



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 **WEB1.20.01450663-7** em **17/09/2020 11:22:13**.
- 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 : 0241084-54.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01450663-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 17/09/2020 11:22:13

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* : 2750295_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2750295_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138301

Vítima: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Data do Acidente: 28/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138301

Vítima: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Data do Acidente: 28/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 161.329.553-72

Nome completo da vítima: Antônio César Gungel Braga

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

Nome completo: Antônio César Gungel Braga

Profissão: Professor

Bairro: Recreio

Cidade: Centro

E-mail: [blank]

Endereço: Rua Manoel M de Almeida

Estado: Ceará

CEP: 61940040

Tel. (DDD) (85) 981740318

CPF: 161.329.553-72

Número: 39

Complemento: [blank]

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

RENDA MENSAL: RECURSO INFORMAR SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale em uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: [blank] CONTA: [blank] (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0481 CONTA: 2 (informar o código se existir)

AGÊNCIA: 53058 CONTA: 1 (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada de minha titularidade o valor da indenização/contratamento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde que o valor da indenização/contratamento do Seguro DPVAT não exceder o valor da indenização/contratamento do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para novo assinalado, quanto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordo, desde já, em me submeter à avaliação médica e avaliação médica de custo do seguradora Líder para verificação de eventual concordância com a futura permuta decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso dispense do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (pro Cui) Divorçada Separada judicialmente Vivo

Grau de Parentesco com a vítima: Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: [blank]

Vítima teve filhos? Não Sim

Se tinha filhos, informar quantos: [blank]

Vítima deixou esposa? Não Sim

Vítima deixou companheiro(a)? Não Sim

Vítima deixou pais/avós vivos? Não Sim

Estou diante de que a Seguradora Líder pagar, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar sua responsabilidade (genérica) por intermédio do artigo 399 do Código Civil.

TESTEMUNHAS

Local e Data, Fortaleza CE 27/05/19

Nome: [blank] CPF: [blank]

Assinatura de quem assina a ROGO: [blank]

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): [blank]

Assinatura de Representante Legal (se houver): [blank]

Assinatura do Procurador (se houver): [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

CPF: [blank]

Nome: [blank]

Assinatura: [blank]

</



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2019316435



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 1937 / 2019

Dados da Ocorrência

0107997/20

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 09:57:23**
Data / Hora da Ocorrência: **28/05/2018 01:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA FRANCISCO ANÍZIO DE PAULA, 544**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência: **USINA DE LEITE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA**
Nascimento: **14/07/1960** CPF: **161.329.553-72**
RG: **125176478** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA GURGEL BRAGA**
PAULO FERREIRA BRAGA
Endereço: **RUA MANOEL MOREIRA DE OLIVEIRA, 39**
Bairro: **CENTRO**
Município: **MARANGUAPE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98692-3468**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORZ2380** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi:
9C2KD0550ER226913 Renavam: **1018988928** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

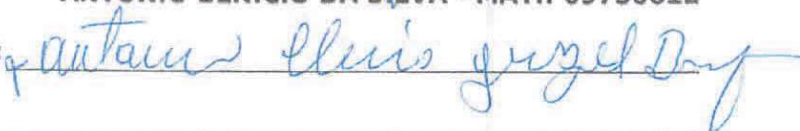
Segundo o declarante é o proprietário da motocicleta de placa ORZ2380/CE; QUE no dia 28.05.2019, por volta das 01:30 horas estava pilotando a citada motocicleta e estava sozinho, onde se deslocava de Novo Maranguape com destino ao Centro de Maranguape, quando nas imediações da Entrada da Usina de Leite, em Maranguape, "desviou de um buraco" o qual se encontrava sobre a via de rolamento vindo a colidir na traseira de um veículo de placas não anotadas que estava estacionado no acostamento da via; QUE do acidente lesionou a perna esquerda e a bacia; QUE foi socorrido por uma ambulância do SAMU que chegou ao local por volta de 01:30 hrs do citado dia e encaminhado para o HOSPITAL I.J.F Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE, onde foi medicado e realizado procedimento cirúrgico, onde permaneceu hospitalizado por três dias. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.: 09756612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Pág. 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2019316435



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 1937 / 2019

FRANCISCO JOSÉ FERREIRA BRAUNA - MAT.: 133828-1-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

161.329.553-72

Nome completo da vítima:

Antônio Clésio Gungel Braga

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

Nome completo:

Antônio Clésio Gungel Braga

Profissão:

Recusor

Bairro:

Centro

E-mail:

Maungrape

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

RENDA MENSAL:

RECURSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$10.001,00 ATÉ R\$20.000,00

R\$20.001,00 ATÉ R\$50.000,00

R\$50.001,00 ATÉ R\$100.000,00

ACIMA DE R\$100.000,00

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

CONTA POUPOANÇA (surtante para os bancos abaixo. Assinale em uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ (informar o dígito se existir)

CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0481

CONTA: 53058

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada de minha titularidade o valor da indenização/contratamento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde que o valor da indenização/contratamento do Seguro DPVAT não exceder o valor da indenização/contratamento do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para novo assinalado, quanto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordo, desde já, em me submeter à avaliação médica e avaliação médica de custo do seguradora Líder para verificação de eventual o quantitativo das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso dispense do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (pro Cui) Divorçada Separada judicialmente Vivo

Grau de Parentesco com a vítima: Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Não Sim

Se a vítima deixou filhos, informar quantos: _____

Vítima deixou esposa? Não Sim

Vítima deixou companheiro(a)? Não Sim

Vítima deixou pais/avós vivos? Não Sim

Vítima deixou filhos, informar quantos: _____

Vítima deixou esposa? Não Sim

Vítima deixou companheiro(a)? Não Sim

Vítima deixou pais/avós vivos? Não Sim

Impressão
Assinatura
Vítima ou
Beneficiário
não atestado

Assinatura de quem assina a ROGO: *Antônio Clésio Gungel Braga*

Assinatura de Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

Local e Data: Fortaleza, 27/05/19

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) A vítima/Beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A STU RCGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a garantir a veracidade do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. **ANTONIO CLÉSIO GURGEL BRAGA**, RG n.º 1251764-78, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 161.329.553-72, no dia 28/05/2018, às 01h58, no município de Maranguape-CE, na Rua Francisco Anízio de Paula n.º 544, Bairro Centro, próximo a usina de leite, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e caminhão, sendo o mesmo removido para o IJF – Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 08 de março de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. **ANTONIO CLÉSIO GURGEL BRAGA**, RG n.º 1251764-78, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 161.329.553-72, no dia 28/05/2018, às 01h58, no município de Maranguape-CE, na Rua Francisco Anízio de Paula n.º 544, Bairro Centro, próximo a usina de leite, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e caminhão, sendo o mesmo removido para o IJF – Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 08 de março de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Antonio César Samuel Souza
 Idade: _____ anos _____ meses
 Prontuário: 5564 6106 Unidade: 11 Leito: 1116

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Fratura Fechada

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

- 1- Cirurgia realizada: Osteoniteia Fechada Cirurgião: A. dos Santos
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: 28/05/18
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames () Sim () Não

- 1- _____ Data: ____/____/____
- 2- _____ Data: ____/____/____



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: Anderson Gomes Sampaio

Paciente Externo? Sim Não

Unid. Interação/ENTEITO: _____

JUSTIFICATIVA

Nº AIH/RAE: _____

Idade: _____

Sexo: Masc. Fem.

- Crânio
- Tórax AP/P
- Punho AP/P
- Escanometria dos MMII

EXAMES RADIOLOGICOS

- Face
- Ombro AP/P
- Mão AP/OBL
- Perna AP/P

- Coluna Cervical AP/P
- Braço AP/P
- Bacia AP
- Joelho AP/P

- Clavícula AP
- Antebraço AP/P
- Quadril AP/AXIAL
- Tornozelo AP/P
- Coluna Dorsal AP/P
- Cotovelo AP/P
- Fêmur AP/P
- Pé AP/OBL

- Hemograma
- Cloro
- PTTA
- Glicemia
- Sódio
- Lipase

EXAMES LABORATORIAIS

- Uréia
- Plaquetas
- Amilase
- Creatinina
- Cálcio
- Colinesterase

- Potássio
- ITAP
- Sumário de Urina

Fast: Abdomen Total Tórax MGD MIE

ULTRA-SONOGRAFIA

DATA: 2011/11/15

RECEPCIONISTA: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

CONTRIBUIÇÃO (CALMIL 15427)

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

Data: / / Hora: h minutos

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA:	03/12/2018 10:07:39		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
CNS:	700509302197255	NOME:	ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA		REGISTRO:	5564666			
CPF:	16132955372	RG:	125176478	D. NASC:	14/07/1980	ESTADO CIVIL:			
NOME DA MÃE:		RAIMUNDA GURGEL BRAGA		NOME DO PAI:		PAULO FERREIRA BRAGA			
TIPO DE LOGRADOURO:	Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE:		MANOEL MOREIRA DE OLIVEIRA	Nº	39	BAIRRO:	CENTRO	
COMPLEMENTO:		TELEFONE:	989523468	MUNICIPIO:	MARANGAPE	UF:	CE	CEP:	81940040
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL									
NOME:		ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA		PARENTESCO:		TELEFONE:		989523468	
ACIDENTE DE TRABALHO									
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DE ATENDIMENTO:									
QUEIXAS:									
OBSERVAÇÕES:									
SINAIS VITAIS									
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		Escala de Dor:		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEdia/TRAUMATOL.									
ATENDIMENTO MÉDICO									
Anamnese:									
Exame Físico:									
Conduta:									
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:									
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:									
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:									
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5564666

O Sr.(a) Antônio Cláudio Senegal Braga

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 28/05, 1918, às _____ h.

Tendo como causa do socorro _____

Fratura Reme C

Observações: Resenda de 30 (Trinta)
dias de afastamento
trabalho

Dr. Antônio Lusa
Chefe de Serviço
Pneumologia

Fortaleza, 29 de 05 de 2018

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: _____



PREFEITURA DE MARANGUAPE



NIS - Núcleo Integral de Saúde

50

Declaro para devidas fins que
Antônio César Azevedo Braga, está fazendo
fisioterapia duas vezes por semana em
decorrência de fratura de tíbia (E).

Maranguape, 14 de dezembro de 2018

Mary Nazelle S. Rocha
Fisioterapeuta
CREFITO: 209604-F

Av. Stenio Gomes, 388, P. J. Iracema, Fone: 3369 9107



NOME: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

FISIOTERAPIA MOTORA --- 30 SESSOES

TREINO DE MARCHA
FORTALECIMENTO MUSCULAR
EXTENSAO DA PERNA

FORTALEZA 27 DE AGOSTO DE 2018

Dr. Pedro Rafo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014731653289
EXERCÍCIO: 2019

VIA: 01 1018988928
RUA: 0000000000
Cidade: MARANGUAPÉ / CE

PLACA: 16132955372
CHASSI: 9C2K00550ER226913
PLACA: DRZ2380/CE

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

DETRAN - CE

EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 16132955372

CHASSI: 9C2K00550ER226913

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC

MOTOR: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES

ANO MOD.: 2014

COR PRINCIPAL: PRETA

SIGILO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO DE OBRA

CE Nº 014731653289 BILHETE DE SEGURO DPVAT

16132955372 DRZ2380/CE

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

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204 53247117716

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 02/02/2019

RENAVAM: 16132955372 PLACA: DRZ2380

MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES

ANO FAB.: 2014 ANO MOD.: 2014

CHASSI: 9C2K00550ER226913

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014731653289
EXERCÍCIO: 2019

VIA: 01 1018988928
RUA: 0000000000
Cidade: MARANGUAPÉ / CE

PLACA: 16132955372
CHASSI: 9C2K00550ER226913
PLACA: DRZ2380/CE

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

DETRAN - CE

EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 16132955372

CHASSI: 9C2K00550ER226913

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC

MOTOR: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES

ANO MOD.: 2014

COR PRINCIPAL: PRETA

RECIBO O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

014731653289

RECIBO CE Nº

16132955372

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 02/02/2019

RENAVAM: 16132955372 PLACA: DRZ2380

MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES

ANO FAB.: 2014 ANO MOD.: 2014

CHASSI: 9C2K00550ER226913

PREMIO TARIFARIO: 40.05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014731653289
EXERCÍCIO: 2019

VIA: 01 1018988928
RUA: 0000000000
Cidade: MARANGUAPÉ / CE

PLACA: 16132955372
CHASSI: 9C2K00550ER226913
PLACA: DRZ2380/CE

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC
MOTOR: GASOL/ALCO
MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES
ANO MOD.: 2014
COR PRINCIPAL: PRETA

DETRAN - CE

EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 16132955372

CHASSI: 9C2K00550ER226913

VEICULO: PAS/MOTOCICLO DYNAO APPLIC

MOTOR: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES

ANO MOD.: 2014

COR PRINCIPAL: PRETA

RECIBO O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

014731653289

RECIBO CE Nº

16132955372

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 02/02/2019

RENAVAM: 16132955372 PLACA: DRZ2380

MARCA/MODELO: HONDA/MXR150 BROS ES

ANO FAB.: 2014 ANO MOD.: 2014

CHASSI: 9C2K00550ER226913

PREMIO TARIFARIO: 40.05

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107997/20

Vítima: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

CPF: 161.329.553-72

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 28/05/2018

Titular do CPF: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA : 161.329.553-72

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: 03/04/2020
Nome: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA
CPF: 161.329.553-72

ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA