

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> 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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------|--|--|--------------------------------|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 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: 375.689.913-53 | | |
| 7 - Profissão: agricultor. | 8 - Endereço: Rua Raimundo Goldencio Braga | 9 - Número: 71 | 10 - Complemento: — |
| 11 - Bairro: das Pedro | 12 - Cidade: Itapajé | 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: | <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: 34438 9

(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

| |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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: |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 Lider 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: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Responda apenas se é vítima ou beneficiário do seguro | 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) | 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha |
| | 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) | 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha |
| | 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) | 40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha |
| | | 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) João Batista Oliveira |



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **ITAPAJE/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: **ITAPAJE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9144-7184**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXM7431** UF: **CE** Município: **ITAPAJE** 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 VEÍCULO 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 BRAÇO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE ESTA AGUARDANDO PARA REALIZAR UMA CIRURGIA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Josivan da Rocha Silva

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: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 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 Raimundo Goldencio Braga | 9 - Número: 71 | 10 - Complemento: — |
| 11 - Bairro: das Pedro | 12 - Cidade: Itapajé | 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: | <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: 34438 9
(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

| |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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: |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 Lider 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: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Responda apenas se é alfabeticamente não alfabetizado | 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) | 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha |
| | 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) | 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha |
| | 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) | 40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha |

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

| | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

DIA / MÊS / ANO

| | | |
|----|----|----|
| 22 | 06 | 19 |
|----|----|----|

REG

| |
|----|
| 12 |
|----|

NOME DO PACIENTE

João Batista Oliveira

IDADE

64

SEXO

u

DATA DE NASCIMENTO

24 06 52

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

Prainunda Oliveira do Silveira

ENDEREÇO

Centro São 21

BAIRRO

Pedro Braga

MUNICÍPIO

Itapajé

ANAMISES DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO ____ KG TEMPERATURA: ____ °C PRESSÃO ARTERIAL: ____ mmHg GLICEMIA: ____ mg

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

*haみて tiene laufi que
non que se le muda co
l'acca*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T. (EXAMES COMPLEMENTARES)

*Med. Souto Pinto
20/05/95*

*(X) 05/05/95
Pronto 10/05/95*

10/05/95

DESTINO

RESIDÊNCIA

TRANSFERÊNCIA

RESIDÊNCIA

RECUSOU INTER.

LEITO OBSER.

REFERÊNCIA

CÓD. DO PROCEDIMENTO

| | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Lemuel H. Gomes</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>CRM - 18172</i> | | | | | | | |

~~8:20h~~ (22/06/19)

Pete dae entroada me emerget
cia em cadeira de roda, vitim
de atropelamento por carro
apresenta queima no Ombro
esquerdo, realizou analgesi
c transpulsos eponx fortalez
requerida liberação da vaga
pela central de leitos.

*José Elídio de Souza Pinheiro
Enfermeiro
COREN-CE-5955*

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

 Para mais esclarecimentos, acesse o site 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)

Capitalas 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 Ouvintoria: 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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 invalidez 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:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Hidamus Martins Sales</u> | Número: | <u>39</u> | Complemento: | <u>-</u> |
| Bairro: | <u>Santa Rita</u> | Cidade: | <u>Itapagé</u> | Estado: | <u>PE</u> |
| E-mail: | | | | CEP: | <u>52.600-000</u> |

Local e Data: Itapagé 28.10.2019.

Raimundo Rodrigues Bastos Filho.

Assinatura do Declarante

~~8:20h~~ (22/06/19)

Pete dae entroada me emerget
cia em cadeira de roda, vitim
de atropelamento por carro
apresenta queima no Ombro
esquerdo, realizou analgesi
c transpulsos eponx fonteles
requerida liberação da vaga
pela central de leitos.

*José Elídio de Souza Pinheiro
Enfermeiro
COREN-CE-5955*



FICHA DE ATENDIMENTO

| | | | |
|--|-----------------|-------------------------------------|------------------------|
| DATA: 22/6/19 | HORÁRIO: 304:58 | PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () | AMBULÂNCIA () |
| PACIENTE: JOAO BATISTA OLIVEIRA | | | |
| NOME DA MÃE: ESTIMUNDO OLIVEIRA DA SILVA | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: 24/10/61 | | SUS: 52 | CARTÃO DO SUS: |
| IDADE: 66 | SEXO: M () | RG: | ÍNDIO: () SIM () NÃO |
| ENDERECO: R. ESTIMUNDO GADELHA DA ROCHA N° 72 | | TELEFONE: 85 31145287 | |
| BAIRRO: Vila Brasília | CIDADE: ITABOGI | ESTADO: Ceará | FUNCIONÁRIO: |
| ACOLHIMENTO | | | |
| QUEIXA PRINCIPAL: Queda de moto | | | |
| CLÍNICO () CIRURGIANO () TRAUMATOLOGISTA () 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:

*Painel de humor
muito bo
de cenas.*

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

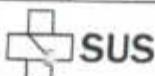
*Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8690 TEOT: 11925*

EXAMES REALIZADOS:

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

João Batista Oliveira



Sistema
Único
da
Saúde
Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETAZIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
PACHECO DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Butatto Oliveira

5 - N° DO PRONTUÁRIO

34616

7 - CRITÉRIO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1026084693BB4461

24/06/51

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

1 - Masculino

2 - Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Reinilda Oliveira da Silva

060

11 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

996460966

12 - ENDEREÇO (RUA, N. BAIRRO)

R. São Domingos 190 Pacheco.

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Elucaria

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Inautua. 8m. ondoso (1) 1a + 24 dias

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO urinário

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TTO urinário nocturno

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO urinário de rotina urinário 030801011

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N° 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)

DR. MAURO CAVALCANTI

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO FONE

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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

150/VI/19

CRM 5242

2013-07-22

Fonte: 2013-07-22



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

Nº 34616

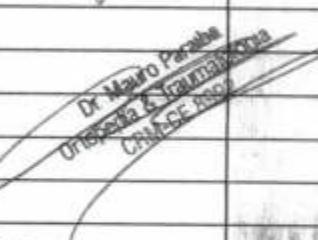
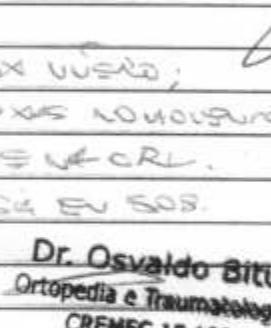
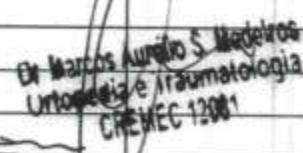
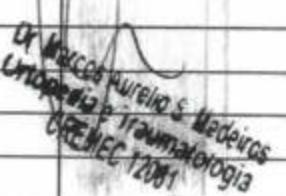
| | | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| NOME: <i>José Batista Oliveira.</i> | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: <i>24.06.52</i> | IDADE: <i>66 anos</i> | COR: | SEXO: <i>M</i> | ESTADO CIVIL: <i>Viúvo</i> | NATURALIDADE: <i>?</i> |
| Nº IDENTIDADE: <i>2002871473-1</i> | Nº CPF: <i>371 689 013. 53</i> | CERT. NASCIMENTO Nº <i>—</i> | | | |
| PAIS: <i>Raimundo Honato da Serra/Raimunda Oliveira da Serra</i> | | | | | |
| ENDEREÇO DO PACIENTE: <i>R. São Luís 102</i> | | | Nº <i>990</i> | | |
| BAIRRO: <i>Pacheco</i> | | MUNICÍPIO: <i>Caucaia</i> | | FONE: <i>989559519</i> | |
| NOME DO RESPONSÁVEL: <i>O mesmo</i> | | | | | |
| ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: <i>O mesmo</i> | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO: <i>16/07/99</i> | | HORA DE EMISSÃO: <i>10:00</i> | | FICHA FUNCIONÁRIO: <i>funciente</i> | |
| MÉDICO ASSISTENTE: | | | | | |
| HISTÓRICO CLÍNICO: | | | | | |
| EXAME FÍSICO: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: | | | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: | | | | | |
| ASSINATURA | | | | | |



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

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: João Batista Oliveira N° PRONTUÁRIO 34616

| DATA | ANOTAÇÕES | ASSINATURA CARIMBO |
|----------|--|---|
| 16/07/19 | HD: fract. úmero proximal BEG + fíbula com dor. Boa perfusão de MMJs. OD: Internação p/ TTO cirúrgico |  Dr. Mauro Penteado Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15.108 |
| 17/07 | # P/ fractura prox. úmero; lesões, deslocos novos; 1) Cirúrgico p/ reabilitação. 2) Anamnese em SOS. |  Dr. Osvaldo Bittu Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15.108 |
| 18/07 | Fratura do úmero proximal estável, VTE, BEG | |
| 19/07 | NECA imediatas S/ giccas | |
| | OD: Acamamento hospitalar REMS CRL | |
| 11:30h | RACIURE P/ fractura manom TAPAJÉ. INFILTRADO máximo de vermelho aguado CRL NO MUNICIPIO DE CAUCAIA. |  Dr. Marcos Aurelio S. Maderos Ortopedia e Traumatologia CREMEC 12081 |
| | |  Dr. Marcos Aurelio S. Maderos Ortopedia e Traumatologia CREMEC 12081 |

SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

NOME:

JOÃO BAPTISTA D'ALVIM

LEITO: 18

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA

| DATA | MEDICAÇÕES | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|----------|--|-------------|-----------------------------------|
| 18/07/19 | 1) DIETA GERAL | MD | PA: 110 X 70 T: 36,8º |
| 18/07/19 | 2) DIPIRONA 2:18 ML AD EV 6/6H S/N | | 06:00h Pct. negra |
| 18/07/19 | 3) CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12HS S/N | | Quandando do ambu- |
| 18/07/19 | 4) TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8H S/N | | lância para dura- |
| 18/07/19 | 5) IRANITIDINA 150MG 1CP VO DIA | | ciade de origem - |
| 18/07/19 | 6) OLEO MINERAL 10ML VO 12/12H SE CONSTIPAÇÃO | 5/10 | As 08:25h Doseute |
| 18/07/19 | 7) SSVV + CGGG | | de alta freq. t. de Marilia p/ p/ |

8) Massagem para redução de

OP.

ON: 6 em

NO: 6 ANTES

NOTA:

Dr. Marcos Augusto S. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 000458170/CE



Sistema Único
da
de Saúde Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
VIANA MAIA DA POMBA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Raimundo Oliveira da Silva

6 - NÚMERO IDENTIFICATÓRIO
31452

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
24/06/32

9 - SEXO
 Masc Fem *[]*

10 - NOME DA MÃE/DO RESPONDEVEI

11 - TELEFONE DE CONTACTO
991145262

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Raimundo Guedes Braga 71 Pedro Branca

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapajé

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
23-06302

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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0308410013

22 - CLÍNICA

23 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DOCUMENTO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONCELHO)

*Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3509 TEOT: 11925*

26/06/13

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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

44 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO

() CNS () CPF

*Dr. Vanderlan Fechin
PROFISSIONAL AUTORIZADOR
Médico Auditor
CRM: 6242*

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONCELHO)

23/06/13



Sistema
Único
da
Saúde
Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
MUNICIPAL DE CAUCAI
SECRETA
RÍTARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DA ABELARDO
MUNICIPAL DA PRÓPRIA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Raimundo Oliveira da Silva

6 - NÚMERO DO DOCUMENTO
34452

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE Nascimento
24/06/32

9 - SEXO
Masculino Feminino

10 - NOME DA MÃE DA PESSOA VIVA

11 - TELEFONE DE CONTACTO
RESIDENCIAL CELULAR

12 - ENDERECO RUA, N.º, BAIRRO

Rua Raimundo Guedes Braga 71 Pedro Branca

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapaji

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

43

15 - UF

CE

16 - CEP
66600-000

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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - CLÍNICA

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Rodrigo Linhares
CRM 6503 TEOT 11925
Oncologia e Traumatologia

26 - DOCUMENTO

27 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

30 - CNPJ DA SEGURODORA

31 - N° DO BILHETE

32 - SÉRIE

33 - CNPJ DA EMPRESA

34 - CNAE DA EMPRESA

35 - CBOR

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

37 - EMPREGADO

38 - EMPREGADOR

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - AUTÔNOMO

42 - AUTÔNOMO

43 - DESEMPREGADO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURO

48 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DOCUMENTO

51 - N° DOCUMENTO

52 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

() CNS () CPF

() CNS () CPF

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Vanderlan Fecimi
Médico Auditor
CRM 5242

231910094619-2



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

Nº 34452

| | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| NOME: <i>João Batista Oliveira</i> | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: <i>24/06/1952</i> | IDADE: <i>66 a</i> | COR: | SEXO: <i>M</i> | ESTADO CIVIL: <i>viúvo</i> | NATURALIDADE: <i>Itapipoca</i> |
| Nº IDENTIDADE: <i>200781473-1</i> | Nº CPF | CERT. NASCIMENTO Nº | | | |
| PAIS: <i>Raimundo Alves de Souza</i> | | | | | |
| ENDERECO DO PACIENTE: <i>Rua Raimundo Guedes Braga</i> N° <i>71</i> | | | | | |
| BAIRRO: <i>Pedre Branca</i> | MUNICÍPIO: <i>Itapipoca</i> | FONE: | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL: <i>João Paulo Teixeira Oliveira</i> FONE: | | | | | |
| ENDERECO DO RESPONSÁVEL: <i>O mesmo</i> | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO: <i>22/06/19</i> | HORA DE EMISSÃO: <i>16:59</i> h | FUNCIONÁRIO: <i>Heloisi</i> | | | |
| MÉDICO ASSISTENTE: | | | | | |
| HISTÓRICO CLÍNICO: <i>Fractura fêmur proximal</i> | | | | | |
| EXAME FÍSICO: <i>Hipoflexão aguda.</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: | | | | | |
| <i>Dr. Rodrigo Linhares</i> Ortopedia e Traumatologia CRM: 20006 EOT: 11925 | | | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: | | | | | |
| ASSINATURA | | | | | |



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

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: João Batista Oliveira N° PRONTUÁRIO 39452

| DATA | ANOTAÇÕES | ASSINATURA CARIMBO |
|-----------------|--|---|
| <u>20/11/16</u> | <u>Infarto p/ d-água,</u> | <u>Dr. Rodrigo Linhares</u> Ortopedia e Traumatologia CRM: 11925 / RQE: 11925 |
| <u>23/06/19</u> | <u># Frio/frio frio proximal P</u> <u>Paciente evolui estavel</u> <u>CD: Poco na artel de</u> <u>regulador</u> <u>leve a Pós-OP</u> | |
| <u>24/06/19</u> | <u>Acetato cutaneo cicatrização boa com uso</u> <u>de protetor de fraturas e curativos pro-</u> <u>tektone em gesso com gesso de</u> <u>articulação estabil. Agarra no braço</u> | <u>Dr. Bruno Borelho</u> Ortopedia e Traumatologia CRM: 9329 / RQE: 4498 |
| <u>28/06/19</u> | <u># Frio/frio frio proximal P</u> <u>Paciente estavel. Sem fadiga</u> <u># CD: manobras</u> <u>Paciente e seu filha</u> <u>Bem devido a agressão</u> <u>João anel Hospital de</u> <u>São José</u> <u>CD: Poco Bento - No ferimento</u> <u>Agendeu liberação</u> <u>belo en</u> | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|----------------|
| | | VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
| | | DATA DE NASCIMENTO | 13/05/2011 |
| | | REGISTRO GERAL | 2007871473 - 1 |
| HOME | | | |
| JOÃO BATISTA OLIVEIRA | | | |
| FILHO(A) | | | |
| RAIMUNDO NOMATO DA SILVA | | | |
| RAIMUNDA OLIVEIRA DA SILVA | | | |
| NATURAL DA CIDADE | | | |
| ITAPIPOCA - CE | | | |
| DOC. DESESS | | DATA DE NASCIMENTO | |
| CERT. CASAMENTO - CANTÓRIO: SEDE TERMO: 436 FOLHA: 16 LIVRO: 0-06 | | 24/06/1952 | |
| ITAPIPOCA - CE CEP: 371.689-913-53 | | RG: ANI: 224506092 | |
| | | P.: 179 | |
| | | ASSINATURA DO DIRETOR | |
| | | LEI Nº 7.116/2006/03 | |
| | | X O X O X O | |





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

© CTIC - Coordenadoria da Tecnologia da Informação e Comunicação - Gerando Soluções

PROCURAÇÃO

Outorgante: João Batista Oliveira, brasileiro(a), estado civil
Sertão, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua
Raimundo Galdencio Braga nº 41, bairro São Pedro, Município de
Itapajé, Estado de(o) Ceará, Cep: 62690-000, portador(a) do Rg
nº 3007871473, 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: raimundoebastos@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:

Indenização 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. N° 1.099/2019
TJ - CE 09/07/2019
PORT. N° 1.204/2019
TJ - CE 30/07/2019



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO BRITO FIRMEZA 2º OFÍCIO
Tabelião Titular: ELENA ALVES PEREIRA - Substituto: IRACY DE LAVOR FIRMEZA | CLÓVIS DE BRITO FIRMEZA JUNIOR
CNPJ: 06.579.801/0001-87 - PRAÇA MAJOR RICARDO CARNEIRO, 78 - CENTRO - CEP: 62.680-090 - Itapajé
Tel: (85) 3346.0157 - E-mail: cartoriobritofirmeza@hotmail.com

Reconhecido (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOÃO BATISTA
OLIVEIRA (003477). EM TESTE
Itapajé-CE, 27/08/2019.

CLÓVIS DE BRITO FIRMEZA JUNIOR

Este documento é válido somente com selo de autenticidade
autenticada pelo cartório.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422133/19

Vítima: JOAO BATISTA OLIVEIRA

CPF: 371.689.913-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/06/2019

Titular do CPF: JOAO BATISTA OLIVEIRA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

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 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

