

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01355957-5** em **29/07/2020 11:35:38**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0238123-43.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01355957-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 29/07/2020 11:35:38

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

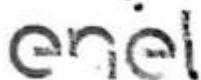
Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2738791_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2738791_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-7.pdf

Downloads

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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza - CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF CA: 05.848-3

018272715

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

Esta é a sua conta de
08/2019

Nº DO CLIENTE	
1482594	DV
VENCIMENTO	
25/10/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
152,85	
DATA EMISSÃO	
20/09/2019	

Nome MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço RU CORACAO DE JESUS 01050 60862-222 FORTALEZA CASTELAO

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5253374-EL - F0H05JE1

CPF / CNPJ

899.958.053-91

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
12/07/2019	10/08/2019	02/09/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1EC0.0518.A847.8E8C.4813.5A67.F3EB.4B5B

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	6543.00	6378.00	165.00	0.00	0.00	0.00	1.00	165.00	165.00	0.80836	133.38

DESCRIÇÃO DA CONTA

CP - ILLUM PUB PREF MUNIC

Consumo

Adicional Band. Amarela

Adicional Band. Vermelha

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

165	0.80836	133.38
		2.47
		3.45

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

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

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

0 100

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PIS/PASEP	139.30	1.3500	1.88
CORFINS	139.30	6.1600	8.58
ICMS	139.30	27.00	37.61

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano Valor R\$

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Band. Tarif.: Amarela : 13/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 10/08 Prezado(a) Cliente, Estamos entregando sua conta de energia referente ao mês de agosto depois da data prevista. Caso queira, temos uma condição especial de pagamento para você, qualquer dívida entre em contato através dos nossos canais de atendimento. O vencimento de sua conta foi regularizado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento. O vencimento de sua conta foi regularizado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento.



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

DADOS PESSOAIS

Nº DO PRONTUÁRIO
5163838

Nº DO BE
376972

SEXO
M

RACIA
PARD

NOME MÃE
MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

DOCUMENTOS

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): **01836891350**; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): **96006048352**

ENDEREÇO
RUA D 1041 JARDIM UNIAO USB 13 PASSARE

CONTATO

UF
CE

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
COLISÃO CARRO/BICICLETA TRAZIDO PELO SAMU

AValiação TRAUMATOLOGICA

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

PESO
NI KG

TEMPERATURA
NI °C

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

ALERGIAS
NI

SINAIS VITAIS
SAT O2 NI%

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA BENICE A SILVA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
19/10/2019 08:58:45

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Re: *pac. destel do risco de dano vital.*

Col: *intenso p/ amplexo*

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X *História* () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Colapso - 14/11/19

Episódio - 14/11/19

09/10

ABP

ABP = normal

João

TIPO DE ALTA/SAÍDA

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

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Jose Glauber Mota

EM 19/10/2019

Impresso por MARIA BENICE A SILVA em 19/10/2019 08:58:45

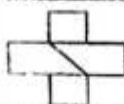
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

gilberto batista de oliveira

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza
Ceará

João

CONFERE COM ORIGINAL
08/11/2019

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PROCTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura distal do radio e ulna
volar.

18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Neurite de awangio

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

Ex. físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Traumatologia

CRM 8422

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CHAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO**AUTORIZAÇÃO**

43 - PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DO

47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DATA DO DOCUMENTO

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

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL
08/11/2019

5163838

PACIENTE: Gilberto Batista de Oliveira

DATA OPERAÇÃO: 25/10/19 ENFERMARIA: LEITO: 38

Dr. Valterio

1º AUXILIAR: Dr. Marcio Corra Dr. Marcio Corra
2º AUXILIAR: 3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: Dr. Camarinha Mendonça TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio + sedação

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura rádio distal (E)

TIPO DE OPERAÇÃO: Ostomia punho (E) + reparo ligamentar punho (E)

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 mesma

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

- ① Pcte DDH + anestesia
- ② Incisão + antissepsia + campo estéril + fixação com
- ③ Ligamento volar ao rádio distal (E) + fixação com Stenocam.
- ④ Redução direta + fixação com placa volar do rádio distal (E) + reparo ligamentar punho (E) + controle radiológico
- ⑤ Lavagem SF 0,9% + drenagem hemostática + fratura fixada com
- ⑥ Sutura por planos
- ⑦ Curativo
- ⑧ - G SR

Dr. Marcio Corra
Médico
CRM 14821

04.885.197/00012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578

Messejana - Cep: 60.864-810

Fortaleza - Ceará

assinado

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

CONFERE COM ORIGINAL

08/11/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



Gilberto Batista da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CAHTEIHA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

96006048352

DATA DE
EXPEDIÇÃO

25/02/2013

NOME

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA

MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE

SÃO PAULO - SP

DATA DE NASCIMENTO

03/01/1983

DOC. ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2 ZONA TERMO: 41958 FOLHA: 204 V
LIVRO: B-73 FORTALEZA - CE

CPF 018.368.913-50

2 VIA

Assinatura de Gilberto Batista
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TIPOGRAFIA DE SÃO PAULO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 018 368 913-50 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Batista de Oliveira

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

5 - Nome completo: Gilberto Batista de Oliveira 6 - CPF: 018 368 913-50
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Coração de Jesus 9 - Número: 1050 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: J. Pastelão 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60862-222
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 9888-6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2588 CONTA: 165468 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 20 de Janeiro de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Gilberto Batista de Oliveira*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



DECLARAÇÃO

192

SAMU 192 FORTALEZA


Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Gilberto Batista de Oliveira - C.P.F. - 018.368.913-50**, no dia **19/10/2019**, às **07h57min**, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Itaperi**, vítima de acidente de trânsito.

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


Documento requerido por meio do Processo nº **P925646/2019**.

Fortaleza, 04 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

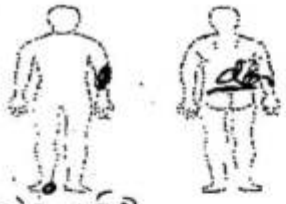
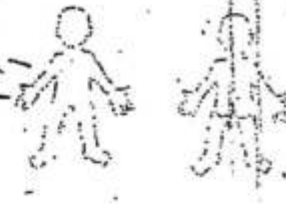

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat - 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

8824

3591. Gilberto

P- 925646/19

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA		Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde	
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR			
VEÍCULO: JS	PONTO DE APOIO: CHESF	Nº DA OCORRÊNCIA: 0345	
DATA: 19/10/19	TURNO: KIT	EQUIPE: Silmara Mendy	
NOME: Gilberto Batista de Oliveira	IDADE: 36	SEXO: M	
ENDEREÇO: Quil. Silas Munguba 1403	BAIRRO: Itapera		
REFERÊNCIA:	QTY: 07:39 QUS: 07:57 QUR: QUY: 08:15 QUU: 08:07		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão com carro/bike			
RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA			
RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO		<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	
PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	
A	<input checked="" type="checkbox"/> PERVEAS <input type="checkbox"/> OBSTRUIDAS POR:		
B	PADRÃO RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE		
	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:
C	PULSO <input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> TAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL		
	PELE:	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
D	LOCAL: ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)		
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> À VOZ <input type="checkbox"/> À DOR <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>
	TOTAL: 15		
	PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS:		
ADULTO		LESÕES	PEDIÁTRICO
		PC. c/ dor no braço esquerdo, com dor na lombar e escoria- ção no calcâneo di- scito.	
EXAMINAÇÃO			
SAMPLA			
FR: 80	PA: 130/80	FR: 20	OXIM: 96%

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS./CRM:

Paciente de polias cargo / baia, consciente, orientado, apresentando forte dor no braço esquerdo direito. Ferimento lacerado e escoriações no calcanço esquerdo que está 1 RR.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS./COREN:

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ ÓBITO

☐ RECUSA

☐ NO LOCAL

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☒ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

Jose Glauber Mota
Traumatologia
CRM 8122

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____, RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às

hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 018 368 913-50 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Batista de Oliveira

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

5 - Nome completo: Gilberto Batista de Oliveira 6 - CPF: 018 368 913-50
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Coração de Jesus 9 - Número: 1050 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: J. Pastelão 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60862-222
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 9888-6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2588 CONTA: 165468 5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou descendentes (filhos, netos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

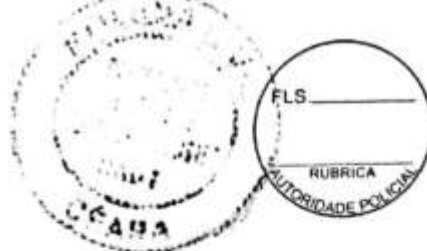
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 20 de Janeiro de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Gilberto Batista de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3896 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2019 14:53:22**
Data / Hora da Ocorrência: **19/10/2019 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, ITAPERI - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **03/01/1983** CPF: **018.368.913-50**
RG: **96006048352** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA**
SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CORAÇÃO DE JESUS, 1050**
Bairro: **CASTELAO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98747-1739**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMW0237** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9BVT5T726EE402780 Renavam: **1039030308** Tipo do Veículo:
ONIBUS Marca / Modelo: **VOLVO/MASCA GRANVIA** Ano Fabricação:
2014 Ano Modelo: **2014** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA**
Proprietário: **SANTA CECILIA TRANSPORTES LTDA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA NA AV. SILAS MUNGUBA QUANDO UM ÔNIBUS DE PLACAS PMW-0237, DE NUMERO 124 DA LINHA 501 CONDUZIDO PELA MOTORISTA IRANEIDE, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

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

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083453

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000002558**

Conta: **00000165468-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083453

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

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



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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 000000165468-5

Nr. da Autenticação 2AECDD6899CE84EF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083453 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067283/20

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 018.368.913-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA : 018.368.913-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2020
Nome: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA
CPF: 018.368.913-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067283/20

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 018.368.913-50

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA : 018.368.913-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2020
Nome: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA
CPF: 018.368.913-50

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083453 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50