



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 **WEB1.20.01440011-1** em **11/09/2020 13:43:20**.
- 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** : 0246208-18.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01440011-1  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 11/09/2020 13:43:20

### 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\*** : 2749152\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2749152\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-13.pdf

### Downloads

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

# 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: 371.689.913-53 4 - Nome completo da vítima: João Batista 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: João Batista Oliveira 6 - CPF: 371.689.913-53  
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua Ramundo Goldencio Braga 9 - Número: 71 10 - Complemento:  
11 - Bairro: São Pedro 12 - Cidade: Itapagé 13 - Estado: PE 14 - CEP: 62600-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 987241586

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0852 4 CONTA: 34438 9 (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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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, Itapagé 28.10.2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 465 - 1400 / 2019

## Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **28/08/2019 09:28:53**Data / Hora da Ocorrência: **22/06/2019 07:30:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro: **PEDRA BRANCA**Município: **ITAPEAJE/CE**Ponto de Referência: **CASA DO SENHOR RAIMUNDO FIDELIS**

## Noticiante(s)

Nome: **JOÃO BATISTA OLIVEIRA**Nascimento: **24/06/1952** CPF:RG: **20078714731**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **RAIMUNDA OLIVEIRA DA SILVA****RAIMUNDO NONATO DA SILVA**Endereço: **RUA RAIMUNDO GALDENCIO BRAGA, 71**Bairro: **PEDRA BRANCA**

CEP:

Município: **ITAPEAJE/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 9144-7184**

## Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXM7431** Uf: **CE** Município: **ITAPEAJE** Chassi:**9C2MD28001R022675** Renavam: **777302560** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XR 200R** Ano Fabricação:**2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**Proprietário: **JOAO BATISTA OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **NORMAL**

## Histórico

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇOS ACIMA MENCIONADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRA QUALIFICADA, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NAO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL LOCAL FUSEC E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA; QUE SOFREU FRATURA NO BRACO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO O CORPO; QUE ESTA AGUARDANDO PARA REALIZAR UMA CIRURGIA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEAJE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSIVAN DA ROCHA SILVA - MAT.: 30105214

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João Batista Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

THIAGO REZENDE TATAGIBA - MAT.: 30123832

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 371.689.913-53 4 - Nome completo da vítima: João Batista 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: João Batista Oliveira 6 - CPF: 371.689.913-53  
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua Ramundo Goldencio Braga 9 - Número: 71 10 - Complemento:  
11 - Bairro: São Pedro 12 - Cidade: Itapagé 13 - Estado: PE 14 - CEP: 62600-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 987241586

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0852 4 CONTA: 34438 9 (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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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, Itapagé 28.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



--	--	--	--	--	--	--

~~#~~ 8:20h — (22106719)

Pete deve entrar na emergência em cadeira de rodas, vítima de atropelamento por carro, apresenta perfuração no ombro esquerdo, realizar análise e transpor para Fontes aguardando liberação de vaga pela Central de Leitos.

José Edino de Sousa Pinheiro  
Especialista em  
COREN - CE - 579.595

1243008

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

enel

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre que entrar em contato conosco.Companhia Energética do Ceará  
RUA PIAUI, 150  
CIP 00135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 01047251/0001-70 | CEF 06.905.848-0

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

000419009

Referência: 08/2019

Rota IJ001L03

Nome JOAO BATISTA OLIVEIRA

Endereço RUA RAIMUNDO GALDENCIO BRAGA, 00071, SAO PEDRO,  
62600-000, ITAPAJÉ

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

ÁREA RESERVADA AO FISCO

2F60P583EF0K57060541E22697D45473

Emissão: 06/08/2019

Medidor: 954102-SCH-001

## ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



## DATAS DE LEITURA

P.F.: 29 dias

Anterior: 08/07/2019

Atual: 06/08/2019

Próxima prevista: 02/09/2019

## DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Cont.	Consumo Ant. (kWh)	Consumo Int. (kWh)	Consumo Tot. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	34.760	34.654	1,06	106	0	106	0,80774	85,62

## DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC  
CONSUMO  
JUROS MORATÓRIOS  
ADICIONAL BAND. AMARELA  
ADICIONAL BAND. VERMELHA  
DMIC  
COB CREDITO CREFAZ 0800 0525051

## TARIFA

## VALOR (R\$)

0,80774	15,07
-	85,62
0,01783	0,39
0,01236	1,89
-	1,31
-	-0,04
-	113,42

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	88,82	27,00	23,98
PIS	88,82	1,35	1,17
COFINS	88,82	6,16	5,45

Nº DO CONTRATO

13/08/2019

TOTAL A PAGAR

217,66

## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh): Compense suas emissões  
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

41,38 | 0,00

Comissão Energética (R\$/CO<sub>2</sub>)

0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 09/07 - 31/07 Vermelha :  
01/08 - 06/08

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Vadinho, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040  
CPF 07.047.251/0001-70 | CNPJ 06.105.848-3

Esta é a sua conta de 08/2019

DATA DE VENCIMENTO	VALOR
3616952	
01/10/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	0,00
DATA DE EMISSÃO	21/08/2019

**DADOS DO CLIENTE**  
Nome CELIA MARIA MESQUITA MATOS DA CRUZ  
Endereço RU DAMIAO MARTINS SALES 00039  
Classificação Resid. Bairro Renda  
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-COMV.  
Ligação MONOFÁSICO  
Medidor 3846302-CPN-308 - LU013U08  
CPF / CNPJ 056.957.279-43

**DADOS DE LEITURA**  
Anterior 22/07/2019 21082019  
Próx. Pós. Leitura 02/09/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
BFT/CB61.A066.DACF.IEBA.1577.3448.RC86

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto Tarifário	Consumido Leitura Anterior	Consumido Leitura Atual
499	11198,00	11062,00

Consumo Medidor (kWh)	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Futurado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1,00	97,00	97,00	0,28454	27,46

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

CPF	Consumo sem Subvenção	Desconto Bônus Tenda	Consumo de 000 kWh até 030 kWh	Consumo de 030 kWh até 130 kWh	Adicional Band. Amplo	Adicional Band. Verde	Outros	Valor (R\$)
3616952	30	0,18889	97	0,22720	0,23	1,31	1,94	32,34
								0,28

**CREDITO EM ENERGIA (kWh)**

Fluxo Tarifário	Utilizado	Saldo (kWh) A Esperar
0	0	0

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)**

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
08/2019	97,00	27,46
07/2019	97,00	27,46
06/2019	97,00	27,46
05/2019	97,00	27,46
04/2019	97,00	27,46
03/2019	97,00	27,46
02/2019	97,00	27,46
01/2019	97,00	27,46
12/2018	97,00	27,46
11/2018	97,00	27,46
10/2018	97,00	27,46
09/2018	97,00	27,46

**CONSUMO CONSCIENTE**

Emissões de CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Conteramos suas emissões por meio do nosso sistema de medição inteligente. Conteramos suas emissões por meio do nosso sistema de medição inteligente. Conteramos suas emissões por meio do nosso sistema de medição inteligente.

Entidade Consumidora Conteramos suas emissões por meio do nosso sistema de medição inteligente.

Atenuação	Valor (R\$)
0,17	0,17
3,47	3,47
0,00	0,00

Base (R\$)	Aluguel (R\$)	Valor (R\$)
54,32	1,360	55,68
54,32	1,360	55,68
0,00	0,00	0,00

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Período: Base, Tarif.: Amarelo, 22/07 - 21/07 Verde, 01/08 - 21/08

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



**DEBITO AUTOMÁTICO.**

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

CELIA MARIA MESQUITA MATOS DA CRUZ  
RU DAMIAO MARTINS SALES 00039  
ITAPAJE SANTA RITA  
62600-000

**DADOS PARA ENTREGA**

LU013U09  
3616952  
21/08/2019  
3846302-CPN-308  
02/09/2019

**EMISSÃO**

0007 PMS 0136

**LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E PARNCEMENTO**

INDICADOR DE QUALIDADE: O indicador de qualidade é composto por dois fatores: a pontuação de qualidade e a pontuação de atendimento. A pontuação de qualidade é calculada com base na pontuação de qualidade e na pontuação de atendimento. A pontuação de atendimento é calculada com base na pontuação de atendimento e na pontuação de qualidade.

**LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E PARNCEMENTO**

INDICADOR DE QUALIDADE: O indicador de qualidade é composto por dois fatores: a pontuação de qualidade e a pontuação de atendimento. A pontuação de qualidade é calculada com base na pontuação de qualidade e na pontuação de atendimento. A pontuação de atendimento é calculada com base na pontuação de atendimento e na pontuação de qualidade.



**REVOGAÇÃO DA CONTA**

Seu Enelger assina com "X" o motivo da revogação desta conta.

☐ Casa fechada ☐ Mudou-se e não quer mais a conta

☐ Encargos financeiros ☐ Não existe o nº da conta

☐ Outros - especificar \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Rubrica \_\_\_\_\_

**RELEVANTE**

Este documento é uma cópia da conta de energia elétrica. A conta de energia elétrica é emitida pela Companhia Energética do Ceará. A conta de energia elétrica é emitida pela Companhia Energética do Ceará. A conta de energia elétrica é emitida pela Companhia Energética do Ceará.



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Raimundo Rodrigues Bastos Filho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 813.336.413 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Batista Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 371.689.913 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima João Batista Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 371.689.913 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Lamartine Martins Sales</u>	Número: <u>39</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Santa Rita</u>	Cidade: <u>Itapaci</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>62.600-000</u> Tel.(DDD): <u>(85) 987241586</u>	

Local e Data:

Itapaci 28.10.2019.

Raimundo Rodrigues Bastos Filho

Assinatura do Declarante



#8:20h — (22106719)

Pete deve entrar na emergência em cadeira de rodas, vítima de atropelamento por carro, apresenta perfuração no ombro esquerdo, realizar análise e transpor para Fontes aguardando liberação de vaga pela Central de Leitos.

José Edino de Sousa Pinheiro  
Especialista em  
COREN - CE - 579.595





Prefeitura Municipal de Caucaia  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 22/6/19	HORÁRIO: 304:58	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS ( ) AMBULÂNCIA ( )
PACIENTE: DAD BATISTA OLIVEIRA		
NOME DA MÃE: DAIMONDA OLIVEIRA DA SILVA		
DATA DE NASCIMENTO: 24/06/52	CARTÃO DO SUS:	INDIO: ( ) SIM ( ) NÃO
IDADE: 66	SEXO: M (X) F ( )	RG:
ENDEREÇO: R. DAIMONDA GALVÃO BRAGA N=71	CIDADE: Itaboraí	ESTADO: Ceará
BAIRRO: Santa Branca	CIDADE: Itaboraí	ESTADO: Ceará
FUNCIONÁRIO:		

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: Queda do moto.

CLÍNICO ( ) CIRURGIÃO ( ) TRAUMATOLOGISTA (X) PEDIATRIA ( )

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR		DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL		
HORA:	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:					

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO ( ) LARANJA ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL ( )

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

Dr. Rodrigo Linhares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 8690 TEOT: 11926

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS ( ) RAIO-X ( ) ULTRASSOM ( ) ENDOSCOPIA ( ) ECG ( ) OUTROS: ( ) ( ) ( )

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

DAD BATISTA OLIVEIRA

**SUS**Sistema Único  
Ministério da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DA ABELARDY  
CADEIA DA ROÇA

4 - CNES

**Identificação do paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

João Batista Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

34616

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7026084691338446

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/06/51

9 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Reimundo Oliveira da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

996460906

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. São Domingos 190 Pacheco

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caucaia

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

230370 e 261600040**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma em ombro (D) há + 24 dias

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cirúrgico

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

frat. úmero proximal

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO cirúrgico de fratura úmero proximal

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

03080401

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. MAURO CAVALCANTI

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO REGISTRO

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

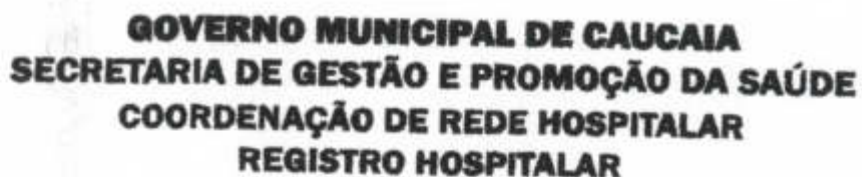
25/07/19

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2311 01122 025/07/19





**NOME:**

**DATA DE NASCIMENTO:**

24.06.52

**IDADE:**

66 ans

**COR:**

**SEXO:**

M

**ESTADI CIVIL:**

Умѣно

**NATURALIDADE:**

2

**Nº IDENTIDADE:**

2007871473-1

**Nº CPF**

371689 of 3. 53

**CERT. NASCIMENTO N°**

PAIS: Raimundo Nonato da Silva / Raimundo Oliveira da Silva

**ENDEREÇO DO PACIENTE:**

2. Sni Amoz

Nº 990

BAIRRO: Palmeira

pacheco

MUNICÍPIO: Olinda

PHONE: 980 559 519

**NOME DO RESPONSÁVEL:**

I present

**PHONE:**

**ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:**

① 証明

DATA DE ADMISSÃO: 16.07.19

HORA DE EMISSÃO 20:00

1

FUNCIONÁRIO: *Arre vito*

**MÉDICO ASSISTENTE:**

### HISTÓRICO CLÍNICO:

**EXAME FÍSICO:**

**DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:**

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:**

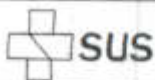
**ASSINATURA**











Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

JP

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **MUNICÍPIO MUNICIPAL DE CAUCAIA**

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARD**

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

34452

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

21/06/32

8 - SEXO

Masc ☒

Fem ☐

10 - NOME DA MÃE DO RESERVISTA

991149262

11 - TELEFONE DE CONTATO

991149262

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua **Raimundo Guadencio Braga 72** Pedro Branco

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**Itapajé**

23-06-30

15 - UF

CE

16 - CEP

62600000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0308010-13

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Dr. Rodrigo Linhares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 2690 TEOT: 11925

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO

Dr. Vanderlan Fchin  
Médico Autorizador  
CRM 6242

231910094619-2

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

23/06/15



**SUS**Sistema Único  
Ministério da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.**

JP

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
MUNICÍPIO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARD  
Cidade da Princesa

4 - CNES

**Identificação do paciente**5 - NOME DO PACIENTE  
Raimunda Oliveira de Silva6 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO  
34452

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO  
24/06/52

9 - SEXO

Masc ☒Fem ☐10 - NOME DA MÃE DO PACIENTE  
Raimunda Oliveira de Silva11 - TELEFONE DO PACIENTE  
99179526212 - ENDEREÇO DO PACIENTE  
Rua Raimundo Guadencio Braga 72 Pedro Branco13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Igarapé14 - CÓD. BGE MUNICÍPIO  
23-06-30

15 - UF

CE

16 - CEP

62600-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
Doença crônica, hipertensão, diabetes, obesidade, problemas cardíacos, problemas renais, problemas hepáticos, problemas pulmonares, problemas gástricos, problemas intestinais, problemas urinários, problemas reprodutivos, problemas endócrinos, problemas hematológicos, problemas imunológicos, problemas neurológicos, problemas psiquiátricos, problemas dermatológicos, problemas oftalmológicos, problemas otorrinolaringológicos, problemas podológicos, problemas odontológicos, problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, problemas de saúde física, problemas de saúde social, problemas de saúde ambiental, problemas de saúde coletiva, problemas de saúde pública, problemas de saúde global.18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
Doença crônica, hipertensão, diabetes, obesidade, problemas cardíacos, problemas renais, problemas hepáticos, problemas pulmonares, problemas gástricos, problemas intestinais, problemas urinários, problemas reprodutivos, problemas endócrinos, problemas hematológicos, problemas imunológicos, problemas neurológicos, problemas psiquiátricos, problemas dermatológicos, problemas oftalmológicos, problemas otorrinolaringológicos, problemas podológicos, problemas odontológicos, problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, problemas de saúde física, problemas de saúde social, problemas de saúde ambiental, problemas de saúde coletiva, problemas de saúde pública, problemas de saúde global.19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
Exames realizados: Hemograma, Perfil Lipídico, Glicemia de Jejum, Hemoglobina Glicada, Creatinina, TSH, T4L, T4F, T4U, T4I, T4E, T4A, T4B, T4C, T4D, T4E, T4F, T4G, T4H, T4I, T4J, T4K, T4L, T4M, T4N, T4O, T4P, T4Q, T4R, T4S, T4T, T4U, T4V, T4W, T4X, T4Y, T4Z, T4AA, T4AB, T4AC, T4AD, T4AE, T4AF, T4AG, T4AH, T4AI, T4AJ, T4AK, T4AL, T4AM, T4AN, T4AO, T4AP, T4AQ, T4AR, T4AS, T4AT, T4AU, T4AV, T4AW, T4AX, T4AY, T4AZ, T4BA, T4BB, T4BC, T4BD, T4BE, T4BF, T4BG, T4BH, T4BI, T4BJ, T4BK, T4BL, T4BM, T4BN, T4BO, T4BP, T4BQ, T4BR, T4BS, T4BT, T4BU, T4BV, T4BW, T4BX, T4BY, T4BZ, T4CA, T4CB, T4CC, T4CD, T4CE, T4CF, T4CG, T4CH, T4CI, T4CJ, T4CK, T4CL, T4CM, T4CN, T4CO, T4CP, T4CQ, T4CR, T4CS, T4CT, T4CU, T4CV, T4CW, T4CX, T4CY, T4CZ, T4DA, T4DB, T4DC, T4DD, T4DE, T4DF, T4DG, T4DH, T4DI, T4DJ, T4DK, T4DL, T4DM, T4DN, T4DO, T4DP, T4DQ, T4DR, T4DS, T4DT, T4DU, T4DV, T4DW, T4DX, T4DY, T4DZ, T4EA, T4EB, T4EC, T4ED, T4EE, T4EF, T4EG, T4EH, T4EI, T4EJ, T4EK, T4EL, T4EM, T4EN, T4EO, T4EP, T4EQ, T4ER, T4ES, T4ET, T4EU, T4EV, T4EW, T4EX, T4EY, T4EZ, T4FA, T4FB, T4FC, T4FD, T4FE, T4FF, T4FG, T4FH, T4FI, T4FJ, T4FK, T4FL, T4FM, T4FN, T4FO, T4FP, T4FQ, T4FR, T4FS, T4FT, T4FU, T4FV, T4FW, T4FX, T4FY, T4FZ, T4GA, T4GB, T4GC, T4GD, T4GE, T4GF, T4GG, T4GH, T4GI, T4GJ, T4GK, T4GL, T4GM, T4GN, T4GO, T4GP, T4GQ, T4GR, T4GS, T4GT, T4GU, T4GV, T4GW, T4GX, T4GY, T4GZ, T4HA, T4HB, T4HC, T4HD, T4HE, T4HF, T4HG, T4HH, T4HI, T4HJ, T4HK, T4HL, T4HM, T4HN, T4HO, T4HP, T4HQ, T4HR, T4HS, T4HT, T4HU, T4HV, T4HW, T4HX, T4HY, T4HZ, T4IA, T4IB, T4IC, T4ID, T4IE, T4IF, T4IG, T4IH, T4II, T4IJ, T4IK, T4IL, T4IM, T4IN, T4IO, T4IP, T4IQ, T4IR, T4IS, T4IT, T4IU, T4IV, T4IW, T4IX, T4IY, T4IZ, T4JA, T4JB, T4JC, T4JD, T4JE, T4JF, T4JG, T4JH, T4JI, T4JJ, T4JK, T4JL, T4JM, T4JN, T4JO, T4JP, T4JQ, T4JR, T4JS, T4JT, T4JU, T4JV, T4JW, T4JX, T4JY, T4JZ, T4KA, T4KB, T4KC, T4KD, T4KE, T4KF, T4KG, T4KH, T4KI, T4KJ, T4KK, T4KL, T4KM, T4KN, T4KO, T4KP, T4KQ, T4KR, T4KS, T4KT, T4KU, T4KV, T4KW, T4KX, T4KY, T4KZ, T4LA, T4LB, T4LC, T4LD, T4LE, T4LF, T4LG, T4LH, T4LI, T4LJ, T4LK, T4LL, T4LM, T4LN, T4LO, T4LP, T4LQ, T4LR, T4LS, T4LT, T4LU, T4LV, T4LW, T4LX, T4LY, T4LZ, T4MA, T4MB, T4MC, T4MD, T4ME, T4MF, T4MG, T4MH, T4MI, T4MJ, T4MK, T4ML, T4MM, T4MN, T4MO, T4MP, T4MQ, T4MR, T4MS, T4MT, T4MU, T4MV, T4MW, T4MX, T4MY, T4MZ, T4NA, T4NB, T4NC, T4ND, T4NE, T4NF, T4NG, T4NH, T4NI, T4NJ, T4NK, T4NL, T4NM, T4NN, T4NO, T4NP, T4NQ, T4NR, T4NS, T4NT, T4NU, T4NV, T4NW, T4NX, T4NY, T4NZ, T4OA, T4OB, T4OC, T4OD, T4OE, T4OF, T4OG, T4OH, T4OI, T4OJ, T4OK, T4OL, T4OM, T4ON, T4OO, T4OP, T4OQ, T4OR, T4OS, T4OT, T4OU, T4OV, T4OW, T4OX, T4OY, T4OZ, T4PA, T4PB, T4PC, T4PD, T4PE, T4PF, T4PG, T4PH, T4PI, T4PJ, T4PK, T4PL, T4PM, T4PN, T4PO, T4PP, T4PQ, T4PR, T4PS, T4PT, T4PU, T4PV, T4PW, T4PX, T4PY, T4PZ, T4QA, T4QB, T4QC, T4QD, T4QE, T4QF, T4QG, T4QH, T4QI, T4QJ, T4QK, T4QL, T4QM, T4QN, T4QO, T4QP, T4QQ, T4QR, T4QS, T4QT, T4QU, T4QV, T4QW, T4QX, T4QY, T4QZ, T4RA, T4RB, T4RC, T4RD, T4RE, T4RF, T4RG, T4RH, T4RI, T4RJ, T4RK, T4RL, T4RM, T4RN, T4RO, T4RP, T4RQ, T4RR, T4RS, T4RT, T4RU, T4RV, T4RW, T4RX, T4RY, T4RZ, T4SA, T4SB, T4SC, T4SD, T4SE, T4SF, T4SG, T4SH, T4SI, T4SJ, T4SK, T4SL, T4SM, T4SN, T4SO, T4SP, T4SQ, T4SR, T4SS, T4ST, T4SU, T4SV, T4SW, T4SX, T4SY, T4SZ, T4TA, T4TB, T4TC, T4TD, T4TE, T4TF, T4TG, T4TH, T4TI, T4TJ, T4TK, T4TL, T4TM, T4TN, T4TO, T4TP, T4TQ, T4TR, T4TS, T4TT, T4TU, T4TV, T4TW, T4TX, T4TY, T4TZ, T4UA, T4UB, T4UC, T4UD, T4UE, T4UF, T4UG, T4UH, T4UI, T4UJ, T4UK, T4UL, T4UM, T4UN, T4UO, T4UP, T4UQ, T4UR, T4US, T4UT, T4UU, T4UV, T4UW, T4UX, T4UY, T4UZ, T4VA, T4VB, T4VC, T4VD, T4VE, T4VF, T4VG, T4VH, T4VI, T4VJ, T4VK, T4VL, T4VM, T4VN, T4VO, T4VP, T4VQ, T4VR, T4VS, T4VT, T4VU, T4VV, T4VW, T4VX, T4VY, T4VZ, T4WA, T4WB, T4WC, T4WD, T4WE, T4WF, T4WG, T4WH, T4WI, T4WJ, T4WK, T4WL, T4WM, T4WN, T4WO, T4WP, T4WQ, T4WR, T4WS, T4WT, T4WU, T4WV, T4WW, T4WX, T4WY, T4WZ, T4XA, T4XB, T4XC, T4XD, T4XE, T4XF, T4XG, T4XH, T4XI, T4XJ, T4XK, T4XL, T4XM, T4XN, T4XO, T4XP, T4XQ, T4XR, T4XS, T4XT, T4XU, T4XV, T4XW, T4XX, T4XY, T4XZ, T4YA, T4YB, T4YC, T4YD, T4YE, T4YF, T4YG, T4YH, T4YI, T4YJ, T4YK, T4YL, T4YM, T4YN, T4YO, T4YP, T4YQ, T4YR, T4YS, T4YT, T4YU, T4YV, T4YW, T4YX, T4YY, T4YZ, T4ZA, T4ZB, T4ZC, T4ZD, T4ZE, T4ZF, T4ZG, T4ZH, T4ZI, T4ZJ, T4ZK, T4ZL, T4ZM, T4ZN, T4ZO, T4ZP, T4ZQ, T4ZR, T4ZS, T4ZT, T4ZU, T4ZV, T4ZW, T4ZX, T4ZY, T4ZZ.20 - CID 10 PRIMÁRIO  
21 - CID 10 SECUNDÁRIO  
22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
03080-10-13**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
Dr. Rodrigo Linhares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 8558 TEST: 1152531 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
22/05/14

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO

Dr. Vanderlan Fecchini  
Médico Autorizador  
CRM 6242

231910094619-2

[Assinatura]



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 34452

NOME:

João Batista Oliveira

DATA DE NASCIMENTO:

24.06.1952

IDADE:

66a

COR:

SEXO:

M

ESTAD. CIVIL:

viúvo

NATURALIDADE:

Itapipoca

Nº IDENTIDADE:

20078+1473-1

Nº CPF

CERT. NASCIMENTO Nº

PAIS:

Raimundo Nonato de Silva

ENDEREÇO DO PACIENTE:

Rua Raimundo Gaudêncio Braga

Nº

71

BAIRRO:

Pedra Branca

MUNICÍPIO:

Itapipoca

FONE:

FONE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

João Paulo Teixeira Oliveira

ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:

O mesmo

DATA DE ADMISSÃO:

22.06.19

HORA DE EMISSÃO:

1659 h

FUNCIONÁRIO:

Helena

MÉDICO ASSISTENTE:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Partido Inteiro Presença  
4 pontos de agulha.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Dr. Rodrigo Linhares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 7030 TEOT: 11925

ASSINATURA



# FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: João Batista Oliveira Nº PRONTUÁRIO: 39452

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
21/16	Infundido p/ jo. - agudo	Dr. Rodrigo Linhares Ortopedia e Traumatologia CRM. 11925
23/06/19	# Fratura úmero proximal (P) paciente evolui e evol CO: Coloco na atrel de regulagem fechando Pre-OP	
24/06/19	Acessos eutro fraturas com um osteotomia de fraturas e curvas pos- tural em posição de fraturas no extremidade. Acesso no OR.	Dr. Bruno Botelho Ortopedia e Traumatologia CRM 9329 / RQE 4498
25/06/19	# Fratura úmero proximal (P) Bolsa de fratura. Sem fratura # CO: manobra paciente e familiar sem fratura de aguentar logo em Hospital de São Cristóvão CO: Fratura - Referenciado Agência Linhares pelo OR	Dr. Rodrigo Linhares Ortopedia e Traumatologia CRM 11925





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007871473 - 1 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/05/2011

NOME JOAO BATISTA OLIVEIRA  
FILIAÇÃO RAIMUNDO MONATO DA SILVA  
RAIMUNDA OLIVEIRA DA SILVA  
NATURALIDADE ITAPIPOCA - CE DATA DE NASCIMENTO 24/06/1952

DOC. GERAL CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 436 FOLHA: 16 LIVRO: 8-06  
ITAPIPOCA - CE  
CPF: 371.689.913-53

RG: ANT: 224506092  
P.: 179

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEIN 7.116 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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





Polegar Direito

João Batista Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
SANTINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO	
	DOC-IDENTIDADE / DATA EMISSÃO / V. 95002563548 / 95R / CE
	END. 613.336.613-20 / DATA NASCIMENTO 26/03/1978
	FILIAÇÃO RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS MARIA EUNICE RODRIGUES BASTOS
<div> <div>PERMISSÃO</div> <div>ACE</div> <div>CATEGORIA</div> </div> <div> <div>16/04/1999</div> <div>16/04/1999</div> <div>16/04/1999</div> </div>	
Nº IDENTIF. 00000000000000000000 VALIDADE 31/03/2012 16/04/1999	
OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura do Titular: <i>Raimundo Rodrigues Bastos Filho</i> Assinatura do Portador: _____	
LOCAL ITAPAGE, CE	DATA (MILITAR) 17/05/2012
 Assinatura do Titular	00314009406 CE136273211
UETRA-CE (OFICINA)	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

582580644

PROIBIDO PLASTIFICAR

582580644



## Dados Veículo

RENAVAM: 777302560

Número Chassi: 9C2MD28001R022675

Placa: HXM7431

Marca/Modelo: HONDA/ XR 200R

Ano de Fabricação: 2001

Ano do Modelo: 2001

Cor: VERMELHA

Tipo Veículo: MOTOCICLETA

Quantidade de Passageiros: 2

Potência: 0

Cilindradas: 196

Categoria: PARTICULAR

Espécie PASSAGEIRO

Combustível: GASOLINA

Tipo Carroceria: NAO APLICAVEL

Número de Eixos:

Número Motor: MD28E-1022675

Data Licenciamento : 07/03/2017

Quantidade Multas: 1

Quantidade Restrições: 0

Débito licenciamento : SIM

IPVA em Débito: Não

Roubado: Não

## Dados do Proprietário

Proprietário: JOAO BATISTA OLIVEIRA

CPF/CNPJ Proprietário: 37168991353

## PROCURAÇÃO

Outorgante: João Batista Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Raimundo Galdenão Braga nº 41, bairro São Pedro, Município de Itapajé, Estado de(o) Ceará, Cep: 62600-000, portador(a) do Rg nº 9007871473, SSP/CE e CPF nº 371.689.913-53.

Outorgado: **RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO**, CPF: 813.336.413-20 brasileiro, residente e domiciliado(a) à Rua Damião Martins Sales, nº 39, Bairro: Santa Rita, Município de Itapajé, Estado do Ceará CEP 62600-000, Fone: (85) 992249280, E-mail: raimundoevabastos@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Batista Oliveira, ocorrido em 22/06/2019 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo: Invalidez Permanente.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Itapajé, 27 de agosto de 2019.

Assinatura: João Batista Oliveira  
Nome do Outorgante: João Batista Oliveira  
CPF nº 371.689.913-53

CONFORME  
PORT. Nº 1.099/2019  
TJ - CE 09/07/2019  
PORT. Nº 1.204/2019  
TJ - CE 30/07/2019

CC  
PORT. Nº 1.099/2019  
TJ - CE 09/07/2019  
PORT. Nº 1.204/2019  
TJ - CE 30/07/2019



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO BRITO FIRMEZA 2º OFÍCIO  
Tabelas Titular: ELDA ALVES PEREIRA - Substituto: IRACY DE LAVOR FIRMEZA | CLÓVIS DE BRITO FIRMEZA JÚNIOR  
CNPJ: 06.579.801/0001-87 - PRAÇA MAJOR RICARDO CARNEIRO, 78 - CENTRO - CEP: 62.600-000 - Itapajé  
Tel: (85) 3348.0157 - E-mail: cartoriobritoфирмеза@hotmail.com

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOÃO BATISTA OLIVEIRA (003477). EM TEST. DA VERDADE, DOU FÉ.  
Itapajé-CE, 27/08/2019.

CLÓVIS DE BRITO FIRMEZA JÚNIOR

79||FE.0.10||SE.1.10||FA.0.14||FR.0.14||SS.14||TT||VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422133/19

**Vítima:** JOAO BATISTA OLIVEIRA

**CPF:** 371.689.913-53

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 22/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOAO BATISTA 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

### RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO : 813.336.413-20

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOAO BATISTA OLIVEIRA : 371.689.913-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019  
Nome: RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO  
CPF: 813.336.413-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS



---

**Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190664988**

**Vítima: JOAO BATISTA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 22/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOAO BATISTA OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

