São Benedito / Vara Única da Comarca de São Ben

0000862-95.2018.8.06.0163

JUSTIÇA GRATUITA

Classe	:	Procedimento Comum
Assunto principal	:	Seguro
Competência	:	Cível Interior
Valor da ação	:	R$ 9.450,00
Volume	:	1
Requerente	:	**FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA**
Advogado	:	Bernardo Luis de Carvalho Lima (OAB: 32298/CE)
Requerido	:	**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**
Distribuição	:	Sorteio - 14/01/2019 13:25:22

113.

Va

Vara Única

BERNARDO CARVALHO
advocacia

SECRETARIA ÚNICA
Fls. 02

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO BENEDITO-CE

862-95.2018

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, PELO RITO ORDINÁRIO

FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA, brasileiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 018.642.683-60 e RG nº 2001099102578, residente e domiciliado na Estrada Única do Sítio Muricituba, s/n, Zona Rural, São Benedito-Ce, Cep: 62.373-000, por intermédio de seu advogado que esta subscreve, inscrito na OAB/CE nº 32.398, com escritório profissional na Rua. Cap. Miranda, 353, sala 103, 1º andar, Centro de São Benedito – CE, onde recebe intimações de praxe vem com o devido respeito e acatamento à presença de Vossa Excelência, propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE – DPVAT**, face a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT S/A,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, 74, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos a seguir expostos:

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1º Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com

PRELIMINAR

ANTECIPAÇÃO DE PROVA

Preliminarmente requer ao nobre julgador determinar que o Autor se submeta antecipadamente a nova perícia médica a ser realizada por perito eleito por este juízo, já que tal instrumento processual tem a potencialidade de viabilizar a auto composição, como dita o Art. 381, II do CPC.

JUSTIÇA GRATUITA

O requerente, preliminarmente, pugna pelo benefício da Justiça Gratuita, nos termos do Art. 99 do CPC, eis que não desfruta de condições financeiras para arcar com despesas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio, conforme declaração de pobreza anexa.

DOS FATOS

O requerente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em local e data conforme Boletim de Ocorrência em anexo. Como consequência do evento o requerente adquiriu incapacidade permanente para locomoção e para qualquer função laboral, conforme documentos médicos em anexo.

Diante de tal circunstância, tornou-se beneficiário da indenização por invalidez permanente prevista no art 3º, inciso II da Lei nº 6.194/74, que trata do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres – DPVAT.

Destarte, pleiteou o pagamento de indenização por invalidez junto à Requerida, o que não aconteceu, quando recebeu a negativa do pedido por falta de comprovação documental, sendo que todos os documentos necessários foram enviados a seguradora, todos em anexo.

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1º Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com

Ocorre Excelência, que a negativa do pedido não deve prosperar, uma vez que toda a documentação foi devidamente entregue, o qual de ser indenizado pelo sinistro ocorrido.

DO DIREITO

O Seguro DPVAT tem como um de seus escopos, dentre outros, pagar indenização àqueles que experimentam danos pessoais oriundos de acidente de trânsito, conforme expressa no já citado art. 3º da Lei nº 6.194/74.

DO QUANTUM INDENIZATORIO

A pretensão Autoral aqui apresentada é de questionar o valor pago pela Requerida, uma vez que o sinistro ocorreu sob a égide da **Lei nº 11.945/2009.**

Referida lei, em seu art. 32, estabeleceu que a Lei no 6.194/74 passou a vigorar, desde 16.12.2008, acrescida de tabela relativa aos percentuais indenizatórios para seguro DPVAT, ora transcrita:

Danos Corporais Totais **Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico**	**Percentual da Perda**
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental	
alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre	
deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d)	
comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos	

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1º Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com

Ocorre Excelência, que a negativa do pedido não deve prosperar, uma vez que toda a documentação foi devidamente entregue, o qual de ser indenizado pelo sinistro ocorrido.

DO DIREITO

O Seguro DPVAT tem como um de seus escopos, dentre outros, pagar indenização àqueles que experimentam danos pessoais oriundos de acidente de trânsito, conforme expressa no já citado art. 3º da Lei nº 6.194/74.

DO QUANTUM INDENIZATORIO

A pretensão Autoral aqui apresentada é de questionar o valor pago pela Requerida, uma vez que o sinistro ocorreu sob a égide da **Lei nº 11.945/2009.**

Referida lei, em seu art. 32, estabeleceu que a Lei no 6.194/74 passou a vigorar, desde 16.12.2008, acrescida de tabela relativa aos percentuais indenizatórios para seguro DPVAT, ora transcrita:

Danos Corporais Totais **Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico**	**Percentual da Perda**
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental	
alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre	
deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d)	
comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos	

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1º Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com

funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	**Percentuais das Perdas**
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Assim passou a estabelecer a Lei 6.194:

> *Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2o desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).*
> *(...)*
> *II - até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).*

No caso em tela, os documentos médicos apresentado e aceito pela seguradora atesta que a parte autora sofreu invalidez permanente.

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1º Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com

Dessa forma, deve ocorrer a aplicação da tabela para o pagamento de 70% **(setenta por cento)** da indenização prevista, fazendo jus ao recebimento correspondente ao valor de **R$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**.

Insta salientar, que as sequelas experimentadas pela vítima do respectivo acidente de trânsito, caracterizando invalidez permanente, restam inequívocas e de intensa repercussão na vida deste, que passará a ter dificuldade ininterrupta de locomoção e capacidade cognitiva e comportamental prejudicada, devidamente atestadas em Laudo Médico expedido para este fim, constatando incapacidade funcional permanente.

É *mister* consignarmos, ainda, que essa importância é devida mesmo que o beneficiário tenha assinado recibo dando plena quitação à requerida, o que de fato não ocorreu. Essa postura é assente em nossos tribunais:

> QUITAÇÃO. - A quitação é limitada ao valor recebido, não abrangendo o direito à complementação da indenização, cujo valor decorre de lei. (SÚMULA Nº 14.Turmas Recursais dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do Estado do Rio Grande do Sul).

LEGITIMIDADE PASSIVA

Qualquer companhia seguradora é parte legítima para figurar no pólo passivo de ações decorrentes de Seguro DPVAT. Esta assertiva é corroborada pela mais inteligente jurisprudência:

> CONSÓRCIO OBRIGATÓRIO. - O consórcio obrigatório do seguro DPVAT institui solidariedade entre as seguradoras participantes, de modo que, independentemente de qual delas tenha liquidado administrativamente o sinistro, qualquer uma poderá ser demandada pela respectiva complementação de indenização, inocorrendo ilegitimidade passiva por esse motivo. (SÚMULA Nº 14. Turmas Recursais dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do Estado do Rio Grande do Sul).

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1º Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com

A requerida, como companhia seguradora que é, tem total legitimidade para integrar a relação processual que agora se instaura. Como forma de corroborar ainda mais essa posição, basta citarmos que a análise da documentação acostada tem o condão de demonstrar que todo o trâmite administrativo foi por ela realizado.

DO PEDIDO

Na vertente das considerações narradas, requer:

A) a tramitação da presente ação pelo rito ordinário;

B) os benefícios da assistência judiciária, com base no Art. 99 do CPC, uma vez que Requerente é juridicamente pobre, nos termos dos documentos anexos;

C) a citação da Requerida no endereço supracitado, por correspondência com AR, para, querendo, contestar o presente feito, sob pena de revelia;

D) a produção antecipada de prova pericial no intento de viabilizar a auto composição, como dita o Art. 381, II do CPC;

E) sua condenação ao pagamento da importância de **R$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** valor este referente à diferença que deixou de pagar ao requerente em decorrência da indenização por invalidez permanente, oriunda do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres – DPVAT, requerendo, ainda, atualização monetária até a data da efetiva quitação;

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1° Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com

SECRETARIA ÚNICA Fls. 08

F) sua condenação ao pagamento de honorários advocatícios na base de 20% (vinte por cento) do valor da causa e custas processuais;

G) a prova de todas as assertivas apresentadas por todos os meios em Direito admitidos.

Dá-se à causa o valor de **R$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**.

Termos em que,

Pede deferimento

São Benedito, 21 de Novembro de 2018.

Bernardo Luís de Carvalho Lima
OAB/CE 32.298

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1º Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com

BERNARDO CARVALHO
advocacia

SECRETARIA ÚNICA Fls. 09

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: **FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA**, brasileiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 018.642.683-60 e RG. nº 2001099102578, residente e domiciliado na Estrada Única do Sítio Muricituba, S/N, Zona Rural, São Benedito-Ce, Cep 62370-000, habilita os advogados, BERNARDO LUIS DE CARVALHO LIMA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 32.298 e CARLOS HENRIQUE CARVALHO ALCANTARA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 24.860, todos com endereço profissional na rua Cap. Miranda, 353, 1º andar, Sala 103, Centro, São Benedito – CE, a quem concede poderes com cláusula *AD JUDICIA* e *EXTRA JUDICIA*, para a interposição de competente Ação Cível de Indenização contra a SEGURADORA LÍDER no foro da comarca de São Benedito – CE, conforme estabelecido no art. 105 do Novo Código de Processo Civil pátrio, podendo acompanhar todos os atos de quaisquer processos judiciais e/ou administrativos em que figurar no pólo passivo ou ativo o Outorgante, agravar, apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos ou documentos de qualquer natureza, produzir provas e justificações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar ao direito que se funda, receber e dar quitação, firmar compromisso, desistir, obter cópia de quaisquer documentos inerentes ao Outorgante junto a órgãos da administração pública ou entes privados, RECEBER ALVARÁ EM NOME DA OUTORGANTE, finalmente tudo o que mais se fizer necessário para o completo desempenho deste mandato. Dando tudo por bom e valioso.

São Benedito – CE, 14 de Novembro de 2018.

x Francisco Armando Ribeiro da Silva

OUTORGANTE

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1º Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com

BERNARDO CARVALHO
advocacia

SECRETARIA ÚNICA
Fls. 10

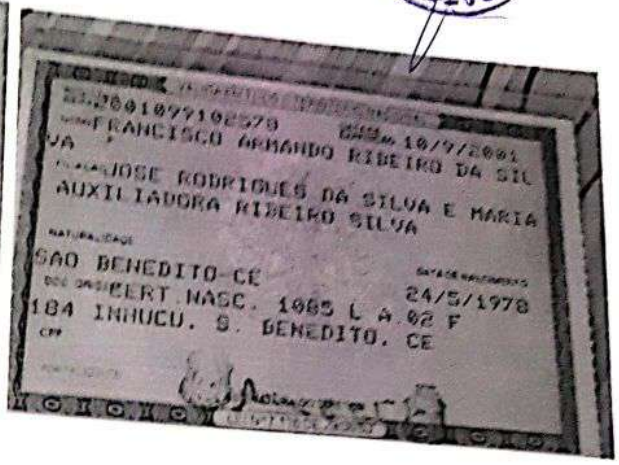
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA**, brasileiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 018.642.683-60 e RG. nº 2001099102578, residente e domiciliado na Estrada Única do Sítio Muricituba, S/N, Zona Rural, São Benedito-Ce, Cep 62370-000, desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declaro, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950 e do Art. 99 do Novo Código de Processo Civil, faço jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

São Benedito/CE., 14 de Novembro de 2018

Francisco Armando Ribeiro da Silva
declarante

Dr. Bernardo Luís de Carvalho Lima OAB/CE 32.298
Rua Capitão Miranda, 353, 1º Andar, Centro, São Benedito – CE, CEP.: 62.370-000
Tel.: (88)9 9634-3989 | brnardo17@hotmail.com




MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
018.642.683-60
Nome
FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
Nascimento
24/05/1978

SECRETARIA ÚNICA
Fls. 12

Nº DO CLIENTE
2916396

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CNPJ 07040266000170 | CGF 06.109.040-3

enel

Fls. 13

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 545362186

Rota 30 31004 02 025950 - 6
Data de Emissão 15/10/2018
Nome MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA
End. Postal ST MURICITUBA 00000
- SAO BENEDITO -
Medidor 1396416
Classe B2 - 04-RURAL 01-AGROPECUARIA MONOFASICO
Poste 0000 0000
RG / CPF / CNPJ 861294653-00
Nome do Responsável
CGF

	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
[illegible]	13/11/2018	13/11/2018

	Alíquota	Valor do Imposto
[illegible]		

[illegible] AO CONTROLE FISCA
[illegible] .ICE.3102.9261.PHE

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto
Mês Out/2018
DICRI= 0.00 P
EUSD 22.45

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	12.55	21.17	42.34	0.00	0.00	0.00
FIC	7.59	15.19	30.37	0.00	0.00	0.00
DMIC	5.68			0.00		

[illegible] SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Anterior	Leit. Atual	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
[illegible]	[illegible]	12765	1.00	[illegible]	0.00			[illegible]
15/10/18	14/09/18			31 DIAS		134		57,41

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R$ 7,27)	57,41

[illegible] 21/11/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 57,41

[illegible] VALOR DE CONSUMO

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	16,[illegible]
[illegible]	4,[illegible]
[illegible]	4,[illegible]
[illegible]	57,41

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

132	134	169	134	111	137	124	139	98	32	33	34	32

[illegible] - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)
[illegible] consumo de energia elétrica
Compensação de CO_2 0,00 (CO_2)
Compensação Ecológica (CO_2)
[illegible]

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 17/07/2016 CPF DA VÍTIMA 018.642.683-60

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO MONTEVIDEU II,

Nº S/N COMPLEMENTO BAIRRO ZONA RURAL

CIDADE SÃO BENEDITO UF CE CEP 62.370-000

E-MAIL TELEFONE (88) 99720-5859

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) 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)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) 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

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06/02/2017

IDENTIDADE 2001 099 102578

ASSINATURA Francisco Armando

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

SEGURADORA LIDER DPVAT 15/03/2017 12:16 - 08000164557

SECRETARIA ÚNICA FIS. 14

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

SECRETARIA
Fls. 15

Nº DO SINISTRO _____ "0014" Outros

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2001 099 1 02578
CPF 018 642 683-60 /CNPJ ___-___-___-___ EXPEDIDO POR SSP-CE EM 10/09/2001 E
E RENDA MENSAL DE R$ 300 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA, PROFISSÃO AGRICULTOR
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3845 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 16327/3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SEGURADORA LIDER DPVAT 05/05/2017 11:00 - 000001153 59

São Benedito, 05 de MAIO de 2017 Fco. Armando Ribeiro da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização **de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso **de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 11/02/2017 12:18 - 000000164988

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 29/03/2017 17:54 - 000000197794

SECRETARIA
Fls. 16
JUCA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

033-617991730-6

02/FEV/2017 HORA DF 12:45:28

LOT. 5.023974-0 TERM 052962
LOCALIDADE: SAO BENEDITO
AG. VINCULADA: 3845 CONTROLE: 33100215

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SIL
AGÊNCIA: 3845
OPERAÇÃO: 013
CONTA-DV: 0016327-3
DATA DE ABERTURA: 02/02/2017

LOTERIAS CAIXA

033-617991730-6

1ª VIA

Comprovante de residência
"0015"

SECRETARIA
Fls. 17

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA,
RG nº 2001099102578, data de expedição 10/09/2001, Órgão SSPDF,
CPF nº 018.642.683-60, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SÍTIO MURICITUBA
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	SÃO BENEDITO
Estado	CEARÁ
CEP	62-370-000
Telefone de Contato	(88) 99720-5859
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São Benedito 03 de fevereiro de 2017.

Assinatura do Declarante: Francisco Armando Ribeiro da Silva

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 15/02/2017 12:17 - 000001649822

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 29/03/2017 17:54 - 000001497795

2916396-0

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

Rota 30 31004 02 078000 - 1

438597744

Nome MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA

Data de Emissão 14/07/2016

End. Postal ST MURICITUBA 00000 - SAO BENEDITO -

Medidor 1396416

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 86129463-00

Nome do Responsável

Poste 0000 0000

Fator de Potência 0,00

CGF

	Data do Apresentação	
Jul/2016	14/07/2016	16/08/2016

Conjunto

Base do Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

DICRI = 8,08 P

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	18,73	21,46	42,92	2,65	0,00	0,00
FIC	7,67	15,34	30,69	1,08	0,00	0,00
DMIC	5,78			2,65		

4150.F36E.2EF8.A58C.A239.2538.CFA6.7F7F

			Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. FCL	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
12187	11978	1,00	129	0,00			45,26
14/07/16	14/06/16		30 DIAS		129		

VALOR CONSUMO DO MES 45,25

MULTA MORATORIA REF 04/2016 45,26

0,76

16/08/2016 40,02

Energia	27,50
Transmissão	0,65
Distribuição	5,25
Encargos Setoriais	1,57
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,33
TOTAL	38,32

PZE	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov
	121	129	121	134	119	122	117	127	116

55,75	0,00	

Informações importantes e avisos de vencimento

SEGURADORA LIDER DPVAT © 7 15/02/2017 12:17 - 000000164983

SEGURADORA LIDER DPVAT © 7 29/03/2017 17:54 - 000000197796

Fls. 18

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
FLS. 19

Eu, FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2001099102578, e inscrito no CPF/MF sob o nº 018.649.683-00, residente e domiciliado na SÍTIO MURICITUBA, S/N, ZONA RURAL, Cidade SÃO BENEDITO, Estado CEARÁ, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 13/03/2017 12:16 - 00000016496D

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 13/03/2017 17:32 - 00000014720

Francisco Armando Ribeiro da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SÃO BENEDITO 03 FEVEREIRO DE 2017

Local e data

"0031"

Autorização de pagamento

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 20

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA, RG nº 9602802 3121, Órgão SSP-CE, data de expedição 11/07/1996, portador do CPF nº 861.294.653-00, com domicílio na cidade de SÃO BENEDITO, no Estado de CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SÍTIO MURICITUBA, complemento ZONA RURAL, nº S/N, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA cujo o condutor era FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN KS
Ano: 2010
Placa: NVB 8796
Chassi: 9C2JC4110AR659266
Data do Acidente: 17/07/2016
Local e Data: SÃO BENEDITO.

Maria Auxiliadora Ribeiro da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SELO DE AUTENTICIDADE 2015
IBQ 024
CF078.76
CARTÓRIO AMARAL
Rua C... S...
Tel.: 3629.1197

MARIA SOCORRO A. AMARAL
Substituta
Cartório Amaral

Reconheço a (s) firma (s) de Maria Auxiliadora Ribeiro da Silva
Por (x) semelhança
Em test. ___ de verdade.
Dou fé.
São Benedito-CE. 08/05/2017
Francisco Wagner de Almeida Amaral
TABELIÃO

SEGURADORA LIDER WART & 5 19/05/2017 11:00 - 000001153/1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 96028029121

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/7/1996

NOME MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA

FILIAÇÃO N-C E ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

NATURALIDADE MUCAMBO-CE

DOC ORIGEM CERT.NASC. 3085 L B16 F 73V SÃO BENEDITO-CE 9/10/1951

FORTALEZA/CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº7 116 DE 29/06/83

0012

SECRETARIA DE VARA ÚNICA Fls. 21

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria Auxiliadora Ribeiro Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA

Nº de Inscrição
861294653-00

Data do Nascimento
09/10/51

SEGURADORA LIDER DPVAT & 5 19/05/2017 11:00 - 000000115362

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 01285187336 0

VIA: 01 | CÓD. RENAVAM: 00253043654 | R.N.T.R.C.: 0000000000 | EXERCÍCIO: 2016

PPT

NOME: MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SIL
****
SAO BENEDITO /CE

CPF / CNPJ: 86129455300 | PLACA: NVB8796/CE

PLACA ANT. UF: /CE | CHASSI: 9C2JC4110AR659266

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS | ANO FAB.: 2010 | ANO MOD.: 2010

CAP / POT / CI.: 2P/OCV/124CC | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA — COTA ÚNICA: ********,** | VENC. COTA ÚNICA: **/**/** | VENC. COTAS: 1ª **/**/**** 2ª **/**/**** 3ª **/**/****

FAIXA I.P.V.A.: ******** | PARCELAMENTO / COTAS: ********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO: **/**/****

OBSERVAÇÕES: **********

LOCAL: SAO BENEDITO | DATA: 08/07/2016

Igor Pontes
Superintendente DETRAN-CE

CE Nº 01285187336 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.
www.dpvatseguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA: 01 | CPF / CNPJ: 86129455300 | EXERCÍCIO: 2016 | DATA EMISSÃO: 08/07/2016

RENAVAM: 00253043654 | PLACA: NVB8796

ANO FAB.: 2010 | DAT. TAXE: 09 | MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

Nº CHASSI: 9C2JC4110AR659266

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
127,04	14,34	143,33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO DE SEGURADO (R$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO: [2] COTA ÚNICA | PARCELADO | DATA DE CITAÇÃO: 07/07/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: JC41E1A659266 00343

012851873360
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE _____ DE _____

ASSINATURA

00343
NVB8796
COD. RENAVAM
00253043654
2511 00685

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 22

SEGURADORA LIDER DPVAT E 7 15/02/2017 12:17 - 000000164985

SEGURADORA LIDER DPVAT E 7 29/03/2017 17:59 - 0000001927173

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO BENEDITO

Boletim de Ocorrência
0001

FLS.
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 547 - 139 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/01/2017 09:35:53**
Data / Hora da Ocorrência: **17/07/2016 15:25:00**
Endereço da Ocorrência: **BAIXA DO CEDRO**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: Município: **CARNAUBAL/CE**

SECRETARIA DE VARA UNICA
Fls.

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA**
Nascimento: **24/05/1978** CPF: **018.642.683-60**
RG: **2001099102578** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA AUXILIADORA RIBEIRO SILVA**

Endereço: **SITIO MURIÇITUBA**
Bairro: **SITIO MURIÇITUBA**
Município: **SAO BENEDITO/CE** CEP:
País: **BRASIL**
Telefone:

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **NVB8796** Uf: **CE** Município: **SAO BENEDITO** Chassi: **9C2JC4110AR659266** Renavam: **253043654** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante vem relatar que fora vítima de acidente de trânsito no dia e local supracitado. Afirma que estava em uma moto de propriedade de sua genitora em sua mão de direção certa, indo em direção a Carnaubal, quando duas motocicletas vinham em sua direção contrária, tendo um dos veículos tentado ultrapassar, chegando a colidir "de raspão" com o declarante, no retrovisor esquerdo. Afirma que, diante disso, perdera o controle do veículo , caindo na pista. Que fora encaminhado ao Hospital De Carnaubal e depois para UPA de São Benedito, necessitando se submeter a um procedimento cirúrgico no Hospital de Tiangua em sua mão esquerda. Testemunha do ocorrido fora a esposa do seu tio chamada Eva. Nada mais disse.///

SEGURANÇA LIDER SPUAT @ 7 23/03/2017 17:52 - 00000197764

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO BENEDITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
NINIVE XIMENES ARAUJO - MAT.: 300675-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Armando Ribeiro da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
ANASTÁCIO AGUIAR MUNIZ - MAT.: 133804-1-4

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 547 - 139 / 2017

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 24

53

UPA24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO — MINISTÉRIO DA SAÚDE — GOVERNO FEDERAL — Governo do Estado do Ceará — Prefeitura Municipal de São Benedito

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Francisco Armando [illegible]

Sexo: M (X) F ( ) DN: 23/05/78 Idade: 38 Raça/Cor: Parda

Município de Origem: ( ) São Benedito ( ) Outro Município:

Endereço: Sítio Maricatan

Telefone: ( )

SUS: 16.2322.17.897.0006.1 RG:

Data do Atendimento: 17/07/16 Hora: 15:25 Recepção:

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial x mmHg

FR: Irpm FC: bpm DX: mg/dL

Classificação da dor: ( ) Sem Dor ( ) Leve (X) Moderada ( ) Intensa ( ) Insuportável

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco:

- [ ] 0 MIN. - EMERGÊNCIA (VERMELHO) -Necessita de atendimento Imediato
- [ ] 10 MIN. - MUITO URGENTE (LARANJA) -Necessita de atendimento praticamente Imediato
- [ ] 50 MIN. - URGENTE (AMARELO) -Necessita de atendimento rápido, mas podem aguardar
- [ ] 120 MIN. - POUCO URGENTE (VERDE) -Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.
- [ ] 240 MIN. - NÃO URGENTE (AZUL) -Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.

Assinatura do Profissional:

SECRETARIA DE VARA ÚNICA Fls. 25

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 15/02/2017 12:16 - 000000164962

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 29/03/2017 17:52 - 000000197772

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA/ EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA (S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Dr. José Ribeiro N.
MÉDICO
CRM 16255

MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OPTEI POR NÃO REALIZAR PROCEDIMENTO/ MEDICAÇÃO PRESCRITO PELO MÉDICO PLANTONISTA

Assinatura do Usuário/ Responsável

DESTINO:

( ) Alta ( ) Observação

( ) TRANSFERÊNCIA: ( ) Hospital de Origem ( ) Outro

Assinatura do Usuário ou Responsável

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 26

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

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 27

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 13000013760
NÚMERO DA AIH: 2316105438999

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2560852 - HOSP MATERN MADALENA NUNES
CNES/ESTABELECIMENTO EXECULTOR: HOSP MATERN MADALENA NUNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 23/05/1978 - 38 anos
NOME DA MÃE: MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA
NOME DO RESPONSÁVEL: MARIA AUXILIADORA RIBEIRO
SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO: SÍTIO MURICITUBA
TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231230 - SAO BENEDITO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 88 - 93309539
UF:
BAIRRO:
CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S628 - Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:
DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020342-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)
CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA INTERNAÇÃO
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016288326866 - DANILLO CONSERVA ARRUDA
CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
ESPEC. CLÍNICA: GERAL
DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 04/08/2016 - 11:10 **DATA-HORA INTERNAÇÃO:** 04/08/2016 - 15:59

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

04/11/16

Hospital e Maternidade Madalena Nunes
ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

Controle de [illegible]

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 28

Nome do Paciente: Francisca Armanda Ribeiro da Silva 173492

RECEPÇÃO

ORDEM	DESCRIÇÃO		
01	Autorização do município para a realização do procedimento		
02	Identificação do paciente em todos os cabeçalhos (nome completo, nº de prontuário, endereço, CPF, RG, etc)	OK	Sônia
	Checagem no sistema	-	Cláudia
		-	

ENFERMAGEM

ORDEM	DESCRIÇÃO	CHECK	CARIMBO
	Admissão do paciente (sinais vitais, peso, estatura, etc.)		
	Anamnese		
	Prescrição médica (conferir se todos os dias de internação há registro de evolução do paciente.)	—	
	Evolução de enfermagem (conferir se todos os dias de internação o paciente houve registro de evolução do paciente)	OK!	Liliane Aguiar COREN-CE 420337 Enfermeira
05	Exames solicitados (laboratoriais, VDRL, HIV, raio X, endoscopia, ultrassonografia, etc Bio Emplantes	OK!	
06	Ficha de controle de antimicrobiano	OK!	
07	Boletim de sangue (anexado)	—	
08	Check list de cirurgia segura	OK!	Liliane Aguiar COREN-CE 420337 Enfermeira
09	Devolução da medicação não utilizada	OK!	
10	Sinal de alta	—	
		OK!	Liliane Aguiar COREN-CE 420337 Enfermeira

RECEPÇÃO

ORDEM	DESCRIÇÃO				
16	Decolbimento do cabo do ativo	05 08 16	13:00	OK	Larissa
16	Alta do paciente	05 08 16	13 24	OK	Larissa

Observações do prontuário: [illegible]

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA					
Nascimento 5/1978	Local SAO BENEDITO				
	Raça/Cor Branca	Etnia	País Nacionalidade Brasil		Prontuário/Atendimento 183492/0008
Cartão Atendimento(s) Idade: 2001099105578			Estado Civil Solteiro(a)	Religião CATÓLICA	Idade 38 Ano(s)
Endereço O BURICITUBA		Nº SN	Bairro Z\. RURAL	CNS 16.2322.178.9700-05	
9530-9539	Profissão AGRICULTOR			Município SAO BENEDITO-CE	
Responsável NICSOC			Empresa		CEP 62370-000
Endereço Responsável				CPF do Responsável	Fone Empresa
A AUXILIADORA RIBEIRO			Cônjuge		Fone Responsável
			Pai JOSE RODRIGUES DA SILVA		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data 2016 10:39	Quarto/Leito 129-0001	Aposento ENFERMARIA	Clínica TRAUMA-ORTOPEDIA	Setor POSTO ENF 1	
Médico LO CONSERVA ARRUDA		Matrícula	Autorização	Dias 0	Guia
Diagnóstico Principal Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão			CID Complementar S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e		CRM 16409
Enfermeira KELVIA FERNANDES DE LIMA		Procedimento SUS			
Saída 08.2016	Hora 09:00	Condição da Saída Curva			Sisprenatal
				Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

baixo assinado_____, pessoa responsável pelo nte_____, DÀ PLENA AUTORIZAÇÃO aos médicos do SPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES, que o assistirem, para fazerem investigações essárias ao diagnóstico para a execução e tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as osições contidas no regulamento do estabelecimento.OBS: O Hospital só se responsabiliza por tos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

GUA, 4 de agosto de 2016.

Assinatura do responsável

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: AGDA KELVIA FERNANDES DE LIMA

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá - CE - CEP: 62320-000
PABX: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01
www.saocamilotiangua.org.br

SECRETARIA DE SAÚDE
Fls. 30

Trauma evulsivo

AVISO DE ALTA

Data: 05/08/16 Às: 09:00 horas

Nome: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO Reg. Nº: 183492

Endereço: Sítio Buriatulca Município: São Benedito

Clínica: Enfermaria: Leito:

Diagnóstico: Médico:

Assinado pelo Médico:

ALTA POR: Cura [X] Melhorado [ ] Óbito [ ]

Transferência [ ] Evasão [ ] A Pedido [ ]

Liliane Aguiar
COREN-CE
Enfermeira

Assinatura da Enfermeira Chefe:

Assinatura do Paciente / Responsável:

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO

Declaro para os devidos fins que eu _____ acompanhei _____ neste hospital para tratamento de saúde onde fui servido(a) das alimentações padronizadas deste hospi

Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SECRETARIA DE ... ÚNICA — Fls. 3

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Hospital e Maternidade Madalena Nunes

2 - CNES

4 - CNES: 2560852

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Francisco Armando Ribeiro da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1978

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 183492

9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSAVEL: Maria Auxiliadora Ribeiro

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Sítio Buricatuba S/N Zona Rural

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: São Benedito

14 - COD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

Trauma em mão (E), evoluindo com dor e deformidade em mão, há ± 2 semanas.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

04/11/16

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + Raio x.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx multiplo da mão (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: osteosíntese de ossos da mão

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020342

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 04/8/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr Danilo Conserva Arruda — ORTOPEDIA E TRAUMA — CRM/CE 16409

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SERIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

1/2

Fls. 32

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Hospital e Maternidade Madalena Nunes

4 - CNES: 2 5 6 0 8 5 2

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Francisco Armando Ribeiro da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 173492

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1978

9 - SEXO: Masc. X 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria Auxiliadora Ribeiro

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Sítio Buricituba SLN Zona Rural

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: São Benedito

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIARIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIARIA DE UTI TIPO I ☐ DIARIA DE UTI TIPO II ☐ DIARIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 31-QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 34-QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 37-QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

41 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46-DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes
ADMINISTRAÇÃO SÃOCAMILO

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - CEP: 62.320-000 - Fone (88) 3671.2100
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

FOLHA DE ANAMNESE

SECRETARIA DE SAÚDE - CLÍNICA - Fls. 33

NOME: Fa Armando Ribeiro da Silva Nº PRONTUÁRIO: 17349/2

Idade	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão	Procedência

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

DATA: 04/08/16

Dr. Danilo Conserva Arruda
Ortopedia e Trauma
CRM/CE - 16409
MÉDICO - CREMEC

HISTÓRICO

EXAME FÍSICO

SUMÁRIO - IMPRESSÕES - DIAGNÓSTICOS - SUGESTÕES

Beg, afebril.

04/08/16

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

SÃO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (68) 3671.2100
TIANGUÁ - CE
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE
Fls. 34

...NTE: Fc Bernardo Ribeiro da Silva			
...A OPERAÇÃO	ENF.		Nº REG. 173490
...ADOR: Dr Daniel			
...LIAR	3º AUXILIAR	1º AUXILIAR	LEITO
...ESISTA: Dr Daniel			
...STICO PRÉ-OPERATÓRIO		TIPO DE ANESTESIA	INSTRUMENTADOR
fx ant/terços de mão			
...DE OPERAÇÃO: osteossíntese			
...STICO PÓS-OPERATÓRIO			
...RIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
...E RADIOLÓGICO NO ATO			
...NTE DURANTE A OPERAÇÃO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCEMAS

pte em DDH sob anestesia
preparo habitual
incisão dorsal mão (E).
mob + fixa c/ pinos sob escopia
suturas
curativo

Dr Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

SÃO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

TIANGUÁ – CE

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (68) 3671.2100
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE - SÃO CAMILO
Fls. 34

FOLHA DE OPERAÇÃO

NOME: Fs Armando Ribeiro da Silva — Nº REG. 173490

ENFERMARIA — ENF. — LEITO

CIRURGIÃO: Dr Danillo — 1º AUXILIAR

AUXILIAR — 3º AUXILIAR — INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA: Dr Daniel — TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx antebraço de mão

TIPO DE OPERAÇÃO: osteossíntese

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

INCIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCEMAS

1. pte em DDH sob anestesia
2. perna bistura
3. incisão dorsal mão (E).
4. red + fix c/ placa sob escopia
5. suturas
6. curativo

Dr Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM-CE 16409

Hospital e Maternidade Madalena Nunes
ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

BOLETIM DE SALA (ANESTESIA)

SECRETARIA DE SAÚDE
Fls. 35

E: Jº Armando Ribeiro da Silva		PRONTUÁRIO Nº 183492	
ICA:	CATEGORIA:	QT./ENF.	LEITO

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP.	PULSO	RESP.	PR. ART. MX / MIN
38 a							
Tipo Sanguíneo	Hemáceas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Urina	

DATA DA ANESTESIA: 04 08 16

Laboratório
Duraldino
Físico: Dentes: Pescoço:
Mário
Risco Pré-Op: Risco:
Cirurgias Anteriores
Pré-Anestésica: Aplicada às: Efeitos:

Asma: Bronquite:
ECG
Alergia
Estado Mental
Ataraxicos
Corticóides
Hipotensores: Outras Drogas

Anestésicos: 20
Líquidos: SG5% — SF —

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

INDUÇÃO
Satisf. ____ Excit. ____ Tosse ____
Laringuespasmo ____ Lenta ____
Náuseas ____ Vômitos ____
Outros ____

MANUTENÇÃO
Boz
04/11/16
Anestesias Satisfatória: SIM (circled) NÃO
Não, porque? ____

DESPERTAR
Reflexos na S. O. OK
Obstr. ____ Co² ____ Excit. ____
Náuseas ____ Vômitos ____ Outros ____
Para leito com Cânula: SIM NÃO (circled)
Condições ____

Perdas Sanguíneas Aproximada ____ ml
Volume Sanguíneo Repouso ____ ml

TEMPO DE ANESTESIA
De ____ às ____ TM ____ ns
Anestesiologista ____ CRM ____

Daniel ... Medeiros
CREMEC ...

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: Dorsal
AGENTES: Fentanil + Atracúrio + Isoflorano
TÉCNICA: Geral
OPERAÇÃO: Rd. Cir. Fxt Multiplas Mão
CIRURGIÕES: Dr. Dinillo
ANESTESISTAS:

La bande devient plus foncée après stérilisation — Class 4 — Lot/Lote

Data 04.08.2016

Hospital e Maternidade Madalena Nunes — SAO CAMILO

BOLETIM DE SALA (CIRCULANTE)

Leito: U

Convênio: SUS

Prontuário: 183492

Sala: III

Materiais	Unid.	Qde.	Nome	Unid.	Qde.
Algodão Hidrófilo	gr.		TUBO 7,5		01
Algodão Ortopédico	ul		neostigmina		07
Atadura de Crepom 15 cm	ul		atropina		06
Atadura de Crepom 20 cm	ul		buscopan compst		01
Atadura Gessada	ul		plasil		01
Coletor Aberto de Urina	ul		propofol		01
Coletor Fechado de Urina	ul		fentanil		01
Compressa Grande	ul		milperidol		01
Compressa Pequena	ul		algoselina		02
Cotonete	ul		cetoprofeno		01
Dreno Aspiração / Vácuo	ul		atracurium		01
Dreno KERR#	ul		seringa de 3ml		04
Dreno PENROSE#	ul		" 5ml		04
Dreno Tórax	ul		" 10ml		02
Esparadrapo 10cm	cm		" 20ml		01
Faixa de Smarch	ul		agulha 25x8		11.
Gaze 7,5 x 7,5 cm	ul				
Gaze Acolchoada 15x30cm	ul	50			
Gel	gr.				
Golfoan	ul				
Gorro Descartável	ul	05			
Irrigafix	ul				
Lâmina de Bisturi nº 24	ul	01			
Lâmina de Bisturi	ul				
Luva Descart. 6,5	par				
Luva Descart. 7,0	par				
Luva Descart. 7,5	par				
Luva Descart. 8,0	par				
Luva Descart. 8,5	par				
Máscara Descartável	ul	05			
Micropore	cm				
Propés Descartável	par	05.			
Sonda Foley Vias#	ul				
Sonda Uretral	ul				
Surgical	fo				
Tampão Vaginal	ul				
Tela de Medox	ul				
Vaselina Esterilizada	tubo				
Xilocaína Geléia	gr.				

Fios		Unid.	Qde.
Nome			
Adilox		env.	
Algodão		env.	
Catgut Cromado		env.	
Catgut Cromado		env.	
Catgut Simples		env.	
Catgut Simples		env.	
Ethibond		env.	
Ethibond		env.	
Monocryl		env.	
Monocryl		env.	
Mononylon		env.	
Mononylon		env.	
Mononylon		env.	
Mononylon	2.0.	env.	01.
Polycot		env.	
Polycot		env.	
Prolene		env.	
Prolene		env.	
Seda		env.	
Seda		env.	
Vicryl		env.	
Vicryl		env.	

Procedimento: OSTEOSINTESE MULTIPLAS FRAT

Cirurgião: DANILO

Auxiliares: —

Anestesia: DANIEL

Tipo de Anestesia: SEDACÃO + ERVIBATO

Início da Cirurgia: 16:20 Término da Cirurgia: 16:56

Instrumentadora: JOÃO

Circulante: KELIANE + ROSE

Observações:

Equipamentos	Unid.	Qde.
Nome		
Aparelho de Endoscopia	hora	
Artrocopia	hora	
Bisturi Elétrico	hora	
Filme		
Gás Carbônico (Co2)	min.	
Histerioscopia	hora	
Intensificador de Imagem	hora	
Microscópio Cirúrgico	hora	
Videolaparascópio	min.	

Soluções	Unid.	Qde
Nome		
Água Destilada	Garf	
Água Oxigenada	ml	
Álcool	ml	
Asseptol	ml	
Clorohex	ml	
Contraste	ml	
Éter	ml	
Formol	ml	
Glutaron	ml	
Povidine Degermante	ml	50
Povidine Tópico	ml	50
Soapex	ml	
Soro Fisiológico 0,9%	~~100~~ ml	02
SF	500	01.

Hospital e Maternidade Madalena Nunes
ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SECRETARIA DE VARA ÚNICA Fls. 37

Farmácia 18:43

NOME: Jª Armando Ribeiro da Silva
PRONTUÁRIO:
DATA: 04/08/16
LEITO:
CONVÊNIO:

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
① Dieta geral.	Geral
② SF 0,9% 500ml EV 8/8h	~~500~~ ~~500~~ ~~500~~
③ cefazolin 1g EV 6/6h	~~20~~ ~~02~~ ~~08~~
④ cefoperazona 1g + SF 0,9% 100ml EV 12/12h	~~22~~ 10
⑤ dipirona 2ml + AO EV 6/6h	~~20~~ ~~02~~ ~~08~~
⑥ curativo diário	Enfermeiro
⑦ Alta às 9h, AMANHÃ	Alta prog. às 9h.

Dr Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

04/08/16

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dados Clínicos - Enfermagem

SECRETARIA DE VARA CÍVEL Fls. 34

Prontuário: 183492
Data de Nascimento: 24/05/1978
Atendimento: 0008
Data Internação: 04/08/2016
Convênio: SUS
Diagnóstico: S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especific S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especific

Paciente: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA AUXILIADORA RIBEIRO
Aposento: SEMI-PRIVATIVO
Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA
Setor: POSTO ENF 2

Idade: 38 Ano(s)
Quarto/Leito: 115/0003
CRM: 16409
Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

OTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 04/08/2016 22:12:02

: 130X80MMHG T: 36,5°C P: 82BPM R: 18RPM
ENTE EM REPOUSO NO LEITO NO PRIMEIRO PÓS-OPERATÓRIO, EUPNEICO, AFEBRIL, CONSCIENTE, ATIVO, REATIVO, CORADO, RBALIZANDO, DEAMBULANDO, HIDRATADO, MEDICADO CONFORME PM, NÃO REFERE QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, DIURESE ESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES NO MOMENTO, ACEITA DIETA OFERECIDA, SEGUE ESTAVEL NO MOMENTO E AOS CUIDADOS DE FERMAGEM.

Keline

PONSÁVEL: TE: KELINE ALVES DA SILVA - COREN-CE 890313

TAÇÕES DE ENFERMAGEM - 05/08/2016 03:34:24

120X80MMHG T: 36,5°C P: 80BPM R: 18RPM
NTE EM REPOUSO NO LEITO NO PRIMEIRO PÓS-OPERATORIO, EUPNEICO, AFEBRIL, CONSCIENTE, ATIVO, REATIVO, CORADO, BALIZANDO, DEAMBULANDO, ORIENTADO, NORMOTENSO, HIDRATADO, MEDICADO CONFORME PM, NÃO REFERE QUEIXAS ALGICAS MOMENTO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES, ACEITA DIETA OFERECIDA, SEGUE ESTAVEL NO MOMENTO E AOS DADOS DE ENFERMAGEM.

Keline

ONSÁVEL: TE: KELINE ALVES DA SILVA - COREN-CE 890313

04/11/16

Dados Clínicos - Enfermagem

Prontuário: 183492
Data de Nascimento: 24/05/1978
Atendimento: 0008
Data Internação: 04/08/2016
Convênio: SUS
Diagnóstico: S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especific S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especific

Paciente: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA AUXILIADORA RIBEIRO
Aposento: SEMI-PRIVATIVO
Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA
Setor: POSTO ENF 2

Idade: 38 Ano(s)
Quarto/Leito: 115/0003
CRM: 16409
Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 05/08/2016 09:52:14

paciente recebe visita medica, logo apos alta hospitalar.

Hospital e Maternidade Madalena Nunes
ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
FLS. 39

NOME: Fa Armando Ribeiro da Silva
PRONTUÁRIO: 183492 LEITO:
MÉDICO: CONVÊNIO: DATA DA INTERNAÇÃO: / /
MOTIVO DA INTERNAÇÃO: CONVÊNIO:

CONTROLES

HORA	PA	P	T	R	GLICEMIA	DIURESE	EVACUAÇÃO	ÊMESE	DRENO

DIETAS / VOLUME

HORA	VIA ORAL	SNG	SNE

CONTROLE DE CATATERES E SONDAS

NPT	AVP	CVC	SNG	SNE	SVC

EXAMES (Laboratório / Imagem)	Coletado / Realizado	Entregue
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

DATA	HORA	LOCAL	MATERIAL	UTILIZADO	RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO	CURATIVOS
			( ) jelco n.____	( ) tree way ___		( ) Curativos
			( ) jelco n.____	( ) tree way ___		( ) Curativos
			( ) jelco n.____	( ) tree way ___		( ) Curativos

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes
ADMINISTRAÇÃO SÃOCAMILO

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS

NOME: Francisco Armando Ribeiro da Silva
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: _____
MÉDICO RESPONSÁVEL: _____ DATA DE NASC.: ___/___/___
CONVÊNIO: SUS

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DO(S) SEGUINTE(S) PROCEDIMENTO(S) INVASIVO(S) E/OU CIRÚRGIAS:

ndicado pelo médico(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médico(s) credenciado(s) no Hospital ão Camilo.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus enefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas foram-me explicadas claramente. Tive a portunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe arantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia. Incluindo transfusão e sangue e hemoderivados em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem cuidados ferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo em qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para ames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

onfirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os ítens acima referidos e que me dado à oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as ais não concordasse.

( ) Paciente ( ) Responsável
me Legível: Francisco Olinez Ribeiro Silva Assinatura: x
au de parentesco: Irmão Cédula de Identidade nº _____
Tianguá-CE; ___/___/___ Hora: _____

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Dr. _____ CRM Nº _____
esponsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico realizado neste ospital , até a sua alta hospitalar e acompanhamento pós cirúrgico até sua alta.

Tianguá-CE; ___/___/___ Hora: _____ Assinatura: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio e/ou responsável sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu atendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO SÃOCAMILO

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICOS OU SEDAÇÃO

SECRETARIA DE VARA ÚNICA Fls. 44 ASSINATURA

NOME DO PACIENTE: Fº Armando Ribeiro da Silva

PRONTUÁRIO: 173492 LEITO:

DOC. DE IDENTIFICAÇÃO: DATA DE NASC. / /

MÉDICO RESPONSÁVEL: CONVÊNIO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (CAMPO 01)

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ANESTÉSICO(S) OU SEDAÇÃO

Indicado pelo(a) médico(a) anestesiologista abaixo mencionado e sua equipe, médico(s) credenciado(s) na Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital e Maternidade Madalena Nunes.

1. Declaro está ciente e autorizo a realização do procedimento anestésico ou sedação, necessário para a realização da cirurgia a qual, no momento, me proponho a realizar.
2. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequências e riscos dos precedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e pericia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em principio , não existem anestesias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco a vida.
3. Fui informado(a) de que todos os procedimentos realizados visam à integralidade e preservação da vida e saúde,, não estando, no entanto, livre de intercorrências ou efeitos colaterais.
4. Aceito o fato que o tabagismo, o uso de álcool ou drogas são fatores que, embora não impeçam a realização de anestesias, podem determinar a incidência maior de complicações no ato anestésico-cirúrgico.
5. Entendo que o(a) médico(a) anestesiologista e toda sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios cientificos a sua disposição para tentar atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente que a medicina não é uma ciência exata, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados nos procedimentos anestesiológicos propostos.
6. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados, por em perigo a minha saúde ou meu bem estar, ou ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

( ) **Paciente** (x) **Responsável**

Nome Legível Francisco Oliney Ribeiro Silva

Grau de Parentesco _____ Célula de Identidade _____

Assinatura x Fº Oliney Ribeiro Silva Tianguá/CE ____/____/____

Fone 93309539

AVISO DE CIRURGIA / RESERVA DE LEITO

São Benedito

Data 04/08/16 Hora: 16:30 Data Nasc. 24-05-78

SALA DO CENTRO CIRURGICO

Paciente: Jô Armando Ribeiro da Silva

Tipo de Cirurgia Mão (E)

Cirurgião (a) Dr. Danillo Conserva

Tempo previsto de cirurgia: 02 horas

Tipo de Anestesia: ( )Bloqueio ( )Raque (✓) Geral
( ) Local ( ) Sedação

Reservado leito: (✓) Enfermaria ( ) Semi privativo ( ) Apartamento

Material Especial: ( ) Laparoscospia (✓) Arco Cirurgico ( ) Outros:

04/08/16

Em caso de cesarea, se houver necessidade de internar o récem nascido utilizamos qual convênio: (✓) SUS ( ) Particular ( ) Convênios ( )

Ciente que é adequado um acompanhante por paciente. ( ) Sim ( ) Não

Este aviso de cirurgia deverá vir anexo ao prontuário.
Orientamos que as cirurgias particulares sejam internadas com duas horas de antecedencia a hora agendada para a cirurgia.

Cirurgião / atendente /Paciente	Tesouraria / Recepção	Gerência de Enfermagem Enfermeiro do Centro Cirurgico
Data: 28/07/16 Dr Danillo Conserva Arruda ORTOPEDIA E TRAUMA CRM/CE 16409 CARIMBO/ASSINATURA	Data: ___/___/___ CARIMBO/ASSINATURA	Data: ___/___/___ CARIMBO/ASSINATURA

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO SÃOCAMILO

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 43

AGENDAMENTO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

paciente: f.co Armando R S.G

4/8/16, **ÀS 07:00 HS para cirurgia de :** Dr. Danillo Conserva Arruda ORTOPEDIA E TRAUMA CRM/CE 16409
quarta-feira não

IMPORTANTE:

ACOMPANHANTE: ( ) HOMEM ( ) MULHRER

(X) JEJUM
( ) TRAZER EXAMES (RAIO X, EXAMES DE SANGUE SE PEDIDO PELO MEDICO)

CIRURGIÃO: Dr. Danillo Conserva Arruda ORTOPEDIA E TRAUMA CRM/CE 16409

04/11/16

455 f

Paciente: Fº Armando R. da Silva

Idade: 38 Peso: 65 kg

Alérgico(a)à: Não

Tubo	7,5 f
Plasil	16:10 1 2
Bromoprida	—
Cefazolina	2 gr.
Buscopan composto	16:10 1 2
Buscopan	—
Dipirona	—
Cetoprofeno	17:20 1 fr.
Fentanil	16:11 1,0 f
Nilperidol	16:11 0,5 ml
Atracúrio	3,5
Propofol	15
Atropina	4
Neostigmina	7,5 - 3
Ceftriaxona	—
Metronidazol	—

SECRETARIA DE VARA ÚNICA Fls. 44

04 11/16

Bio Implants

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

6481

Hospital:

Procedimento: Código:

Cód. Procedimento:

Paciente:

Data da Cirurgia: / / Nº prontuário:

Convênio:

Cirurgião: Código:

( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total

Dr Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

									Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd									
	Cód									
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd									
	Cód									
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº									
	Qtd									
	Cód									
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº									
	Qtd									
	Cód									
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº									
	Qtd									
	Cód									
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº									
	Qtd									
	Cód									

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001
Fone/Fax: (88) 3521.4801 • www.bioimplants.com.br

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

Nome do Paciente:

Fco Armando R S/h

AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL PARA DIA 28/07/16 07:00 HS DA MANHÃ SE CHEGAR APOS HORARIO NÃO SERA ATENDIDO.

• IMPORTANTE: CUIDADOS E HIGIENE COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA COMO NÃO MOLHAR AO BANHO, MANTER LIMPO E SECO, OBSERVAR PERFUSÃO NOS TECIDOS DISTAIS A IMOBILIZAÇÃO E DEMAIS.

± J Serrano

Dr Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 15409

20/7/16

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

Cliente: Fco Armando Ribeiro
Nº de Atendimento: 183492 Dr. Danillo
1º Retorno: 28 07 16 7 00 Larissa
2º Retorno:
3º Retorno:
4º Retorno:
5º Retorno:

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 616

SEC. SENAÇÃO - INSER NºRIT & P 29/03/2017 17:52 - 00000197771
SUBSEÇÃO LINES OPRIT & P 15/02/2017 12:16 - 00000016963

Seguradora LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
FLS. 47

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170221949
Vitima: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
Data do Acidente: 17/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170221949.**

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06.** Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12183157

SAJ - Sistema de Protocolos Eletrônicos

Protocolo Andamento Consulta Relatório Ajuda

SISTEMA DE AUTOMAÇÃO DA JUSTIÇA

SAJ Primeiro Grau - Protocolo Eletrônico

Usuário: ISAMARA DO VALE SILVA

Tribunal de Justiça do Ceará

SECRETARIA DE VARA ÚNICA FLS. 1/1

Movimentações do Protocolo

Protocolo: 0000862-95.2018.8.06.0163

Tipo do protocolo: Petição Inicial

Movimentações do protocolo

18/12/2018 - Protocolado

Ins

Dados da movimentação

Data: 18/12/2018 terça-feira

Movimentação: Protocolado

Foro: 163 São Benedito

Processo:

Outro nº:

Carga de documentos

Local destino: 20 Foro

Especificação do local destino: 163 São Benedito

Motivo:

Usuário de inclusão: 01893961303 ISAMARA DO VALE SILVA

Data de inclusão: 18/12/2018 04:17:49 PM

Salvar Limpar Restaurar Fechar

SOFTPLAN polegrapn

São Benedito / Balcão

Servidor: NET.TJPGP07.0 Versão: 1.9.1-7 Base de dados: NETCE

PT 16:17 18/12/2018

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de São Benedito
Vara Única da Comarca de São Benedito
Av. Tabajara, S/N, Centro - CEP 62370-000, Fone: (88) 3626-1435, Sao Benedito-CE - E-mail: benedito@tjce.jus.br

COMARCA DE SÃO BENEDITO
49
Secretaria da Vara Única

DESPACHO

Processo nº:	**0000862-95.2018.8.06.0163**
Apensos:	**Processos Apensos << Informação indisponível >>**
Classe:	**Procedimento Comum**
Assunto:	**Seguro**
Requerente:	**FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA**
Requerido:	**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Tendo em vista que em ações desta natureza é imprescindível prova pericial judicial, e por essa razão resta claro que a probabilidade de autocomposição só se efetiva após a realização de tal prova, deixo de designar audiência de conciliação neste momento dos autos.

Isto posto, cite a requerida, por seu representante legal, para querendo contestar a ação no prazo legal de 15 dias úteis, sob pena de revelia.

Expedientes necessários.

Sao Benedito (CE), 14 de janeiro de 2019.

Fabio Rodrigues Sousa
Juiz de Direito

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de São Benedito
Vara Única da Comarca de São Benedito
Av. Tabajara, S/N, Centro - CEP 62370-000, Fone: (88) 3626-1435, Sao Benedito-CE - E-mail: benedito@tjce.jus.brSão Benedito

CONTRATO ECT TRIBUNAL DE JUSTIÇA 95.01.19

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº:	**0000862-95.2018.8.06.0163**
Classe:	**Procedimento Comum**
Assunto:	**Seguro**
Requerente:	**FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA**
Requerido:	**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Prezado(a) Senhor(a) **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Fabio Rodrigues Sousa,** Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de São Benedito, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição, cuja cópia segue anexa, como parte integrante desta carta, para compor a lide e contestar a presente no prazo de 15 dias úteis, sob pena de revelia.

Sao Benedito/CE, 24 de janeiro de 2019.

ANTONIA ALVES DO NASCIMENTO COSTA
Supervisor de Unid Judiciária

Sr(a).
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Rua Senador Dantas, 74, 5°, 6º, 9º 14º 15º andar, Centro
Rio De Janeiro-RJ
CEP 20031-205