



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 **WEB1.20.01370264-5** em **06/08/2020 11:12:07**.
- 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 : 0239578-43.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01370264-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 06/08/2020 11:12:07

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* : 2740657_CONTESTACAO_03 - 1-12.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2740657_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-23.pdf

Downloads

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: **833 493 673 72** 4 - Nome completo da vítima: **SEBASTIAO DELFINO XAVIER**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2017

5 - Nome completo: **SEBASTIAO DELFINO XAVIER** 6 - CPF: **833 493 673 72**
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA NOVA CONQUISTA** 9 - Número: **4026** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **GRANJA LISBOA** 12 - Cidade: **FORTALEZA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60540-235**
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **85-99812-6174**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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 A 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 POUQUANÇA (somente para bancos brasileiros. Assinale a opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (345)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: **1469** CONTA: **93850** **0**

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe 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 tenho direito, reconhecendo o dano, desde já e somente após a avaliação do crédito, quitando total de 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Todos ☐ Alguns ☐ Nenhum 30 - Vítima deixou filhos menores? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Todos ☐ Alguns ☐ Nenhum 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 o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA, 13/01/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (ou representante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022637

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEBASTIAO DELFINO XAVIER

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022637

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEBASTIAO DELFINO XAVIER

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\$ 10.462,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Valor: R\$ 10.462,50

Banco: 104

Agência: 000001469

Conta: 0000093850-0

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:



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022637

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIAO DELFINO XAVIER

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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.462,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 000000093850-0

Nr. da Autenticação 315A8239EC148B88

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3200022637](#)

Nome do(a) Examinado(a): [SEBASTIAO DELFINO XAVIER](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [R NOVA CONQUISTA, 4026, , 60.543-352, GRANJA LISBOA, Fortaleza/CE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP CE / 94002412665](#)

Data e local do acidente: [08/10/2019 - Fortaleza/CE](#)

Data e local do exame: [24/01/2020 - Fortaleza/CE](#) Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[Traumatismo cranioencefálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocanteriana do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica.](#)

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

[Conforme será verificado no exame físico, as lesões apresentaram melhora de seu quadro em razão da evolução terapêutica, sendo realizado tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica de osteossíntese de fêmur e drenagem torácica. Resta apurada a existência de sequela permanente no olho esquerdo, no membro inferior direito e no 5º dedo da mão direita, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.](#)

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

[Ao exame físico do olho esquerdo apresenta pálpebra alterada, globo ocular alterado, pupilas alteradas. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, cicatriz operatória aparente, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios, ausência de desvio de eixo, ausência de contratura paravertebral, ausência de dor à palpação. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 80°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame do 5º dedo da mão direita apresenta diminuição de flexão e extensão da articulação interfalangeana proximal com flexão aos 60°, com flexão aos 45° e hiperextensão aos 5° em decorrência da fratura. Restam preservados os demais movimentos articulares da mão, assim como força de preensão palmar, de modo que a lesão fica restrita ao 5º dedo.](#)

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica) [Sim](#)

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

Perda parcial e incompleta do olho esquerdo em decorrência da diminuição da visão. Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior direito em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de redução de força. Perda funcional, parcial e incompleta do 5º dedo da mão direita em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

"Vítima em tratamento"

() "Sem sequelas permanentes" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Olho Esquerdo - Intenso - 75%

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

5º Dedo da Mão Direita – Médio – 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Redução da acuidade visual do olho esquerdo irreversível. Grave laceração esclero- conjuntival e iridectômica pelo trauma sofrido - além da redução da acuidade visual evoluiu com estrabismo traumático - quadro em evolução.


Dr. Grete Freitas Cavalcanti
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019323/20

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

CPF: 833.493.673-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2019

Titular do CPF: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SEBASTIAO DELFINO XAVIER : 833.493.673-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 14/01/2020
Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
CPF: 833.493.673-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022637

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Data do acidente: 08/10/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocanteriano do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do olho esquerdo apresenta pálpebra alterada, globo ocular alterado, pupilas alteradas. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, cicatriz operatória aparente, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios, ausência de desvio de eixo, ausência de contratura paravertebral, ausência de dor à palpação. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 80°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame do 5º dedo da mão direita apresenta diminuição de flexão e extensão da articulação interfalangeana proximal com flexão aos 60°, com flexão aos 45° e hiperextensão aos 5° em decorrência da fratura. Restam preservados os demais movimentos articulares da mão, assim como força de preensão palmar, de modo que a lesão fica restrita ao 5º dedo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, traumatismo cranioencefálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocanteriano do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica de osteossíntese de fêmur e drenagem torácica. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou melhora em relação ao seu quadro inicial. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no olho esquerdo, no membro inferior direito e no 5º dedo da mão direita.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do olho esquerdo em decorrência da diminuição da visão. Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior direito em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de redução de força. Perda funcional, parcial e incompleta do 5º dedo da mão direita em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Em relação aos danos comprovados, em que pese aparecer perda anatômica, o correto é perda funcional do membro inferior. Redução da acuidade visual do olho esquerdo irreversível. Grave laceração escleraconjuntival e iridectômica pelo trauma sofrido - além da redução da acuidade visual evoluiu com estrabismo traumático quadro em evolução.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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 da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			77,5 %	R\$ 10.462,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022637

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Data do acidente: 08/10/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocanteriano do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do olho esquerdo apresenta pálpebra alterada, globo ocular alterado, pupilas alteradas. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, cicatriz operatória aparente, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios, ausência de desvio de eixo, ausência de contratura paravertebral, ausência de dor à palpação. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 80°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame do 5º dedo da mão direita apresenta diminuição de flexão e extensão da articulação interfalangeana proximal com flexão aos 60°, com flexão aos 45° e hiperextensão aos 5° em decorrência da fratura. Restam preservados os demais movimentos articulares da mão, assim como força de preensão palmar, de modo que a lesão fica restrita ao 5º dedo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, traumatismo cranioencefálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocanteriano do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica de osteossíntese de fêmur e drenagem torácica. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou melhora em relação ao seu quadro inicial. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no olho esquerdo, no membro inferior direito e no 5º dedo da mão direita.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do olho esquerdo em decorrência da diminuição da visão. Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior direito em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de redução de força. Perda funcional, parcial e incompleta do 5º dedo da mão direita em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Em relação aos danos comprovados, em que pese aparecer perda anatômica, o correto é perda funcional do membro inferior. Redução da acuidade visual do olho esquerdo irreversível. Grave laceração escleraconjuntival e iridectômica pelo trauma sofrido - além da redução da acuidade visual evoluiu com estrabismo traumático quadro em evolução.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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 da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			77,5 %	R\$ 10.462,50



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **SEBASTIAO DELFINO XAVIER**

DATA DO ACIDENTE **08/10/2019** CPF DA VÍTIMA **833 493 673 72**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA NOVA CONQUISTA, 4026 - GRANJA LISBOA**

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA **13/01/2020**

NOME **Augusto Silva**

ASSINATURA **Augusto Silva**



Seguradora

LÍDER

Adm. Insuradora do Seguro DPVAT

(1)



 Buscar no site


- A COMPANHIA ▾
- SEGURO DPVAT ▾
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE IMPRENSA ▾
- TRABALHE CONOSCO ▾
- CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: ORY8910 UF: CE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
--	-----------	------------	----------	-------------------------

—	2019	R\$84,58	Quitado	
---	------	----------	---------	--

Data Pagamento	Valor Pago
----------------	------------

10/12/2019	R\$84,58
------------	----------

+	2018	R\$185,50	Quitado	
---	------	-----------	---------	--

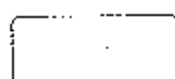
+	2017	R\$185,50	Quitado	
---	------	-----------	---------	--

+	2016	R\$292,01	Quitado	
---	------	-----------	---------	--

+	2015	R\$292,01	Quitado	
---	------	-----------	---------	--

+	2014	R\$196,06	Quitado	
---	------	-----------	---------	--

(*) Motocicleta



ACESSIBILIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
- MINISTÉRIO DAS CIDADES -

DETRAN - CE Nº 014329649159
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 1008538229 003349967372 EXERCÍCIO: 2018

SEBASTIÃO DA SILVA OLIVEIRA

FORTALEZA

PLACA: 9334936 ORY8910

CHASSI: 410ER715283

PAS/MOTOCICLO/MARCA: HONDA GASOLINA

MARCA: HONDA ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP/ROT/DIR: 2P/OCV/12-00 CATEGORIA: PARTIC. COR/PREDOMINANTE: AMARELO

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
1ª *****	2ª *****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

FORTALEZA DATA: 31/01/2019

SEGURO DEVIDA OPIQ DE DANOS FÍSICOS E/OU MATERIAIS DO VEÍCULO
AUTOMOTOR, SEM VÍCIO TERRESTRE, VÍCIO DE FURTO, INCENDIO, FURTO
E/OU DANOS MATERIAIS DO VEÍCULO, SEM VÍCIO TERRESTRE, VÍCIO DE FURTO, INCENDIO, FURTO

CE Nº 014329649159 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2018

83349367372 ORY8910

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalida.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

014329649159 96646156580

EXERCÍCIO: 2018 DATA: 31/01/2019

VIA: 01 83349367372 ORY8910

RENAVAM: 1008538229 MARCA: HONDA

ANO FAB: 2014 ANO MOD: 09

CHASSI: 410ER715283

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

FORTALEZA DATA: 31/01/2019

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

DADOS DO CLIENTE

Nome: **SEBASTIAO DELFINO KAUER**
 End. Leitor: **ROA NOVA CONQUISTA, 4026, SHALAN LISBOA**
 Cidade: **CRUZEIRA**
 End. Entrega:

CPF: 60540-235

Cidade: **CRUZEIRA**
 Lote: **129** Setor: **078** Quilômetro: **0025** Lote: **0125**
 Subsetor: **00** Subquadra: **00**

CEP: 0000
ECONOMIAS

Residencial: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Público: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Módulo Somatório(m³)
ABCA	AD9F314403	832	895	3	8

DATAS

Leitura Atual: **15/11/2019** Encerrado: **15/11/2019** Leitura Anterior: **15/10/2019** Próxima Leitura: **14/12/2019**
 Leitura Especial: **9978613** Leitura Especial:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA RESERVADE A:

Nº da Amostra	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
146	146	146	146	146	146
146	146	146	146	146	146
146	146	146	146	146	146

MENTAÇÕES / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/19) = 9 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	28,30	
		Mês/Ano
		ago/18
		set/18
		out/18
		nov/18
		dez/18
		jan/19
		fev/19
		mar/19
		abr/19
		maio/19
		jun/19
		jul/19
		ago/19
		set/19
		out/19

RESUMO SOBRE O FATURAMENTO	SUBSIDIO
Descrição	Descrição
PIS	VALOR DO SERVIÇO
COFINS	VALOR DO SUBSIDIO
	VALOR TOTAL A PAGAR
MÊS/ANO	VENCIAMENTO
11/2019	04/12/2019
	TOTAL A PAGAR (R\$)
	28,30

E:350318072503752 L:0281 H:09:43:00 R:080 P:001



Cagece
 0800 275 0122



É obrigatório o usuário realizar sua inscrição cadastrada junto à Cagece.
 Conforme Resolução das Agências Reguladoras.
 Endereços Reguladores: Faturação ABCD - Agência de Regulação e Normalização
 e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 282 1010. CNPJ: 16.074.000/0001-00
 Endereço: ANCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do
 Ceará: 0800 275 0122. Domicílio: 159, Sítio da ANCE, Avenida Aracati, 159, 159-159, 159-159.
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0122, nas horas de atendimento, de
 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou no Dúvidas da Cagece: 3101.1918,
 de 8h às 12h e 13h às 17h.





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

USA

VEÍCULO: <u>USR 409</u>	PONTO DE APOIO: <u>R66V</u>	Nº DA OCORRÊNCIA: <u>0886</u>
DATA: <u>08/10/19</u>	TURNÔ: <u>NT</u>	EQUIPE: <u>Galvaneal Ontanyane</u>
NOME: <u>Sebastião Delfino Xavier</u>	IDADE: <u>40 a.</u>	SEXO: <u>M</u>
ENDEREÇO: <u>Rua: R. Jussara 1411</u>	BAIRRO: <u>R. Jussara</u>	
REFERÊNCIA: <u>pego moto peças</u>		
QTY: <u>11:46</u>	QUS: <u>12:00</u>	QUY: <u>1</u>
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: <u>potência de 300w</u>		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

☐ PÉRVAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
---------------------------------	-------------------------------------	------------

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	INSULTA
	☐ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
	☐ BRADIPNEICO			
	☐ AGÔNICA/AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☐ NORMOCÁRDICO	☐ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
	☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
	☐ CHEIO	☐ SUDOREICA		
	☐ FILIFORME	☐ SECA		
	☐ IMPALPÁVEL	☐ QUENTE		
	LOCAL: _____	☐ FRIA		

D Nível de consciência	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA ☐ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6	
	Á VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5	
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4	
	NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3	
TOTAL: _____	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2		
		NENHUMA ☐ 1		
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)				
☐ ALTERADAS				

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: <u>146</u>	PA: <u>120 x 60</u>	FR: _____	GLIC.: _____	OXIM.: <u>97%</u>	TEMP.: _____
----------------	---------------------	-----------	--------------	-------------------	--------------

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUW: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUZ: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES/CONDUTAS MÉDICAS

1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (1) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (2) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (3) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (4) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (5) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (6) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (7) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (8) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (9) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (10) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (11) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (12) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (13) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (14) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (15) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (16) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (17) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (18) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (19) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (20) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (21) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (22) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (23) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (24) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (25) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (26) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (27) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (28) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (29) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (30) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (31) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (32) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (33) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (34) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (35) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (36) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (37) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (38) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (39) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (40) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (41) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (42) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (43) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (44) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (45) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (46) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (47) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (48) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (49) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (50) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (51) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (52) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (53) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (54) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (55) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (56) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (57) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (58) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (59) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (60) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (61) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (62) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (63) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (64) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (65) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (66) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (67) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (68) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (69) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (70) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (71) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (72) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (73) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (74) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (75) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (76) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (77) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (78) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (79) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (80) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (81) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (82) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (83) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (84) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (85) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (86) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (87) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (88) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (89) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (90) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (91) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (92) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (93) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (94) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (95) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (96) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (97) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (98) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (99) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local
 (100) / 1984, 24 de Abril, 10h30, no local

ANOTAÇÕES/CONDUTAS DE ENFERMAGEM

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:

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

Isso, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700504569353851 Admissão: 08/10/2019 12:57
 Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
 Pront.: 5639218 Data Nasc.: 30/12/1979 Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 85 98974-7061
 Mãe: FRANCISCA DELFINO XAVIER
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60540-234 Bairro: GRANJA LISBOA
 Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador MARIA DE NAZARE P UCHOA Horário 08/10/2019 13:00
 Queixa: POLITRAUMA GRAVE -TRAZIDO PELO SAMU À SALA VERMELHA
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: ESCORE 10-MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: NEILTOR FRANCISCO LINHARES TORQUATO CRM: 10424 Nº: 560595 Horário 08/10/2019 13:21
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: SALA VERMELHA
 Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 RELATO DE COLISÃO MOTO/ CARRO SEM CAPACETE COM TCE (ECG 8) PIFR COM LACERAÇÃO EM COURO CABELUDO; ABDOME TENSO (TRAUMA FECHADO?) COM DEFORMIDADE EM COXA D; PA 95X 60 FC 143 STO2 96%
 AP MVU/ SRA EM USO DE COLAR CERVICAL
 CD: ABERTO PTM
 SOLICITO TC CRANIO/CERVICAL; RAOX E FAST
 AVALIAÇÃO NEURO/ CIRURGIA GERAL/ TO
 REALIZADO INTUBAÇÃO PARA NEUROPROTEÇÃO
 INTERNAMENTO

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 16/10/2019 14:29

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data		Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
08/10/201	13:00	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ESCORE 10-MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	VERMELHO	MARIA DE NAZARE P UCHOA

RAE TIRADA
 PELO SISTEMA SUI
 DATA 25/10/19
 MATRÍCULA 51022
 Assinado por 1

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700504568353851 Admissão: 08/10/2019 12:57
 Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
 Pront.: 5639218 Data Nasc.: 30/12/1979 Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 85 98974-7061
 Mãe: FRANCISCA DELFINO XAVIER
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60540-234 Bairro: GRANJA LISBOA
 Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
15/10/2019 14:00 PELO SISTEMA DATA 25/11/19 MATEUS R. ROCHA S.1022		AMBIENTE. ACORDADO. ALTERANDO PERÍODOS DE AGITAÇÃO E DESORIENTAÇÃO. SEM FEBRE, EDEMA, TOSSE PRODUTIVA. SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO. # LAB (15/10/19): HB 7,8 LEUCO 8540 PLAQ 319000 INR 1,09 UR 36 CR 0,9 K 3,78 PCR 66,1 #EX FÍSICO: EGR, AAA, CORADO. AP: MVJ COM REDUÇÃO EM 1/3 INFERIORES E EM HTX DIREITO. AC: BNF, 2T, RR, SS. ABD: RHA+, INDOLOR, FLÁCIDO. EXTREM: PPP, SEM EDEMA #CD: MANTIDO TAZOCIN. / ESTÍMULO FISIOTERÁPICO / PX NEOZINE

MATEUS R. ROCHA
SERVIDOR(A)

PRESCRIÇÃO

Médico: RAUL FAVA ALENCAR CRM 12665 16/10/19 09:39

Prescrição	Horário:
LEVOMEPRIMAZINA 40MG/ML (4%) - FGO ADMINISTRAR 10 GOTAS / ORAL / 12/12 H	
VANCOMICINA 500MG - FA ADMINISTRAR 2 FAMP + 200 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL 03X POR DIA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PROTEÇÃO OCULAR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30°-45°	
BALANÇO HÍDRICO	
FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	
OXIGENIOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	
GLICEMIA CAPILAR 6/6H	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% - AMP ADMINISTRAR 3 ML + FENOTEROL 5MG/ML - FGO ADMINISTRAR 3 GOTAS + IPRATROPIO(BROMETO) 0,25MG/ML - FGO ADMINISTRAR 40 GOTAS / INALATÓRIA / 4/4 H	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700504589353851 Admissão: 08/10/2019 12:57
 Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
 Pront.: 5839218 Data Nasc.: 30/12/1979 Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 85 98974-7061
 Mãe: FRANCISCA DELFINO XAVIER
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60540-234 Bairro: GRANJA LISBOA
 Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

PRESCRIÇÃO

Médico: I RAUL FAVA ALENCAR CRM 12665 15/10/19 09:03

Prescrição	Horário:
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA SE DX<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H SE VÔMITO OU NÁUSEA	
PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4,5G - FA + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H CORRER EM 3H. INICIO 11/10.	
Nº TOTAL DE FASES: 3 SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 62.5 ML/H / INTRAVENOSA / INFUSÃO CONTÍNUA	
DIETA ORAL - DIETA PASTOSA	
DIETA ORAL - DIETA PASTOSA	
REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL 03X POR DIA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PROTEÇÃO OCULAR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30°-45°	
BALANÇO HÍDRICO	
FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	
OXIGENIOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	
GLICEMIA CAPILAR 6/6H	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% - AMP ADMINISTRAR 3 ML + FENOTEROL 5MG/ML - FGO ADMINISTRAR 3 GOTAS + IPRATROPIO(BROMETO) 0,25MG/ML - FGO ADMINISTRAR 40 GOTAS / INALATÓRIA / 4/4 H	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 3 AMP / INTRAVENOSA / 8/8 H DILUIR EM CADA SORO DE 500ML DA HV	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA SE DX<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 20 ML SF 0,9% /	

SERVIÇO DE PROTOCOLO - N
 PRETENDIDA
 PRELIMINAR
 DATA 25/11/19
 HORA 5:02
 ASSINATURA: [assinatura]

AGENDAMENTO DE EXAMES		EXAMES	
Data: / / às			
Data: / / às			
Data: / / às			
Data: / / às			
Data: / / às			
Data: / / às			
PROCEDIMENTOS			
Data: / / às			
Data: / / às			
Data: / / às			
Data: / / às			
Data: / / às			
Data: / / às			



NÚCLEO AMBULATORIAL

Nome: Sebastião Delino Sales

Registro geral: 563.9218

Nº Carteira SUS: _____

Diagnóstico: _____

Médico: João Manoel

Traumatologia
ESPECIALIDADE

Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061
Fortaleza - Ceará, Brasil, (85) 3255-6010 - (85) 3255-5185

Especialidade: T9 Retorno: 4/12/19
Especialidade: e-plástica Retorno: 10/12/19
Especialidade: T9 Retorno: 5/12/19
Especialidade: T9 Retorno: 5/12/19
Especialidade: T9 Retorno: 13/02/20
Especialidade: _____ Retorno: / /
Especialidade: plástica Retorno: 28/01/20
Especialidade: _____ Retorno: / /
Especialidade: _____ Retorno: / /
Especialidade: _____ Retorno: / /
Especialidade: _____ Retorno: / /
Especialidade: _____ Retorno: / /

ESPECIALIDADES

TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA GERAL - NEUROLOGIA -
PEQUENA CIRURGIA - PRÉ ANESTÉSICO - ACUPUNTURA

às 7:00 Profissional: João Manoel
às 07:00 Profissional: Dr. André Silveira
às 7:00 Profissional: Marcelo Gomes
às 7:00 Profissional: João Manoel
às 7:00 Profissional: Marcelo Gomes
às _____ Profissional: _____
às 07:00 Profissional: André
às _____ Profissional: _____
às _____ Profissional: _____
às _____ Profissional: _____
às _____ Profissional: _____

CIRURGIA PLÁSTICA - NEFROLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
- DOR - CITRAFE - ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: SEBASTIAO DELFINO XAVIER		
Idade: 38 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5839218
Endereço: RUA NOVA CONQUISTA		Bairro: GRANJA LISBOA
Num: 4026	CEP: 60540-234	UF: CEARÁ
		Cidade: FORTALEZA

Localização		
Clinica: UNIDADE 25	Enfermaria: 252	Letto: 2511
Internação 16/10/2019	15:50	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório **Cancelada**
 Tipo de Saída: Alta Não

Resumo Clínico

VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO. TCE + PNEUMOTORAX DIREITO DRENADO. PO TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA TRANSTROCANTERIANA FEMUR DIREITO + LUXAÇÃO INVETERADA DE ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA DE DEDEO MINIMO DIREITO. HEMATOMA PERIORBITARIO ESQUERDO RESOLVIDO, SEQUELA EM OLHO ESQUERDO COM PTOSE PALPEBRAL.

Exames Realizados

PARECER OFTALMO: PARESIA III PAR CRANIANO A ESQUERDA.

14/11: HB 8,4 LELCO 10,160 U 41 CR 1,1 K 4,3 NA 138 PCR 38

URCULTURA NEGATIVA

Terapêutica Utilizada

SINTOMÁTICOS

ENOXAPARINA PROFILÁTICA

DIAZEPAM

SULFATO FERROSO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S72 - FRATURA DO FEMUR

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S72	FRATURA DO FEMUR
Não	S626	FRATURA DE OUTROS DEDOS

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 21/11/2019

Observações Complementares

RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS DA CIRURGIA. MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO: DR MAMEDE COM 2 SEMANAS, DR MARCELO GIRÃO NA VAGA E NA PLÁSTICA.

Responsável

Médico: CAMILA PINTO DE NADAI

Data: 21/11/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050632	Procedimento Eletivo	13/11/2019 18:00	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	RAIMUNDO MARCELO DA SILVA GIRÃO
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408080638	Procedimento Eletivo	20/11/2019 11:30	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	JOAO MAMEDE SOARES BRAGA

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-081 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Camila P. De Nadai
 Camila P. De Nadai
 CRM 123456 502747

Paciente: SEBASTIAO DELFINO XAVIER			
Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5639218	
Endereço: RUA NOVA CONQUISTA		Bairro: GRANJA LISBOA	
Num: 4028	CEP: 60540-234	UF: CEARÁ	Cidade: FORTALEZA

Localização			
Clinica: UNIDADE 25	Enfermaria: 252	Leito: 2511	
Internação 16/10/2018	15:50	Alta: * Não Informado * * Não Informado	

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Rua Barão do Rio Branco, 1616, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará
 Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



DECLARAÇÃO

192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Sebastião Delfino Xavier** - C.P.F. - **833.493.673-72**, no dia **08/10/2019**, às **12h**, na **Rua Bom Jesus**, no **Bairro Bom Jardim**, vítima de acidente de trânsito.

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

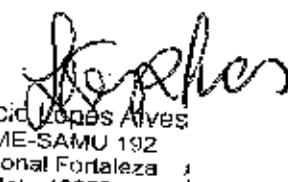
Documento requerido pela Sra. **Clemilda Camelo Leitão** por meio do Processo nº **P899845/2019**.

Fortaleza, 16 de Outubro 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


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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

CE

SEBASTIAO DELFINO XAVIER



Identificacao / Carteira de Identificacao
0402412565 BPO CE

Sexo M Data de Nascimento 30/12/1979

Nome Completo SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Assinatura *Sebastiao Delfino Xavier*

Localidade PORTALEIRA, CE Data de Emissao 16/11/2018

Assinatura do Titular *Sebastiao Delfino Xavier*

Assinatura do Emissor *Paulo Vitor*

Numero da Carteira 89451688149

CEI 02167837931

CEARA

VALIDADEZ
O TITULAR DO NOME
1663814910

1663814910

1663814910



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019855966



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4003 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 13:18:40**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2019 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R BOM JESUS COM RUA VALVERDE, BOM JARDIM - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SEBASTIÃO DELFINO XAVIER**
Nascimento: **30/12/1979** CPF: **833.493.673-72**
RG: **94002412665** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DELFINO XAVIER**
N.C
Endereço: **RUA NOVA CONQUISTA, 4026**
Bairro: **BOM JARDIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98974-7061**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **ORY8910** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110ER715283** Renavam: **1008538229** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AMARELO** Proprietário: **SEBASTIAO DELFINO XAVIER** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **QPP0551** Uf: **MG** Município: **BELO HORIZONTE** Chassi: **9BGKS48U0KG226004** Renavam: **1172029552** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **LOCALIZA RENT A CAR S.A.** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma que no local, horário e data acima mencionados trafegava na motocicleta de placa ORY-8910, quando um veículo de placas QPP-0551, tendo como condutor José Adriano Bezerra Alves, avançou a preferencial, colidindo com a motocicleta que pilotava; QUE caiu e ficou lesionado; QUE foi socorrido pela ambulância do SAMU para o Hospital IJF Centro, onde recebeu atendimento. E nada mais disse/////////
OBS:A falsa comunicação é prevista no Art 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 25/11/2019 13:32:30

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/11/2019 13:32:30



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019858966



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4003 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

SUBSTITUIÇÃO DE FINEZ XXT/TER

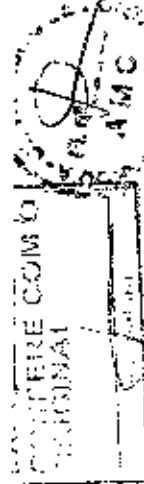
VISTO DO DELEGADO(A) :

MCAR

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
AMC - AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



Nº: B066716

CADASTRO GERAL

DATA: 08/10/2019 HORA DA OCORRÊNCIA: 14:05 DIA DA SEMANA: Tuesday

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ
TIPO DE PISTA: DUPLA
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA PINTADA: 1
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA
CONDIÇÕES DA CALÇADA: MÁ
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: PINTURA
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: VISIBILIDADE RUIM
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ
TIPO DE PISTA: DUPLA
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA PINTADA: 1
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA
CONDIÇÕES DA CALÇADA: MÁ
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: PINTURA
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: CONDIÇÃO RUIM
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

TIPO DE ACIDENTE: COLISÃO LATERAL ELEMENTO / PROPRIEDADE ATINGIDA: NÃO INFORMADO

QUANTIDADE DE VÍTIMAS:

Condutor lesos:	1	Passageiros lesos:	0	Pedestres lesos:	0
Condutor feridos:	1	Passageiros feridos:	0	Pedestres feridos:	0
Condutor mortos:	0	Passageiros mortos:	0	Pedestres mortos:	0

QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Danificados:	2	Sem danos:	0	Evadidos:	0
--------------	---	------------	---	-----------	---

TEMPO: BOM

LOCAL: RESIDENCIAL

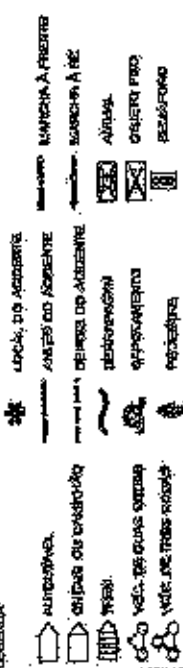
ILUMINAÇÃO: LUZ DO DIA

TIPO DE CRUZAMENTO: CRUZ

SUPERFÍCIE DA PISTA: SECA

CONTROLE DE TRÁFEGO: PARE

LEGENDA



MARCA/MODELO: CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT
ANO FABRICAÇÃO: 2018
CATEGORIA: PARTICULAR

COR: PRATA
TIPO: AUTOMOVEL
ESPÉCIE: PASSAGEIRO

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
ANO E FABRICAÇÃO: 2014
CATEGORIA: PARTICULAR

COR: AMARELO
TPO: MOTOCICLETA
ESPÉCIE: PASSAGEIRO

CPF: 484.514.013-68
SEXO: MASCULINO
SITUAÇÃO: I/ESO

DT. NASC.: 1407/1973
IDENTIDADE: 44434

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: QPR1851
PRIMEIRA CNH: 29/08/1995
VALIDADE CNH: 14/09/2022

Nº REGISTRO CNH: 0133877927
CATEGORIA CNH: AD

SEXO: MASCULINO
SITUAÇÃO: SEM INFORMAÇÃO
CPF: 838.488.673-72

DT. NABC.: 30/12/1979
IDENTIFICATION: 94002412865

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: QRY8910
PRIMEIRA CNH: 11/03/2008
VALIDADE CNH: 13/11/2023

Nº REGISTRO CNH: 0445297932
CATEGORIA CNH: A9

MARCA/MODELO: CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT
ANO FABRICAÇÃO: 2018
CATEGORIA: PARTICULAR

COR: PRATA
TIPO: AUTOMOVEL
ESPÉCIE: PASSAGEIRO

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
ANO E FABRICAÇÃO: 2014
CATEGORIA: PARTICULAR

COR: AMARELO
TPO: MOTOCICLETA
ESPÉCIE: PASSAGEIRO

CPF: 484.514.013-68
SEXO: MASCULINO
SITUAÇÃO: I/ESO

DT. NASC.: 1407/1973
IDENTIDADE: 44434

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: QPFR0851
PRIMEIRA CNH: 29/08/1995
VALIDADE CNH: 14/09/2022

Nº REGISTRO CNH: 0133877927
CATEGORIA CNH: AD

SEXO: MASCULINO
SITUAÇÃO: SEM INFORMAÇÃO
CPF: 838.488.673-72

DT. NABC.: 30/12/1979
IDENTIFICATION: 94002412865

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: QRY8910
PRIMEIRA CNH: 11/03/2008
VALIDADE CNH: 13/11/2023

Nº REGISTRO CNH: 0445297932
CATEGORIA CNH: A9

MANOBRA REALIZADA:
VIRANDO À ESQUERDA

VIRANDO À ESQUERDA.

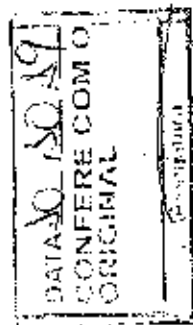
MANOBRAS REALIZADAS:
ULTRAPASSANDO

MANOBRAS REALIZADAS:
ULTRAPASSANDO

AMC - MT 188 - AGT AIRTON

AMC - MT 249 - AGT LUIZ SILVA

PERÍCIA FORENSE - VTR 7014 - PERITO PEDRO.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: **833 493 673 72** 4 - Nome completo da vítima: **SEBASTIAO DELFINO XAVIER**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2017

5 - Nome completo: **SEBASTIAO DELFINO XAVIER** 6 - CPF: **833 493 673 72**

7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA NOVA CONQUISTA** 9 - Número: **4026** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **GRANJA LISBOA** 12 - Cidade: **FORTALEZA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60540-235**

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **85-99812-6174**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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 A 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 POUPEANÇA (somente para bancos brasileiros. Assinale a opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (345)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: **1469** CONTA: **93850** **0**

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe 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 tenho direito, reconhecendo o dano, desde já e somente após a avaliação do crédito, quitando total de 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 do 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 (ou 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Todos ☐ Alguns ☐ Nenhum 30 - Vítima deixou filhos menores? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Todos ☐ Alguns ☐ Nenhum 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 rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA, 13/01/2020**

Sebastião Delfino Xavier
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (ou representante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DANO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS