

---

**Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190464171**

**Vítima: ANTONIO DIAS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 11/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ANTONIO DIAS DE SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190464171                      Vítima: ANTONIO DIAS DE SOUSA

Data do Acidente: 11/09/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO DIAS DE SOUSA

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

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boletim de ocorrência | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável. |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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.

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

Pag. 01859/01860 - carta\_03 - INVALIDEZ



**Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190464171**

**Vítima: ANTONIO DIAS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 11/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO DIAS DE SOUSA**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANTONIO DIAS DE SOUSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003587**

Conta: **000006981-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190464171 **Cidade:** Tarrafas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DIAS DE SOUSA **Data do acidente:** 11/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO COM LESÃO DO MANGUITO ROTADOR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO DO IML Nº 2019.0020536.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 6,25%     | R\$ 843,75               |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 6,25 %    | R\$ 843,75               |

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 619.864.107-49 Nome completo da vítima: Antonio Dias de Sousa

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

Nome completo: Antonio Dias de Sousa CPF: 619.864.107-49  
Profissão: Aposentado Endereço: Rua Irmãos Vila Nova Número: 185 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Taxaças Estado: CE CEP: 63145-000  
E-mail: Samuelrolim@yahoo.com.br Tel. (DDD): (88) 99484-8906

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3587 CONTA: 6981 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não subscrito  
Local e Data: Assis - Ce, 02 Agosto 2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Antonio Dias de Sousa  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



205-569678503-0

24/JUL/2019 HORA DE 10:13:48

LOT. 05.020025-9 LOCALIDADE: TARRAFAS AG. VINCULADA: 0664 TERM 031733

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

3567.00006981-0

NOME: ANTONIO DIAS DE SOUSA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012 SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

| DIA LIMITE       | SALDO    |
|------------------|----------|
| 02/07            | 422,73 C |
| 05/07            | 305,61 C |
| 06/07            | 909,00 C |
| 09/07            | 257,53 C |
| 11/07            | 746,03 C |
| 17/07            | 798,42 C |
| RESUMO EM 23/07  |          |
| SALDO            | 3.440,32 |
| RESUMO DO DIA    |          |
| SALDO BLOQUEADO  |          |
| SALDO DISPONIVEL | 0,00     |





Impresso nº 2019185229

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **20/03/2019 11:27:32**

Data / Hora da Ocorrência: **11/09/2018 05:00:00**

Endereço da Ocorrência: **PROX. CAJAZEIRAS DO JILÓ**

Complemento:

Bairro:

Município: **TARRAFAS/CE**

Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **ANTONIO DIAS DE SOUSA**

Nascimento: **19/08/1950** CPF:

RG: **387592544**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA**

**FRANCISCO GERALDO DIAS**

Endereço: **RUA IRMAS VILANOVA, 181**

Bairro: **CENTRO**

CEP: **63.145-000**

Município: **TARRAFAS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99222-9787**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCS2158** Uf: **CE** Município: **TARRAFAS** Chassi:

**9C2JC4110CR462584** Renavam: **395425301** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**VERMELHA** Proprietário: **ANTONIO DIAS DE SOUZA** Situação: **NÃO**

**INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

INFORMA O NOTICIANTE ADVERTIDO DAS PENALIDADES IMPOSTAS PELOS ARTIGOS 299, 339 E 340 TODOS DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS é habilitado; QUE, estava conduzindo o veículo cadastrado, se deslocando da cidade de Tarrafas sentido Assaré; QUE, estava sozinho na sua motocicleta; QUE, ao chegar no sítio cajazeiras viu um rapaz dando com a mão, que o noticiante ficou com medo de ser um assalto pois era de madrugada, que ao chegar em uma curva tinha um gado na pista, bateu neste e veio ao solo; QUE, o noticiante estava usando o capacete na hora do acidente; QUE, não conhece a pessoa que o socorreu, que o noticiante foi sozinho até o hospital da cidade de Tarrafas; QUE, deu entrada no Hospital de Tarrafas por volta das 08:50, consciente, orientado, com escoriações e trauma no ombro direito, onde logo após o noticiante foi até a cidade de Juazeiro do norte e realizou um Raio-X; QUE, o noticiante foi até o Hospital São Raimundo, que foi diagnosticado com uma lesão manguito rotador D, onde foi submetido a um procedimento cirúrgico; QUE, realizou a cirurgia no ombro direito no dia 23/01/2019; QUE, no dia 24/01/2019 o noticiante recebeu alta do Hospital São Raimundo; QUE, o noticiante não faz uso de bebida alcoólica e não fez uso desta antes do

TESTEMUNHA: Ado via Alves de Souza  
Francisco Colares Aguiar

Antonio Dias de Souza

TESTEMUNHA: Raimundo Dias de Souza

06/08/19



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE



Impresso nº 2019185229

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019**

acidente; QUE apresenta como testemunhas: RAIMUNDO DIAS DE SOUSA RG 08458699-9, residente na Rua Irmas Vila Nova, 181, Centro- Tarrafas/Ce; FRANCISCO DIAS ANTUNES RG 2008736481-0, residente no Sitio Lagoa do Barro, 175, Distrito de Patos- Tarrafas/CE; ADONIAS ALVES DE SOUSA, residente na Av. Maria Luiza Leite Santos, 595, Bulandeira- Tarrafas/CE. REGISTRA O FATO E NADA MAIS DISSE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**PLINIO MACEDO BEZERRA - MAT.: 30118847**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Antonio Dias de Sousa*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**BRUNO RAFAEL VITAL SAMPAIO - MAT.: 30114116**

*x Adonias ALVS de Souza  
x Francisco Dias Antunes  
x Raimundo Dias de Sousa*





Impresso nº 2019185229

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **20/03/2019 11:27:32**

Data / Hora da Ocorrência: **11/09/2018 05:00:00**

Endereço da Ocorrência: **PROX. CAJAZEIRAS DO JILÓ**

Complemento:

Bairro:

Município: **TARRAFAS/CE**

Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **ANTONIO DIAS DE SOUSA**

Nascimento: **19/08/1950** CPF:

RG: **387592544**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA**

**FRANCISCO GERALDO DIAS**

Endereço: **RUA IRMAS VILANOVA, 181**

Bairro: **CENTRO**

CEP: **63.145-000**

Município: **TARRAFAS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99222-9787**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCS2158** Uf: **CE** Município: **TARRAFAS** Chassi:

**9C2JC4110CR462584** Renavam: **395425301** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**VERMELHA** Proprietário: **ANTONIO DIAS DE SOUZA** Situação: **NÃO**

**INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

INFORMA O NOTICIANTE ADVERTIDO DAS PENALIDADES IMPOSTAS PELOS ARTIGOS 299, 339 E 340 TODOS DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS é habilitado; QUE, estava conduzindo o veículo cadastrado, se deslocando da cidade de Tarrafas sentido Assaré; QUE, estava sozinho na sua motocicleta; QUE, ao chegar no sítio cajazeiras viu um rapaz dando com a mão, que o noticiante ficou com medo de ser um assalto pois era de madrugada, que ao chegar em uma curva tinha um gado na pista, bateu neste e veio ao solo; QUE, o noticiante estava usando o capacete na hora do acidente; QUE, não conhece a pessoa que o socorreu, que o noticiante foi sozinho até o hospital da cidade de Tarrafas; QUE, deu entrada no Hospital de Tarrafas por volta das 08:50, consciente, orientado, com escoriações e trauma no ombro direito, onde logo após o noticiante foi até a cidade de Juazeiro do norte e realizou um Raio-X; QUE, o noticiante foi até o Hospital São Raimundo, que foi diagnosticado com uma lesão manguito rotador D, onde foi submetido a um procedimento cirúrgico; QUE, realizou a cirurgia no ombro direito no dia 23/01/2019; QUE, no dia 24/01/2019 o noticiante recebeu alta do Hospital São Raimundo; QUE, o noticiante não faz uso de bebida alcoólica e não fez uso desta antes do

*Antonio Dias de Sousa*

*06/08/19*

*Testemunha: Adonias Alves de Souza  
Francisco Colares Aguiar*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE



**Impresso nº 2019185229**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019**

acidente; QUE apresenta como testemunhas: RAIMUNDO DIAS DE SOUSA RG 08458699-9, residente na Rua Irmas Vila Nova, 181, Centro- Tarrafas/Ce; FRANCISCO DIAS ANTUNES RG 2008736481-0, residente no Sitio Lagoa do Barro, 175, Distrito de Patos- Tarrafas/CE; ADONIAS ALVES DE SOUSA, residente na Av. Maria Luiza Leite Santos, 595, Bulandeira- Tarrafas/CE. REGISTRA O FATO E NADA MAIS DISSE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**PLINIO MACEDO BEZERRA - MAT.: 30118847**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Adonias Dias de Sousa*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**BRUNO RAFAEL VITAL SAMPAIO - MAT.: 30114116**

*x Adonias Alves de Souza*  
*x Francisco Dias Antunes*  
*x Raimundo Dias de Sousa*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 619.864.107-49 Nome completo da vítima: Antonio Dias de Sousa

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

Nome completo: Antonio Dias de Sousa CPF: 619.864.107-49  
Profissão: Aposentado Endereço: Rua Irmãos Vila Nova Número: 185 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Taxiápolis Estado: CE CEP: 63145-000  
E-mail: Samuelrolim@yahoo.com.br Tel. (DDD): (88) 99484-8906

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3587 CONTA: 6981 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não subscrito  
Local e Data: Auxil - Ce, 02 Agosto 2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Antonio Dias de Sousa  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

205-569678503-0

24/JUL/2019 HORA DE 10:13:48

LOT. 05.020025-9 LOCALIDADE: TARRAFAS AG. VINCULADA: 0664 TERM 031733

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

3567.00006981-0

NOME: ANTONIO DIAS DE SOUSA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012 SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

| DIA LIMITE       | SALDO    |
|------------------|----------|
| 02/07            | 422,73 C |
| 05/07            | 305,61 C |
| 06/07            | 909,00 C |
| 09/07            | 257,53 C |
| 11/07            | 746,03 C |
| 17/07            | 798,42 C |
| RESUMO EM 23/07  |          |
| SALDO            | 3.440,32 |
| RESUMO DO DIA    |          |
| SALDO BLOQUEADO  |          |
| SALDO DISPONIVEL | 0,00     |





PREFEITURA MUNICIPAL DE TARRAFAS - CEARÁ  
UNIDADE MISTA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DAS ANGÚSTIAS

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

1º Atendimento

CÓDIGO

DIA / MÊS / ANO  
11/09/28

REG.  
021

NOME DO PACIENTE: Antônia das do Sousa  
IDADE: 68  
SEXO: F  
DATA DE NASCIMENTO: 19/08/58

PROFISSÃO:   
IDENTIDADE: 2015203111-6  
PROCEDÊNCIA: 89800124810000

FILIAÇÃO: J. G. Evandro da Silva J. R. Rodrigues Silva

ENDEREÇO: R. Irmão Vitorino  
BAIRRO: Vila Nova  
MUNICÍPIO: Tarrafas

PRÉ - CONSULTA  
APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ OBSERVAÇÃO ☐ GRAVE ☐

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S A D T (EXAMES COMPLEMENTARES)

DESTINO  
RESIDÊNCIA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐  
AMB. RETORNO ☐ RECUSOU INTERN ☐  
LEITO OBSERV ☐ REFERÊNCIA ☐  
INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. MÉDICO / CRM  
Dr. Gustavo Lima  
MÉDICO  
CREMEC 16313

RECEBIDO EM:  
06/09/19

## UNIDADE MISTA DE SAÚDE NOSSA SINDHORA DAS ANGIÚSTIAS

LEITO:

PRONT. N.º

[illegible]

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ANTONIO DIAS DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 000000006981-0

---

Nr. da Autenticação 2E803205D32E9DA1





54256950

GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria de Infraestrutura

## DADOS DO CLIENTE

Nome: RAIMUNDO DIAS DE SOUSA  
End. Leitura: RU IRM VILA NOVA, 185, CENTRO  
Cidade: TARRAFAS  
End. Entrega:  
Cidade:  
Local: 116 Setor: 002 Quadra: 005 Lote: 0290 Comp: 0000  
Subsetor: Subquadra:

CEP: 63.145-000

CEP:

## ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volume (m³) | Média Semestral(m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|-------------|---------------------|
| AGUA    | A13F215132 | 640              | 649           | 9           | 7                   |

## DATAS

Leitura Atual: 06/06/2019 Emissão: 07/06/2019 Lacre Água: A13F215132  
Leitura Anterior: 07/05/2019 Próxima Leitura: 07/07/2019 Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2019

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 10    | 10       | 5   | 10                | 10               |
| Analisadas      | 10    | 10       | 10  | 10                | 10               |
| Em conformidade | 10    | 0        | 0   | 10                | 10               |

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DIGA NÃO AO TRABALHO INFANTIL. DENUNCIE! DISQUE 100 OU  
PROCURE O CONSELHO TUTELAR MAIS PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA.  
NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR. O SIGILO É GARANTIDO.  
AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |           |             |
|------------------------|-------------|---------------------|-----------|-------------|
|                        |             | Mês/Ano             | Água (m³) | Esgoto (m³) |
| AGUA                   | 28,30       | 06/2018             | 13        | 0           |
| JUROS DE 0,033% AO DIA | 0,03        | 07/2018             | 6         | 0           |
| MULTA DE 2%            | 0,52        | 08/2018             | 10        | 0           |
|                        |             | 09/2018             | 8         | 0           |
|                        |             | 10/2018             | 11        | 0           |
|                        |             | 11/2018             | 8         | 0           |
|                        |             | 12/2018             | 8         | 0           |
|                        |             | 01/2019             | 9         | 0           |
|                        |             | 02/2019             | 8         | 0           |
|                        |             | 03/2019             | 7         | 0           |
|                        |             | 04/2019             | 6         | 0           |
|                        |             | 05/2019             | 6         | 0           |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PIS       | 0,27        |
| COFINS    | 1,37        |

## SUBSIDIO

| Descrição        | Valor (R\$) |
|------------------|-------------|
| Valor do Serviço | 41,65       |
| Subsidio(-)      | 12,80       |
| Total de Serviço | 28,85       |

MÊS/ANO  
06/2019VENCIMENTO  
02/07/2019TOTAL A PAGAR (R\$)  
28,85

## ONDE PAGAR SUA ENTREGA

Banco do Brasil S.A. - Agência: 0001 - Caixa  
Correspondente: Substituição: Caixa de Pagamento  
A Caixa disponibiliza a opção de depósito em nome de sua  
leitura. Aguarde a entrega. Evite o uso de agências.

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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195,  
de segunda-feira, das 8h às 17h, no site

Entidades Reguladoras Fortalezas: ACPOR - Autarquia de  
Regulação, Fispas - Agência de Controle dos Serviços Públicos



IMP\_FAT\_CLIENTE\_201906\_103.FIC\_TARRAFAS

RECEBIDO EM

06/08/19

|                |                              |               |                      |
|----------------|------------------------------|---------------|----------------------|
| DATA ATEND     | 16/01/2019                   | Nº ATEND      | 535738               |
| PACIENTE       | ANTONIO DIAS DE SOUSA        | SEXO          | MASCULINO            |
| DATA NASC      | 19/08/1958                   | IDADE         | 68                   |
| RG             | 38.759.254-4                 | CPF           | 619.864.187-49       |
| MÃE            | FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA | BAIRRO        | CENTRO               |
| ENDEREÇO       | RUA IRMÃO VILA NOVA 181 CASA | CEP           | 63145000             |
| CIDADE         | TARRAFAS                     | UF            | CE                   |
| TELEFONE 1     | 88992229787                  | TELEFONE 2    |                      |
| PLANO DE SAÚDE | CARTÃO SAÚDE HSR             | MATRICULA     | 898001248105402      |
|                |                              | MEDICO        | DIEGO TEIXEIRA BRITO |
|                |                              | TIPO DE ATEND | CONSULTA             |

PRIORIDADE CLÍNICA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

|                                                |                           |
|------------------------------------------------|---------------------------|
| Início da Classificação:                       | Término da Classificação: |
| Classificador.....:                            | Coren:                    |
| Porta de Entrada.....: 000104-RECEPCAO ELETIVA |                           |

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE  
PACIENTE RETORNAR COM EXAMES PRE OP

CÓ: MARCO CIRURGIA

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA

Dr. Diego Teixeira Brito  
Oximetria / Saturação de O2  
Cadastrado em 2018  
CRM-CE 10187 - TELA 10-40

Assinatura e Carimbo do Médico

  
Ass. Paciente / Responsável

Edna  
01/03/19

RECEBIDO EM:

06/08/19

Prontuário 45477  
Internação 536938

Impresso 22/01/2019 17:45

DADOS DO PACIENTE

Paciente ANTONIO DIAS DE SOUSA Nasc. 19/08/1950 Idade 68 Sexo M

Matrícula 898001248105402

Endereço RUA IRMAO VILA NOVA 181 CASA

Cidade TARRAFAS

Mãe FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA

CPF 619.864.107-49

Natural ASSARE

Profissão PEDREIRO

Responsável ANTONIO DIAS DE SOUSA

Bairro CENTRO Cep 63145000

Telefone 88992229787

Pai FRANCISCO GERALDO DIAS

RG 38.759.254-4 CE SSPCE

Raça PARDO

Est. Civil DIVORCIADO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico DIEGO TEIXEIRA BRITO

Clinica INTERN. CIRURGICA

Setor POSTO MASCULINO

Acomodação AM06

Leito AM6.01

Data/Hora 22/01/2019 17:40

Convênio SUS INTERNADOS

Caráter ELETIVA

Tipo Acomod ENFERMARIA TRAUMATO

Atendente MARILENE

RESUMO DE TRATAMENTO

Antecedentes pessoais: HAS ( ) DM ( ) AVC ( ) ALERGIA A DROGAS ( )

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

AR

ABDÔMEN

NEUROLÓGICO

ECG

PUPLOS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13150023553

ASSINATURA KARDLORE

TRASNF. P/ MÉDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

Paciente/Responsável

Médico(a): 19267 DIEGO TEIXEIRA BRITO



# BOLETIM DE CIRURGIA

Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso

NOME DO PACIENTE

DIAGNOSTICO

OPERAÇÃO

61 MATERIAL DE SALA

TPO Q VU VT

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TPO Q VU VT

N. DA A-11

CIRURGIA

ANESTESIA

Rog

CODIGO C I D

CCMUNICADO EM FORMA DE TABELAS

Em Voz Auto

Sim Não

Em minutos e segundos. Para os casos de emergência fora do horário normal o local não deve ser preenchido

ANESTESIA

MINUTOS TOTAL

74 INICIO HORAS TÉRM. HORAS TOTAL DE HORAS

OXIGÊNIO

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01      Atend.: 536938  
Enfermeiro(a): VALDERLANIA

Data/Hora: 22/01/2019 21:01

NOTA

PAZIENTE IDOSO, ACOMPANHADO, EM PRE OPERATORIO, SEGUE EVOLUINDO CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, ACEITA A DIETA ORAL OFRECIDA, DEAMBULANDO, AFEBRIL T:35°C, NORMOTENSO PA:100X80mmHg. SEGUE NO LEITO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA AMANHA DIA 23.01.2019. VALDERLANIA-1034093.

Técnico(a): MARIA VALDERLANIA NUNES VIANA  
COREN:1034093-CE

Valderlania

Maria Valderlania  
Técnico em Enfermagem  
2019

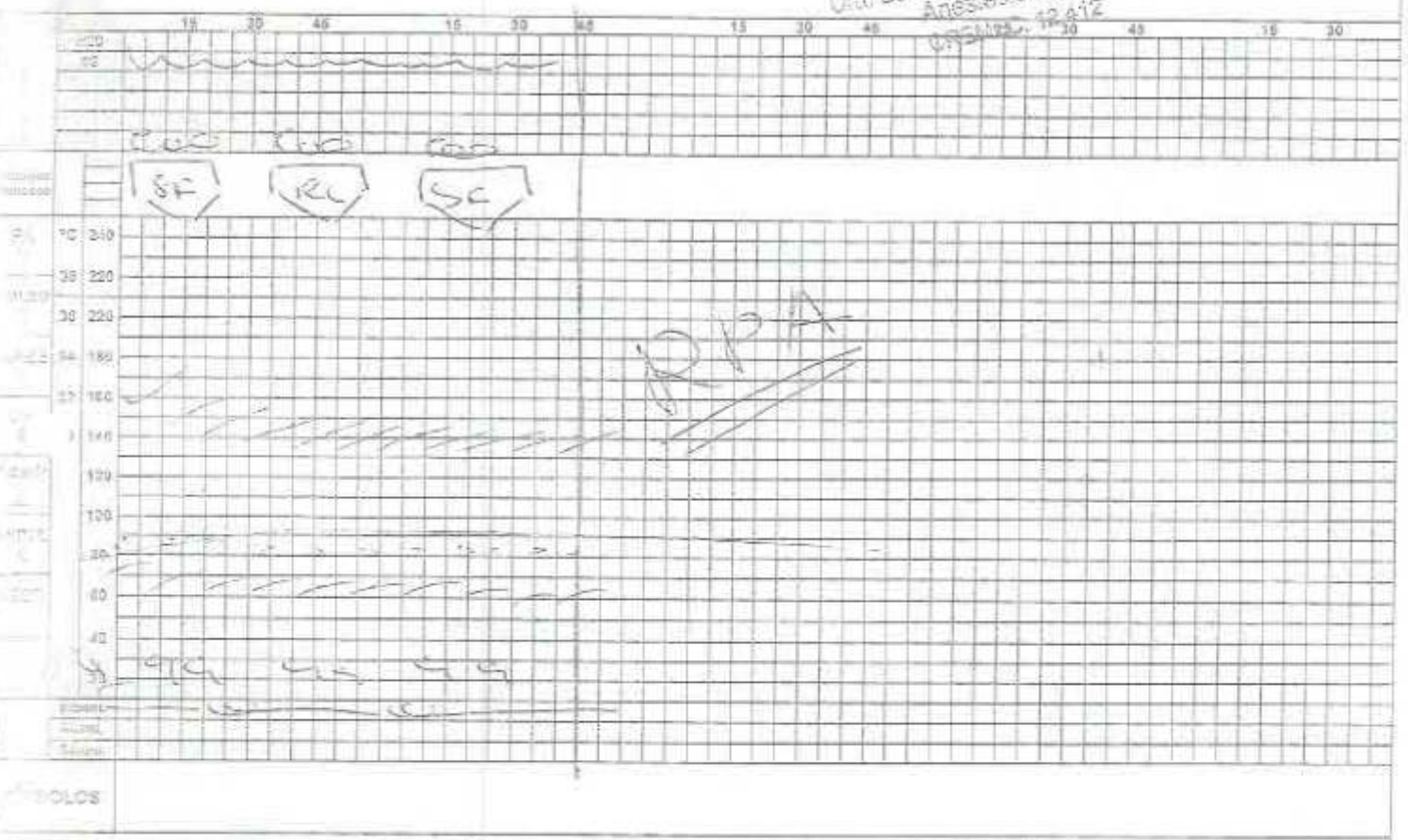
NOME DO PACIENTE *Antônio Dias*

IDADE *40* DATA *12/05/2012* CLÍNICA *Un. Dnigo* APYO/LEITO *12*

QUIRURGIÃO *Dr. Dnigo* ANESTESISTA *Dr. Barbara M. Macedo Simões*

ANESTESIAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

*Dr. Barbara M. Macedo Simões*  
Anestesiologista  
CRM 12.412



| AGENTES                | DOSES         | TÉCNICA                      | ANOTAÇÕES                                                   |
|------------------------|---------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <i>Propofol 200 mg</i> | <i>200 mg</i> | <i>Indução de</i>            | <i>Procedimento</i><br><i>em sala</i><br><i>de cirurgia</i> |
| <i>Midazolam 15 mg</i> | <i>15 mg</i>  | <i>para sedação</i>          |                                                             |
| <i>Remédios</i>        | <i>cy</i>     | <i>+ Sedação</i>             |                                                             |
| <i>Etilpropil</i>      | <i>25 mg</i>  |                              |                                                             |
| <i>Propofol</i>        | <i>4 mg</i>   |                              |                                                             |
| <i>Propofol</i>        | <i>2 mg</i>   |                              |                                                             |
| LÍQUIDOS               |               | CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA   | <i>Dr. Barbara M. Macedo Simões</i>                         |
| <i>1-10 200 mg</i>     |               | NASO/OROTRAQUEAL - CEGA      |                                                             |
|                        |               | BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO |                                                             |
|                        |               | SOB - MÁSCARA                |                                                             |
|                        |               | DIFICULDADE TÉCNICA          |                                                             |
|                        |               | TEMPO DE ANESTESIA           |                                                             |
| TOTAL                  |               |                              |                                                             |

PERAÇÃO *Perda de consciência* ANESTESISTA *Dr. Barbara M. Macedo Simões* QUIRURGIÃO *Dr. Dnigo* PERDA *Perda de consciência*

Laringo-Espasmo-Excesso Seco Hemorragia-Arritmia  
Depressão Respiratória-Hipoxia Bradi-Taquicardia-Choque  
"BUCKING" - Vômito





HOSPITAL  
**São Raimundo**  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

## Relatório Médico

NOME:

Antonio Dico da Silva

ENF:

nm 02

LEITO:

01

CLÍNICA:

Cirurgia

DATA HORA

23/07/19

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 - Anestésico com insulina de 100 unidades  
 2 - Anestésico + Anestésico + insulina  
 3 - Anestésico com insulina de 100 unidades  
 4 - Anestésico + Anestésico de 100 unidades  
 5 - Anestésico com insulina de 100 unidades  
 6 - Anestésico com insulina de 100 unidades  
 7 - Anestésico com insulina de 100 unidades  
 8 - Anestésico com insulina de 100 unidades  
 9 - Anestésico com insulina de 100 unidades  
 10 - Anestésico com insulina de 100 unidades

Data 21/01/13

Cirurgião

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo do Cirurgião

Ass. e Carimbo

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

Data

Ass. e Carimbo do Anestésico

Resumo dos dados que participaram, a longa duração da operação e a anestésica e em todo o consumo de material e medicamento

Ass. e Carimbo do Anestésico - CRM

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 45477 Leito: AM6.01 Atend.: 536938  
Médico: PETRONIO Data/Hora: 22/01/2019 17:57

PACIENTE COM LESÃO DO MANGUEIRO ROTADOR, INTERNADO PARA CIRURGIA.

Médico(a): FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO  
CRM:005943-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01 Atend.: 536938  
Enfermeiro(a): MARIARITA Data/Hora: 22/01/2019 18:40

ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO CIRURGICO COM DR DIEGO. SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. SEM  
AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Técnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR  
COREN:551295-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
Convênio: SUS INTERNADOS

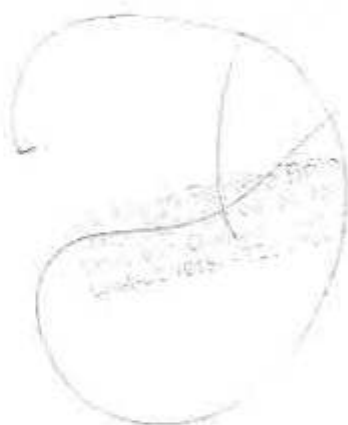
Prontuario: 45477    Leito: AM6.01    Atend.: 536938  
Médico: DIEGO    Data/Hora: 23/01/2019 10:39

REF. DE REPARO DO MANGUITO ROTADOR

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

EFD: TIPOIA  
ALTA AMANHA

Md. (a): DIEGO TEIXEIRA BRITO  
CRM:19167-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
Conv.: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01    Atend.: 536938  
Enfermeiro(a): AILDA    Data/Hora: 23/01/2019 MANHÃ

EST. A.D.S. 68 ANOS ENCAMINHADO AO C.C PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR. PETRONIO. EM TEMPO MESMO RETORNOU DO C.C SOB EFEITO ANESTESICO EM USO CURATIVO F.O E TALA GESSADA.

Tecnico(a): AILDA RIBEIRO SILVA  
COREN:971296-CE

**Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes****Ficha de Evolução Médica**

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario: 45477    Leito: AM6.01    Atend.: 536938  
Médico: JEAN    Data/Hora: 24/01/2019 09:37

TIPO:  
FRATURA MANGUITO ROTADOR D  
QUEIXAS, RX OK, FO OK  
ALTA HOSPITALAR

Médico(a): JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIRO  
CRM: 9605-CE

  
**Jean Lucena**  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-CE 9605  
HSR

**Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes****ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM**

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
Conv.: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01    Atend.: 536938  
Enfermeiro(a): VIVIANE    Data/Hora: 24/01/2019 11:51

MUNDA

PACIENTE COM FRATURA DE EM MID, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, COM SSVV NORMAIS, APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

  
Técnico(a): VIVIANE RODRIGUES DA COSTA  
COREN: 1119603-CE

# Hospital São Camilo

Unidade de Ressonância Magnética  
Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE  
Telefax: (0xx88) 3582-7800

PACIENTE: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
DATA DO EXAME: 22/10/2018

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) pela técnica spin-echo, fast spin-echo, com seqüências ponderadas em T1/T2 realizando-se aquisições multiplanares e alguns cortes com saturação de sinal de gordura sem a injeção do meio de contraste paramagnético.

### LAUDO:

- Artrose da articulação acrômio-clavicular, dado por reações hipertróficas, com redução do espaço articular e irregularidades superficiais, com osteófitos inferiores, determinando abaulamento cápsulo ligamentar.
- Acrômio tipo II de Bigliani, sem inclinações significativas. O conjunto determina redução do espaço subacromial e impacto sobre os tendões do manguito rotador.
- Rotura completa transfixante do tendão do supraespinhoso, com retração do cabo tendíneo em cerca de 3,0 cm. Coto tendíneo de superfície irregular e com alteração de sinal, de aspecto frável.
- Ventre muscular do supraespinhoso com alteração de sinal, devendo representar estiramento / lesão parcial.
- Tendão do infraespinhoso com alteração de sinal, associado a líquido ao redor, compatível com tendinopatia / tendinose. Há alteração de sinal das fibras auxiliares do infraespinhoso, sugerindo estiramento.
- Tendão do subescapular com rotura focal intrassubstancial, próximo à porção articular, medindo 1,1 x 0,3 cm.
- Alteração da morfologia e do sinal do lábio glenoidal ântero-superior, de aspecto degenerativo.
- Moderado derrame articular gleno-umeral, com extensão para o recesso subescapular.
- Líquido na topografia da bursa subacromial-subdeltóidea, compatível com bursite.
- Tendão do cabo longo do músculo bíceps braquial de morfologia, espessura e trajeto no sulco intertubercular normais, com líquido em sua bainha, que pode representar expansão do derrame articular.
- Estruturas ósseas de morfologia e sinal de ressonância magnética preservadas.
- Superfícies articulares da cavidade glenóide e da cabeça umeral regulares.

DRª. JERÔNIMA DE LIMA FORTALLES  
CRM 135725



Clínica Amélia e Carlos Freire de Alencar

Dr. Janio Freire de Alencar

Endereço: Rua Paulo Emilio Cabral - 121 - Salto Alegre - Ceará

Centro Administrativo - CE

Telefones: (82) 3435-1127

(82) 3 9990-5025

Dr. Janio Freire de Alencar

PACIENTE ANTONIO DIAS DE SOUSA

RISCO CIRÚRGICO

IDADE: 68 ANOS

ALÉRGICO A MEDICAÇÃO: SIM ( ) NÃO (X)

CIRURGIA A SER EXECUTADA: DO TUMOR SUPRA-ESPIGAL  
TUMOR SUPRA-ESPIGAL DE OMBRO DIREITO  
ACV ROR 2T BNP SI SOPRO PATOLÓGICO  
AR HVE SI BUNODI PATOLÓGICO

EXAMES LABORATORIAIS: OK

ECG: DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE

CIRURGIA PREVA: PROSTATECTOMIA E RENOVA UMBILICAL

MEMBROS SEM ALTERAÇÕES

TIPAGEM SANGÜEA: -

NEUROLÓGICO: LOTO

HIPERTENSO: SIM ( ) NÃO (X) NORMOTENSO - CUMULADO - 1000

TABO - EQUILIBRO - ACUMULADO - AUMENTADO

RISCO CIRÚRGICO

BAIXO RISCO

Dr. Janio Freire de Alencar

CREMEC 9433

Clinica e Cirurgia

CREMEC - 9433

Dr. Janio Freire de Alencar

Data: 14/11/18

FUMAR FAZ MAL A SAÚDE



ANTONIO DIAS DE SOUSA  
45477

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

AP

23/07/2013

11:06:42



Z: 100%

W:4036 L:2048

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Rua São José, s/n - Centro - Tarrafas/CE  
CNPJ: 11.696.573/0001-18 Tel: (88) 3549-1113  
saude.tarrafas@hotmail.com



### RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Antônio Dias da Sousa

PRESCRIÇÃO:

Atestado Médico

Atento, para os devidos fins, que o  
pte. supracitado esteve em atendimento  
médico no dia 11 de setembro de 2018,  
na U.M.S. de Tarrafas (CE), por conta  
de trauma contuso em ombro direito,  
com limitação funcional, referindo ter  
sido vítima de acidente de trânsito,  
para exames de imagem (RNM e US), foi  
constatada lesão traumática da mangu-  
to notada, sendo indicada intervenção  
cirúrgica. CID-10: S46.0

DATA: 14/03/19

Dr. Gustavo Lima  
MÉDICO  
CRM-CE 18.871

Carimbo e Assinatura do Médico

MINISTERIO DA FAZENDA

 Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**619.864.107-49**

Nome  
**ANTONIO DIAS DE SOUSA**

Nascimento  
**19/08/1950**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

|                                                                                                                      |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| VALIDEZ EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                                |                                  |
| NÚMERO DE<br>IDENTIFICAÇÃO<br>201520311 - 4                                                                          | DATA DE<br>EMISSÃO<br>12/12/2015 |
| NOME<br>ANTONIO DIAS DE SOUSA<br>FRANCISCO<br>FRANCISCO GERALDO DIAS<br>FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA<br>ASSAÍRE - CE |                                  |
| DATA DE NASCIMENTO<br>19/08/1950                                                                                     |                                  |
| CDS INSCRIÇÃO<br>13<br>CATEGORIA<br>13 TABAÇAS - CE<br>CPF<br>619.864.107-49                                         |                                  |
| ENDEREÇO<br>CANTORIO:SEDE TENHO:279 RUA:55AV LITORAL-                                                                |                                  |
| P. 1: 125                                                                                                            |                                  |

RECEBIDO EM:  
06 / 08 / 19



DENATRAAN

certificado de registro do licenciamento de veículos

來

03 03 04 00 00

100

此天托我聖天子之命也。天子之命。不可違也。故曰。天子之命。不可違也。

41-1867-10849



MANCA MOORE, JR.

DATE PAID  
PAID TO  
PAID BY  
PAID FOR

卷之六

— 25 —

088FVAC28

**DO NOT MISS THE OPPORTUNITY TO  
ACQUIRE THE PAPER TRANSFERENCE**

LOCAL

11. **Supervisors** \_\_\_\_\_

OE Nº 014414567370 SIGIETE DE SEGURO PRIVA

LEGÍTIMO CARRIÃO DA LAMOTA, PELO QUAL CASAMOS POR MECHOS  
AUTORIDADES DA VIA TERRAESTE, DO POB. SUA CAPITA, A PLISSON  
TRANSFORMAÇÕES DO MARO - TENDENDO DE VAI

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguroadvalider.com.br](http://www.seguroadvalider.com.br)

MAC-OPVAT 0800 022 1204

011 744 111 673 540

2018 27/07/2018

CP-ONE  
215-410749  
CP-5-215

[illegible]

2011 MAY 18 10:00 AM

[illegible]

CUENTO COMPLETO (M5)  
0 20  
185 250

11/09/2011

**SEGUROADORA LIDER - DPAI**  
CNPJ 08.348.601/0001-04

0-79



RECEBIDO EM:  
06/08/19





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social  
Perícia Forense do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Medicina Legal  
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte

LAUDO PERICIAL  
2019.0020536

**Natureza do exame: Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)**  
**Referência: B.O: - 417-224/2019**

**Documento solicitante: Gula - 53/2019**  
**Órgão solicitante: Delegacia Municipal de Assaré**

---

RECEBIDO EM  
06/08/19

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>GOVERNO DO<br/>ESTADO DO CEARÁ</b><br/>Perícia Forense do Estado do Ceará</p> | <p><b>Perícia Forense do Estado do<br/>Ceará</b><br/><b>Coordenadoria de Medicina Legal</b><br/>Núcleo de Perícias Médicas e<br/>Odontológicas de Juazeiro do Norte</p> |
| <p><b>LAUDO PERICIAL</b></p>                                                                                                                                          | <p><b>Número: 2019.0020536</b></p>                                                                                                                                      |
| <p><b>Sanidade em Lesão Corporal<br/>(DPVAT)</b></p>                                                                                                                  | <p><b>Páginas: 2/3</b></p>                                                                                                                                              |

No dia 01 de Julho de 2019, no Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Juazeiro do Norte-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Dr(a) Andrey Cavalcante Quental para proceder exame de Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia Municipal de Assaré de acordo com o(a) Guia de número 53/2019, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

**DADOS:**

ENVOLVIDO(S):

ANTONIO DIAS DE SOUSA

**PARECER:**

**HISTÓRICO:**

*Periciando comparece para exame de sanidade em lesão corporal, referente a perícia realizada em 21/03/2019; inicialmente foi solicitado que se retornasse para nova avaliação após alta ambulatorial definitiva e reabilitação plena e efetiva. Retorna no dia de hoje (01/07/2019) para complementação pericial a fim de se quantificar eventuais danos corporais de natureza permanente. Menciona estar bem, sem dores espontâneas e com franca melhora da amplitude de movimento em ombro direito.*

**AO EXAME:**

- 1-Cicatriz cirúrgica de coloração rosa, algo hipertrófica, medindo cinco e meio centímetros, disposta longitudinalmente em face ântero-lateral de ombro direito, que causa depressão em pele à manobra de abdução.
- 2-Amplitude articular global de ombro direito adequada, entretanto há discreta limitação à execução de rotação interna.
- 3-Força de elevação e abdução de ombro direito ligeiramente diminuída.

**QUESITOS:**

- 1) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

**RESPOSTAS AOS QUESITOS:**

*Resposta ao 1º) Ombro direito. Sem dano corporal permanente que se enquadre e/ou quantifique de acordo com a tabela referendada.*



15 de Julho de 2019

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>GOVERNO DO<br/>ESTADO DO CEARÁ</b><br/><i>Perícia Forense do Estado do Ceará</i></p> | <p><b>Perícia Forense do Estado do<br/>Ceará</b><br/><b>Coordenadoria de Medicina Legal</b><br/>Núcleo de Perícias Médicas e<br/>Odontológicas de Juazeiro do Norte</p> |
| <p><b>LAUDO PERICIAL</b></p>                                                                                                                                                 | <p><b>Número: 2019.0020536</b></p>                                                                                                                                      |
| <p><b>Sanidade em Lesão Corporal<br/>(DPVAT)</b></p>                                                                                                                         | <p><b>Páginas: 3/3</b></p>                                                                                                                                              |

**Dr(a) Andrey Cavalcante Quental**  
Médico Perito Legista Matrícula: 168046-1-4





**Registro N. 792852 / 2019**

Digitacao: 25/04/2019 (ERIKA.ARAUJO)  
Livro: 167 Pagina:34

Enviar para **DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE**

**EXAME SEGURO DPVAT**

Em 21 de março de 2019, nesta cidade de Juazeiro do Norte, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

**ANDREY CAVALCANTE QUENTAL**

- CRM - Nº: 9235

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

**ANTONIO DIAS DE SOUSA**

a fim de ser atendida a requisição de nº 24 / 2019, emitida pelo (a) **DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

**Em consequência, às 10:00h de 21/03/2019 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:**

**HISTÓRICO:**

Periciando afirma que foi vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta ao colidir com uma vaca, fato ocorrido às 05:00 horas do dia 11/09/2018, próximo a Cajazeiras do Jiló, município de Tarrafas, tendo consequência contusão em ombro direito e lesão de manguito rotador, tratada cirurgicamente em 23/01/2019 no Hospital São Raimundo, em Crato.

**AO EXAME:**

- 1- Cicatriz de coloração rósea, com discreta hipertrofia, disposta longitudinalmente, causando depressão em pele à execução de abdução de ombro direito (acesso cirúrgico).
- 2- Limitação da amplitude global de movimento de ombro direito, em grau mínimo, notadamente dolorosa à execução de manobras, sobretudo à rotação interna, esta consideravelmente limitada.
- 3- Diminuição da força de abdução e elevação em ombro direito.

**COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO:**

Faz-se necessária nova avaliação pericial após reabilitação plena, a fim de qualificar e quantificar eventuais danos corporais de natureza permanente.

**RESPOSTA AOS QUESITOS**

**PRIMEIRO** - Houve lesão de origem externa, com possível nexa causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

**Sim.**

**SEGUNDO:** Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

**Ombro direito. Necessária perícia complementar, com noventa dias, a fim de quantificar eventuais danos de natureza permanente.**

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

\_\_\_\_\_  
ANDREY CAVALCANTE QUENTAL  
- CRM - Nº: 9235

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190464171 **Cidade:** Tarrafas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DIAS DE SOUSA **Data do acidente:** 11/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO COM LESÃO DO MANGUITO ROTADOR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO DO IML Nº 2019.0020536.

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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266462/19

**Vítima:** ANTONIO DIAS DE SOUSA

**CPF:** 619.864.107-49

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO DIAS DE SOUSA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais

**ANTONIO DIAS DE SOUSA : 619.864.107-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019  
Nome: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
CPF: 619.864.107-49

ANTONIO DIAS DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019  
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO  
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266462/19

**Número do Sinistro:** 3190464171

**Vítima:** ANTONIO DIAS DE SOUSA

**CPF:** 619.864.107-49

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO DIAS DE SOUSA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2019  
Nome: ANTONIO DIAS DE SOUSA  
CPF: 619.864.107-49

\_\_\_\_\_  
ANTONIO DIAS DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2019  
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO  
CPF: 167.398.762-15

\_\_\_\_\_  
LEVI OLIVEIRA AMANCIO