,48
ADICIONAL BANC. VERMELHA	0,02624	7,19
CMIC	-	-1,55
COS OCINTO ART - 3292 4444	-	25,90

Impostos

Imposto	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	217,59	27,00	58,74
PIS	154,85	0,45	0,70
COFINS	154,85	2,10	3,22

VENCIMENTO 20/12/2020 TOTAL A PAGAR 276,40



**INFORMAÇÕES AO CLIENTE**

Esta unidade consumidora está apta a suspender os fornecimentos por débito a partir de 20/12/2020 ou a qualquer momento por decisão de inadimplência e arrebitamento da unidade consumidora, podendo ocorrer em 2 ciclos de fornecimento após a suspensão de fornecimento. Consulte as condições de suspensão e retomada de fornecimento em nosso site.

Período: Verde: Tarifa Verde: 18/11 - 30/11  
Vermelha: 01/12 - 05/12

Se a unidade de consumo for residencial, a tarifa de energia elétrica em vigor desde 1/12/2020 é a Vermelha. Para saber mais sobre a energia e mais cedo, para diminuir o valor do consumo, fique atento ao consumo de energia. Confira dicas de economia em nosso site.

Para saber mais sobre a Lei Geral de Proteção de Dados e como a Enel trata os dados de seus clientes, clique em: [enel.com.br/legislaçao](#)

Nº do Cliente: 2390479 | Subestação: 12/2020 | V | 1.8.16.2 |  
Data de Emissão: 09/12/2020 | Tarifa e Preço: 0,76711 | 230,48 |  
Nº da Nota Fiscal: 0999615427 | Nº do Contrato: 200032274-01 |





REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR		Nº DO REGISTRO 205755	Nº DA UNIDADE 24000
CATEGORIA PACIENTE		TIPO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA	TIPO DE PACIENTE PACIENTE
DOCUMENTOS CARTERA DE IDENTIDADE (RG): 2080622040; CADASTRO DE PESSOA FISICA (CPF): 87141271073			
MUNICÍPIO RESPONSÁVEL FORTALEZA		MUNICÍPIO DE DESTINO FORTALEZA	
CEP 60.421-173		CEP DE DESTINO 60.421-173	

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/VEICULO DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PCTE TRAZIDO PELO SAMU SOB MOTO. SOFREU COLISÃO CARRO X MOTO, QUEDA BIALGIA EM UMERO DIREITO. USAVA CAPACETE. NEGA SINCOPE	TIPO DE COLISÃO COLISÃO CARRO X MOTO
TIPO DE ACIDENTE NI	TIPO DE ACIDENTE NI (ACIDENTE)

SINAIS VITAIS

POSO NI KG	PULSO ARTERIAL 100/60	DIAPHRAGMA 34%	RESPIRACÃO M	TEMPERATURA 36
TEMPERATURA NI °C	ALCANTARAS NEGA			

CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO NAYRA BEATRIZ ALMEIDA BARRETO	DATA E HORA DE CLASSIFICAÇÃO 20/12/2020 20:33:47
------------------------	---	---

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA
--------------------------------------

ATENDIMENTO MÉDICO

*Relato da vítima  
Fratura do Umero Direito  
Aproximadamente*

EXAMES SOLICITADOS <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRÂNIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> GASTRO
--

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS <i>Relato de Umero Direito Aprox.</i>	APARELHAMENTO	SEROSIFICAÇÃO
---	---------------	---------------

*Relato de Umero Direito Aprox.*

**RECEITO**  
Nº 205755-24000-173

TIPO DE ALMOBADA

ALMOBADA <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÚBERO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IMR <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL.

Atestado por Nayra Beatriz Almeida Barreto em 20/12/2020 às 20:33:47

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de responder nas punições previstas no art. 230 do Código Penal.

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

*Relato de Umero Direito Aprox.*

**Relato de Umero Direito Aprox.**

20/12/2020  
Nayra Beatriz Almeida Barreto



**M&M Traumatologia-Ortopedia e Reabilitação Funcional**

Rua Barão do Rio Branco - 2027 - Sala 1 - José Bonifácio

Tel: (85)98975-2700 / (85)98649-9831

Instagram: @\_mmfisioterapia

## **LAUDO FISIOTERAPÊUTICO**

Fortaleza, 15 de abril de 2021.

Declaro que o Sr. Antonio Rene Rodrigues, CPF: 611.412.713-70, sofreu acidente de trânsito dia 23 dezembro 2020, onde se trata de colisão moto x carro, sendo encaminhado ao frotinha da parangaba, diagnosticado com **fratura do cotovelo direito**, sendo submetido à processo cirúrgico e implantação de hastes metálicas.

Realizou avaliação fisioterapêutica dia 25/01/2021 em consultório de fisioterapia na rua Barão do Rio Branco nº 2027 – Sala 1 – José Bonifácio, queixando-se de “ **Retrição de mobilidade do ombro e dor ao movimento do antebraço direito**”.

Conforme avaliação observou-se que o paciente apresentava dor constante em extensão do ombro e do antebraço, restrição de mobilidade severa do ombro e antebraço, rigidez articular em ambas articulações, comprometimento de movimentos para flexão, abdução do ombro (acima de 55º), adução e extensão (acima de 20º) e antebraço direito para flexão e extensão acima de 40º, fraqueza muscular (força grau 3) – CONSIDERÁVEL, afetando sua coordenação motora e funcionalidade.

Apresenta como diagnóstico funcional: **Bloqueio articular do ombro e antebraço direito pós traumático**.

Os objetivos propostos para seu tratamento foram: Diminuição dos sinais flogísticos da inflamação, ganho de amplitude de movimento, recuperação da mobilidade, coordenação motora e funcionalidade.

Os objetivos propostos para seu tratamento são: analgesia, ganho de amplitude de movimento, melhora da estabilidade, do equilíbrio estático, dinâmico e fortalecimento muscular.

A proposta terapêutica selecionada consiste em eletroterapia, terapia manual, alongamento ativo livre, cinesioterapia, fortalecimento gradual com carga.

Ao término das 30 intervenções fisioterapêuticas, o paciente apresenta os seguintes déficits funcionais: restrição de mobilidade considerável para os movimentos funcionais do ombro e cotovelo, fraqueza muscular persistente e dores constantes, ocasionando incapacidade funcional e inaptidão física. O paciente não se encontra apto ao retorno de suas atividades esportivas e laborais.



Dra. Maynara Camurça  
Fisioterapeuta  
CREFITO 286828-F

---

MAYNARA DOS SANTOS LIMA CAMURÇA  
FISIOTERAPEUTA - CREFITO: 286828-F

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA**

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: **ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

700604985902068

Nº DE IDENTIFICACAO: **289763** Nº DO BE: **345543**

NASCIMENTO: **09/03/1999(21 ANOS)** SEXO: **M** RAÇA/COR: **PARDO**

DOCUMENTOS: **CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 20083023040; CADASTRO DE PESSOA FISICA (CPF): 61141271370**

NOME(S) DA MÃE: **LUZINEIDE BANDEIRA RODRIGUES**

ENDEREÇO: **RUA COLÔMBIA 260 ITAOCA**

CIDADE: **FORTALEZA** UF: **CE**

CEP: **60.421-170** CONTATO: **(85) 98730-4774**

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSE: **PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO E MOTO, REFERE QUE FOI ATENDIDO NESSE HOSPITAL DIA 23.12 COM TRAUMA MSD, REFERE DOR E EDEMA NO LOCAL**

MOTIVO: **AVLIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA**

ESCALA DE DOR: **99 (ADULTO)**

SINAIS VITAIS

PROB. NI KG: **NI**

PRESSÃO ARTERIAL: **145/86**

SAT O2: **98%**

PULSO: **100**

GLUCOSE: **NI**

ALERGIAS: **NAO**

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO**

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: **25/12/2020 22:00:20**

AREA ATENDIMENTO

AREA DE ATENDIMENTO: **TRAUMATOLOGIA**

ATENDIMENTO MÉDICO

*Pcte vítima de queda moto (segunda intarna pte), HAVENDO FRAT. LOMBAR @, SEM DO ATRASO CONSERVADORAMENTE ENTRETANTO VOLV. E PIEDA DA DEFORMIDADE*

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

EXAMES:  HC  SU  US ABDOMINAL  TC CRANIO  RAIO-X  OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>CONTINUA NA MOTO Hosp</i>		
<i>TALA - PUNÇA DE COMPRESSÃO</i>		
<i>PCTA ARIAR QUE VAI PL CAR, ANOTANDO HAMAHA</i>		

*Dr. Ronaldo Gu...*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 17017

TIPO DE ALTA/BAIXA

DECISÃO MÉDICA  A PEDIDO  EVASÃO  TRANSFERÊNCIA  INTERNAÇÃO  ÓBITO:  ATÉ 48 HORAS  APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO:  FAMÍLIA  IML  ANAT. PATOL.

Impresso por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA machado em 25/12/2020 às 22:00:24  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*NA BANCADA AP/PP*

*Antonio Rene Rodrigues Baltazar S Filho*  
ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

*(Comarcado)*

*Dr. Ronaldo Gu...*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 17017

Hospital Distrital Dr. José Barroso de Oliveira  
Assento e cópia contém autêntica original  
*Manuel Brito*  
Adala Cavalcante  
Matrícula 2208



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Nº DE LAUDO		16000129694		Nº DA AIH	
UNIDADE HOSPITALAR				CGC/CNPJ	
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA				04885197000900	
DADOS DO PACIENTE					
NOME: Antonio Rene Rodrigues				DATA DE NASC: 9/3/199	
NOME DA MÃE: Luzinete Bandeira Rodrigues					
SEXO: M		ESTADO CIVIL:			
ENDEREÇO: Rua Colombia 260 J				MUNICÍPIO: Fortaleza	
BAIRRO: Itaco		CEP:			
DADOS DA INTERNAÇÃO					
CPF DO MÉDICO SOLICITANTE		CPF E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL		CPF E ASSINATURA DO DIRETOR MÉDICO	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO		PROCEDIMENTO SOLICITADO			DATA DA EMISSÃO
					/ /
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
<p>1 cte vítima de trauma                  havendo fratura diafise variz</p>					
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Risco Complicado					
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICAS					
Ampliação ex-fisica radiografia					
DIAGNÓSTICO FINAL					
Fratura diafise variz					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internamento Hospitalar					
CRM DO MÉDICO SOLICITANTE		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE		DATA	HORA
		 Dr. Ronaldo Guedes 0111 e Transmologia CREMEO 17019		25/1/19	

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira  
 Anexo ao Hospital de Especialidades  
 Rua Colombia 260 - J. Itaco - Fortaleza - CE  
 CEP: 04885-190  
 (85) 3101-1234

*Ronaldo Guedes*

- TIPO DE CLÍNICA
- |                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. CLÍNICA CIRÚRGICA    | 2. CLÍNICA OBSTÉTRICA      |
| 3. CLÍNICA MÉDICA       | 4. CLÍNICA FISIOPATOLÓGICA |
| 5. CLÍNICA PSIQUIÁTRICA | 6. CLÍNICA PEDIÁTRICA      |
| 8. OUTROS               |                            |

FROTINHA DE PARANGABA  
 Av. Osório de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará  
 Telefone (85) 3131-7322

**RESULTADO DE EXAMES DA BIOQUÍMICA**

Nome: Antônio Lima Rodrigues Balhoga N° Reg: 2136

Solicitante: Dr (a) \_\_\_\_\_ Data: 26/12/20

EXAME	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA	MÉTODO
Ácido Úrico	1	2,5 a 7,0 mg/dl	LABMAX
Albumina	1	3,5 a 5,5 g/dl	LABMAX
Amilase	1	25 a 125 U/L	LABMAX
Bilirrubina Total	1	Até 1,2 mg/dl	LABMAX
Bilirrubina Direta	1	Até 0,4 mg/dl	LABMAX
Bilirrubina Indireta	1	Até 1,0 mg/dl	LABMAX
Cálcio Iônico	1	1,15 a 1,32 mmol/L	POTOCIQUIMÉTRICO
Cloro	103	98 a 110 mmol/L	LABMAX
Creatinina	1	0,5 a 1,2 mg/dl	LABMAX
Fosfatase Alcalina	1	27 a 100 U/L	LABMAX
Fósforo	1	2,5 a 4,8 mg/dl	LABMAX
Gama GT	1	7 a 58 U/L	LABMAX
Glicose	1	65 a 110 mg/dl	LABMAX
Lipase	1	10 a 60 U/L	LABMAX
Magnésio	1	1,58 a 2,56 mg/dl	LABMAX
PCR	1	Até 6 mg/dl	LABMAX
Potássio	1	3,4 a 4,5 mmol/L	FOTOCOLIMÉTRICO
Proteínas Totais	1	6,0 a 8,0 g/dl	LABMAX
Sódio	1	134 a 146 mmol/L	FOTOCOLIMÉTRICO
TGO	1	10 a 39 U/L	LABMAX
TGP	1	10 a 45 U/L	LABMAX
Ureia	24	15 a 45 mg/dl	LABMAX

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Biomédica  
 CRBM - 6748

FROTINHA DE PARANGABA  
 Av. Osório de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará  
 Telefone (85) 3131-7322

**RESULTADO DE EXAMES DA HEMATOLOGIA**

Nome: Antônio Lima Rodrigues Balhoga N° Reg: 2136

Solicitante: Dr.(a) \_\_\_\_\_ Data: 26/12/20

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS	VALORES NORMAIS
Leucócitos	30.900	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	75 %	50 - 73 %
Mielócitos	1	0 - 5 %
Metamielócitos	1	0 - 1 %
Bastões	1	0 - 5 %
Segmentados	75 %	50 - 68 %
Eosinófilos	01 %	2 - 4 %
Basófilos	1	0 - 1 %
Linfócitos	20 %	23 - 35 %
Monócitos	04 %	1.500 - 3.500 /mm <sup>3</sup> 200 - 800 /mm <sup>3</sup>

Atipia em Linfócitos  Ausência de degeneração leucocitária  
 Ausência de Eosinófilo na Extra-contagem  Presença de Eosinófilo na Extra-contagem  
 Plaquetas aparentemente normais

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS	VALORES NORMAIS
Hemácias	5.460.000	Homem: 4,5 - 5,5 Milhões /mm <sup>3</sup> Mulher: 3,9 - 5,0 Milhões /mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	15,6	Homem: 13,0 - 11,0g /100ml Mulher: 11,0 - 14,0g /100ml
Hematócrito	46,9	Homem: 42 - 50% Mulher: 38 - 45%
Volume Corpuscular Médio	85,8	76 - 96 uug
HB, Corpuscular médio	28,5	27 - 30 uug
Conc HB, Corpuscular Médio	33,2	32 - 34 <sup>g</sup>
Plaquetas	269.000	150.000 - 450.000 /mm <sup>3</sup>

Hemácias Normocíticas e Normocrômicas  Hemácias Anisocíticas Anisocrômicas

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Biomédica  
 CRBM - 6748

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Antônio Rene Rodrigues Baltazar

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

25/12/2020

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

25/12/20

ADMISSÃO HOSPITALAR

Pela vítima de trauma 23/12/20

HAVENDO FRAT. DIAPHR. VENTRO, SA-AD

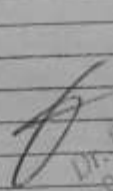
CONDUZIDO E CONSERVADO NA UTI, SEM

EVOLUIR CI PIONA DO DESVIL.

EM VIRTUDE DISSO, INTERNOU POTE

PI FRAT. CILINDRICO

EF: MENO VASCULAR PRESERVADO

  
 Dr. Ronaldo Cavalcante  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 17619

26/12

Assento egub.

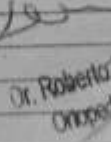
Distúrbio alimentar.

Sem PA no Ambulatório

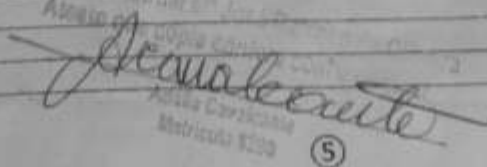
27/12

Assento egub.

Conti me

  
 Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM 4917

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

  
 Acuaribeiro  
 Médico

EVOLUÇÃO

27/12/2020 A.R.R.B. 21 anos, masculino, HB: Fratura de úmero @, evolui consciente, orientado, verbalizando, responde em os ambiente, aceita dieta oferecida U.O, nega comorbidades e alergia medicamentosa. Segue com cuidados da equipe. Encaminhado para posto 1. 1-103.

Dr. Bruno  
COTEN 13138

27/12/2020 A.R.R.B. 21a, masculino, HB: 4t de úmero de úmero @. Evolui consciente, orientado, um AA: Aceitando de 1a20. nega alergia e comorbidades sem queixas que os cuidados da equipe de enfermagem

Dr. Bruno  
COTEN 13138

28/12/2020 Fr. úmero  
Sócio RR

Dr. Bruno  
COTEN 13138

23/12/2020 A.R.R.B. 21 anos, masculino, HB: Fratura de diáfise úmero @, evolui consciente, orientado, verbalizando, responde em os ambiente, aceita dieta oferecida U.O, nega comorbidades e alergia medicamentosa, RUP em MSE positivo e sem sinais positivos. Segue com cuidados da equipe.

Dr. Bruno  
COTEN 13138

30/12/2020 Fratura úmero  
Fratura úmero

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia

Dr. Bruno  
COTEN 13138

HDMF  
NOME DO  
PRONT  
AN

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Antônio Rene Rodrigues Baltarosa

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO: / /

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

31/12

Fratura Unim. Distal

Fratura Unim. Distal

Dr. Antonio Luiz Viana  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 10000  
CREMEF: 10000

05/01/21

Fratura Unim. Distal

Antônio Rene Rodrigues Baltarosa

01/01/21 A. R. R. B. 21 anos, masculino, HB: Fratura de umero @; evoluí comente, orientado, reabilitado, eufórico, em ambiente aberto dieta líquida U.O, não comorbidades caloria medicamentosa. Segui em quizes no momento e aos cuidados da equipe.

Bueno

02/01/21

Fratura Unim. Distal

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 10000

03/01/21

A. R. R. B. 21 anos, HB: Fratura de unumero @; evoluí comente, orientado, reabilitado, eufórico, em ambiente aberto dieta líquida U.O, não comorbidades caloria medicamentosa. Segui em quizes no momento e aos cuidados da equipe.

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
CRM: 10000

05/01/21

De alta hospitalar sair acompanhado de sua família para o S. C. e F. J. O.

EVOLUÇÃO

03/01/2021 A.R.R.B. 21 anos, musculoso, MO. Fratura de diáfise do úmero D, evolui com anti-coagulante, verbalizando, eufórico, em ambiente, sem distúrbios vitais, seguir com cuidados da equipe.

Primo

04/01/2021 Paciente submetido a tratamento cirúrgico do fêmur do úmero direito sem alterações.

Dr. Nelson Silva de Matias  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMBC 14.957 TEST 1.6417

05/01/2021 A.R.R.B. 21 anos, em tratamento cirúrgico do fêmur do úmero D. Seguido, consciente, verbalizando, respirando espontaneamente, normotensor, normocorado, segue em observação.

05/01

Primo

Dr. Roberto Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia

06/01/2021 De alta hospitalar, sem acompanhamento de sua família.

Dr. W. de Souza  
COREN-CE 306109-ENF

Dr. José Roberto de Oliveira  
Médico Cirurgião  
Matrícula 2258

**PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Vitalidade	Manuseio	Revisão
11:			
15:			
20:			
06:			

HORARIO:	SINAIS VITAIS
23:20	
P.A.: 110x70	
TEMP.º: 36°	
P.J. MIN.:	
M.V. / MIN.:	

NOME: ANTONIO ZENA RODRIGUES PANTAZA IDADE: ENF.: LETO: Nº. PRONTUÁRIO:

RESPOSTA DO MÉDICO: SINOPSE: O.F. / EXAME FÍSICO: SINDROME

95/11/11 A. P. P. I. N. Canal SVD  
D. TraFe - 10 100 - 9 + 100 ml SF. O. 2x 1x 1x 12/11/11 5x 00:30  
Q. TraFe - 100 - 9 + 100 - 1 SF. O. 2x 1x 1x 8/11/11 5x 01:30

SN Vogt Admidade  
Noble Sater, Pen  
Engenharia e mesma  
pl. Observação de pl.  
Sh. hemograma e Sa. de  
debr. art. Cuidados de  
Enfermagem.

13:30 - Paciente admitido no  
07h 02 para de traumatologia

00:30: Paciente admitido no  
07h 02 para de traumatologia

00:30: Paciente admitido no  
07h 02 para de traumatologia

00:30: Paciente admitido no  
07h 02 para de traumatologia

Dr. Zena Rodrigues Pantaza  
Especialista em Medicina  
Fisioterapia - CRM 11019

Dr. Zena Rodrigues Pantaza  
Especialista em Medicina  
Fisioterapia - CRM 11019

Dr. Zena Rodrigues Pantaza  
Especialista em Medicina  
Fisioterapia - CRM 11019

**PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

SAE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá ser seguida obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:			
16:			
20:			
06:			

HORÁRIO:			
P.A.:			
TEMP.°:			
P./MIN.:			
M.V./MIN.:			

NOME: Antônio Raimundo Batista IDADE: 21 ENF.: B LEITO: 103 Nº. PRONTUÁRIO: 289363

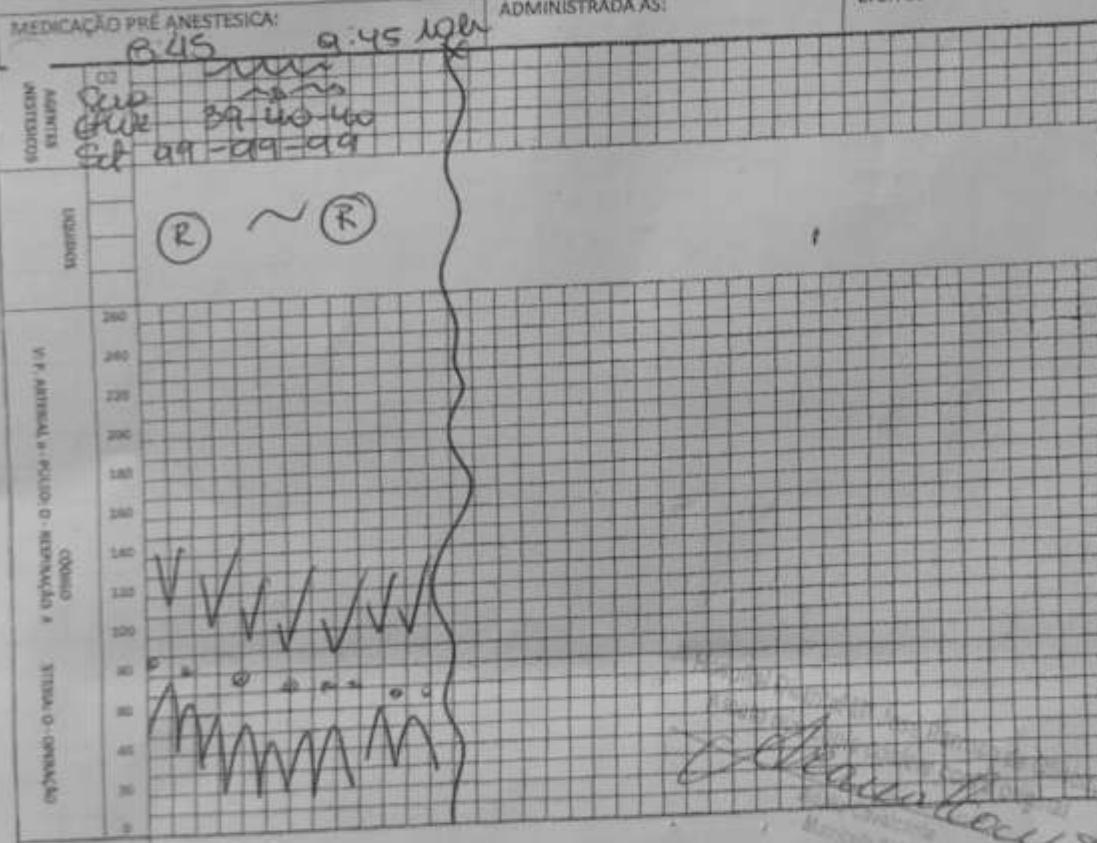
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Incl. Dieta)
<u>05</u>	DIETA GERAL IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 HS DIPIRONA 01 AMP+18 CC SF EV 6/6 HS SN TRAMMAL 100 mg + 100 ml SF EV SN CEFALOTINA 1gr EV 6/6 HS SINAIS VITAIS		<u>ste-pain da alta hospitalar</u>	
<u>05</u>				
<u>07</u>				

*[Handwritten signatures and stamps]*  
 Assinatura: [Signature]  
 Nome: [Name]  
 Cargo: [Title]  
 Assinatura: [Signature]  
 Nome: [Name]  
 Cargo: [Title]

FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Anto Rene Rodrigues Ballozan PRONTUÁRIO 289363 ENFER./LEITO: \_\_\_\_\_

DATA DA CIRURGIA: <u>04/01/21</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>120x80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>12</u>	SATURAÇÃO: <u>100</u>	PULSO: <u>90</u>	PESO:	ALTURA:	TEMPERATURA:
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMACIAS:	HEMATOCRITO:	HEMOGLOBINA:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:	
APARELHO URINÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/>					DIURESE:		
APARELHO RESPIRATORIO: <input checked="" type="checkbox"/>				ASMA: <input checked="" type="checkbox"/>	BRONQUITE: <input checked="" type="checkbox"/>		
APARELHO CIRCULATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/>				ELETROCARDIOGRAMA: <u>normal</u>			
APARELHO DIGESTIVO: <input checked="" type="checkbox"/>				DENTES:	PESCOÇO:		
ESTADO MENTAL: <u>consciente</u>	ATARÁXICO	ALERGIAS: <input checked="" type="checkbox"/>		CORTICOIDES:	HIPOTENSORES:		
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: <u>Fratura de osso</u>				ESTADO FÍSICO: <u>Boa</u>	RISCO: <u>Ax 2</u>		
ANESTESIAS ANTERIORES:				TEMPO DE JEJUM PRÉ-ANESTÉSICO:			



**INDUÇÃO**  
 SATISF.: \_\_\_\_\_ EXCIT.: \_\_\_\_\_  
 LENTA: \_\_\_\_\_ TOSSE: \_\_\_\_\_  
 NAUSEA: \_\_\_\_\_ VÔMITOS: \_\_\_\_\_  
 LARINGO ESPASMO: \_\_\_\_\_  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

**MANUTENÇÃO**  
Aluprina 2g IV  
Diprivena 2g IV  
Oxometazona 8mg  
Propofol 200mg  
Atorvastato 20mg  
Febrofil 200mg  
Propofol 200mg  
Succinil 50mg  
hidro 21 2mg BP  
Dromil 200mg

ANESTESIA SATISF.:  SIM  NÃO  
 NÃO, POR QUÊ? devido de  
higiene de pele

**DESPERTAR**  
 REFLEXOS NA S.O.: \_\_\_\_\_  
 OBSTR.: \_\_\_\_\_ CO2: \_\_\_\_\_ EXCIT.: \_\_\_\_\_  
 NAUSEA: \_\_\_\_\_ VÔMITOS: \_\_\_\_\_  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

COM CÂNULA PARA O LEITO:  
 SIM  NÃO  
 CONDIÇÕES:  
Sat=99%  
etamp

AGENTES: Plaq de vlexo moquid via reproduzível +

TÉCNICA: Cuel Balonceca CÂNULAS: 7.5/1.0 alf

CIRURGIA: TC de fratura de osso + enxerto osso

ANESTESISTAS: Dr Patrícia

CIRURGIÕES: Dr Rafael + Dr Nelson

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

PERDA SANGÜÍNEA:

  
 Patrícia Santos  
 Médica Anestesiologista  
 CRM/CE 15987  
 RQE 10402

Paciente: Antônio Rene Rodrigues Baltozar  
Data da Operação: 04/01/21 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Operador: Dr. Nelson Matias 1º Auxiliar: Dr. Rafael Cavalcante  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ 3º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Patrício

Tipo de Anestesia: Bloqueio + Geral  
Diagnóstico Pré-operatório: Fratura comunitiva de umero (D)

Tipo de Operação: Ho. Cr. fratura de umero 30718058  
luxerto osseo 30732026  
Diagnóstico Pós-operatório: \_\_\_\_\_

Relatório Imediata Patologista: \_\_\_\_\_  
Exame 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 Viscemas

- 1) PDD + AAS + Campos
- 2) Acesso anterior ao umero direito
- 3) Redução de fratura e fixação com placa de PVP largo de 4,5mm
- 4) Acesso sobre o olecrano por refixo do de luxerto autologo metafixação
- 5) Aposição de luxerto em fatur do foco de fratura
- 6) Controle radiográfico
- 7) Lavagem do ferido
- 8) Sutura de pele
- 9) Curativo

Hospital Municipal Dr. José Barros de Oliveira  
Av. Saldes de Paula nº 132 - Parangaba - Fortaleza/CE  
Rafael Cavalcante  
Atala Cavalcante  
Médico 4258

Rafael da Silva Cavalcante  
Dr. Rafael da Silva Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 14.370/RQE - ESAB/TEOF: 14.316

Nelson Matias  
Dr. Nelson Matias  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 14.370/RQE - ESAB/TEOF: 14.316

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR  
289763  
9-March-1999 M

CXDI Cor  
28-December

R

DX  
LittleEndianExplicit  
Images: 2/2  
Series: 1

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR  
289763  
9-March-1999 M

CXDI Control  
28-December

R

DX  
LittleEndianExplicit  
Images: 1/2  
Series: 1

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR  
289763  
9-March-1999 M

CXDI Control Software N  
4-January-2021 16:09:39

R

DX  
LittleEndian  
Images: 1/1  
Series: 2

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR  
289763  
9-March-1999 M

CXDI Control Software  
4-January-2021 16:09

R

DX  
LittleEndianExplicit  
Images: 1/1  
Series: 1

ANTONIO RENER RODRIGUES BALTAZAR(OBS 020XDI Control Software

289763

27-December-2020

9-March-1999 M  
R



DX  
LittleEndianExplicit  
Images: 1/1  
Series: 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME  
**ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
20083023040 SSP CE

CPF  
611.412.713-70

DATA NASCIMENTO  
09/03/1999

FILIAÇÃO  
ROBERTO STENIO COELHO  
BALTAZAR  
LUZINEIDE BANDEIRA  
RODRIGUES

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
A

Nº REGISTRO  
**07315265672**

VALIDADE  
**13/06/2024**

1ª HABILITAÇÃO  
**13/08/2019**

OBSERVAÇÕES  
A ;

*Antonio Rene Rodrigues Baltazar*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**FORTALEZA, CE**

DATA EMISSÃO  
**01/12/2020**

*Igor Vasconcelos Ponte*

ASSINATURA DO EMISSOR

48858705034  
CE178435040

**CEARÁ**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1854985880

1854985880

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086208/21

**Vítima:** ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

**CPF:** 611.412.713-70

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/12/2020

**Titular do CPF:** ANTONIO RENE  
RODRIGUES BALTAZAR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR : 611.412.713-70**

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: 24/03/2021  
Nome: ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR  
CPF: 611.412.713-70

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2021  
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ  
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ