



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 **WEB1.20.01454041-0** em **18/09/2020 15:03:02**.
- 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 : 0250526-44.2020.8.06.0001  
Protocolo : WEB1.20.01454041-0  
Tipo da petição : Contestação  
Assunto principal : Seguro  
Data/Hora : 18/09/2020 15:03:02

### 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\* : 2752063\_CONTESTACAO\_01 - 1-11.pdf  
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
Documentação : 2752063\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-13.pdf

### Downloads

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

---

**Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200228317**

**Vítima: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

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, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228317

Vítima: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003535

Conta: 0000036229-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200228317 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ADALBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 16/08/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO DIREITO. P.9,10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.1,6,15

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros superiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

83913823387 ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA 6 - CPF: 83913823387  
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: R. MARCOS ZACARIAS 9 - Número: 27 10 - Complemento:  
11 - Bairro: DOURADO 12 - Cidade: HORIZONTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62882000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95-992862511

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)

AGÊNCIA: 3535 CONTA: 36229 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x Antonio ADALBERTO DA SILVA  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 1404 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **13/03/2020 10:57:48**  
Data / Hora da Ocorrência: **16/08/2018 14:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R JOSÉ FRANCISCO, COQUEIROS - HORIZONTE/CE**  
Ponto de Referência: **CAMPO DOS COQUEIROS**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**  
Nascimento: **25/04/1982** CPF: **839.138.233-87** UF: **CE**  
RG: **98024033732** Orgão Emissor: **SSPDS**  
Filiação: **ANTONIA FERREIRA DA SILVA**  
**JOSE ROSA DA SILVA**  
Endereço: **RUA MARCOS ZACARIAS, 27**  
Bairro: **DOURADO** CEP:  
Município: **HORIZONTE/CE** Telefone: **(85) 99286-2511**  
País: **BRASIL**

**Histórico**

Afirma o declarante que no dia, hora e local supra, estava pilotando sua motocicleta de marca Honda/Pop, cor vermelha, placa POX-4236, de propriedade de FRANCISCO MARDONIO DE ALMEIDA, quando colidiu contra uma vaca que estava em plena via pública; QUE com o impacto, caiu ao chão vindo a fraturar o braço direito; QUE afirma que foi socorrido à UPA local de onde foi recambiado para o hospital Frotinha de Messejana, onde foi submetido a uma intervenção cirúrgica. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ALESSANDRO BASTO DAMASCENO - MAT.: 135608-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Adalberto da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

ED CARLOS DE SOUSA LIMA - MAT.: 300815-1-X

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

83913823387 ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA 6 - CPF: 83913823387  
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: R. MARCOS ZACARIAS 9 - Número: 27 10 - Complemento:  
11 - Bairro: DOURADO 12 - Cidade: HORIZONTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62882000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95-992862511

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)

AGÊNCIA: 3535 ☐ CONTA: 36229 ☐ 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

x Antonio ADALBERTO DA SILVA  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03535

CONTA: 000000036229-7

---

Nr. da Autenticação 6A53D1E266C4CCD0

Nº do Cliente:

5217086

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

enei

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 047205594

Rota HZ130R11 - 8200

Referência 01/2020

Nome RAIMUNDA NONATA ALVES MARQUES

Endereço RU MARCOS ZACARIAS, 00027 - 00027, DISTRITO DE  
DOURADO, 62882-000, HORIZONTE

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 16/01/2020

Medidor 4824958-ELO-446

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

A72A.CC9A.00CB.6CA2.F87A.BA52.2EB8.66AF

DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias

| Anterior   | Atual      | Próxima prevista |
|------------|------------|------------------|
| 16/12/2019 | 16/01/2020 | 13/02/2020       |



DADOS DA MEDIÇÃO

| Posto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo Mês (kWh) | Consumo Incl. (kWh) | Consumo Fat. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|--------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|-------------|
| FP    | 4.923       | 4.860          | 1.00   | 63                | 00                  | 63                 | 0,24778          | 15,61       |

DADOS DO FATURAMENTO

|                                | TARIFA  | VALOR (R\$) |
|--------------------------------|---------|-------------|
| CIP - ILUM PUB PREF MUNIC      | -       | 8,60        |
| CONSUMO SEM SUBVENÇÃO          | -       | 17,35       |
| DESCONTO BAIXA RENDA           | -       | -17,35      |
| CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH | 0,18033 | 5,41        |
| CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH | 0,30909 | 10,20       |
| ADICIONAL BAND. AMARELA        | -       | 0,41        |
|                                |         | 0,31        |

06/11/18





PREFEITURA DE  
HORIZONTE  
Secretaria de Saúde

# FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: André Luiz de Bel

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nascimento: 1 / 1

Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Selva Pedras

Resultado de Exames: Amo

Conduta já Realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: Doença crônica, 4

Assinatura do Dr. Vicente R. Junior  
Traumatologia  
CREMEC 5467

Função: \_\_\_\_\_

Data: 1 / 1

Hora: \_\_\_\_\_

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: \_\_\_\_\_

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Data: 1 / 1

Hora: \_\_\_\_\_

## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário N°: \_\_\_\_\_

Alta: 1 / 1

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

Proposta da Conduta para Segmento: \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? SIM ☐

NÃO ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM ☐

NÃO ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

1A-36/08/18



ANTHROPOLOGICAL  
LAB - 10/10/18



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA  
HORIZONTE - CEARÁ

CLINICA MEDICA  
CPF 83913823387  
Prontuário 00055179  
Naturalidade QUIXERAMOBIM - CE

Ocupação  
NÃO INFORMADA

Data validade

Temperatura  
N/I

Peso  
N/I

Pressão Arterial  
N/I

Profissional da chamada: LUCILEIDE

FICHA DE ATENDIMENTO

1800967439

AMARELO

18/08/2018 14:11:26

Data Nascimento

28/04/1982

Idade

36 A 3 M 21 D

CNS

161006300990004

Paciente

ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

Tipo Doc

IDENTIDAD

Mãe

ANTONIA FERREIRA DA SILVA

Endereço

RUA - MANOEL FERREIRA - 1132 - DOURADO - HORIZONTE - CE

Plano de saúde

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Queixa Principal

REFERE DOR INTENSA NO MSD APÓS SOFRER

ACIDENTE DE MOTO

Registrado por: FATIMA

Órgão Emissor

SSP CE

Data Emissão

Pat

JOSE ROSA DA SILVA

Sexo

M

Estado Civil

BOLTEIRO(A)

Raça/Cor

PARDA

Contatos

(85) 99106-6851

Número da carteira

Anamnese de Enfermagem

Impresso por: PAULO PEDRO

Atendimento

Anamnese Médica

PACIENTE RELATA QUE FOI VÍTIMA DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO E APRESENTA DOR EM ANTEBRAÇO D E DOR EM HT  
NEGA ALERGIAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

POI TRAUMA

|                                                                                                      |  |                               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| NOME: <i>Adalberto de Almeida</i>                                                                    |  |                               |  |
| DATA DE NASCIMENTO: <i>03/09/1954</i>                                                                |  | ENFERMAGEM: <i>II</i>         |  |
| 1º AILUXIAR: <i>Dr. Paulo de Jesus Castro</i><br><i>Ortopedia / Traumatologia</i><br><i>CRM 1985</i> |  | 2º AILUXIAR: <i>Dr. Mauro</i> |  |
| ANESTESISTA: <i>Dr. Christiane</i>                                                                   |  | TIPO DE ANESTESIA:            |  |
| DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO: <i>Fratura antebraço de</i><br><i>osteossintese + enxerto auto</i>       |  |                               |  |
| TIPO DE OPERAÇÃO:                                                                                    |  |                               |  |
| DIAGNOSTICO POS OPERATORIO:                                                                          |  |                               |  |
| RELATÓRIO MEDICO PATOLOGISTA:                                                                        |  |                               |  |
| EXAME RADIOLOGICO NO ATO:                                                                            |  |                               |  |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:                                                                         |  |                               |  |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

*Quilodado gueto de ansepsia e antiseptico*  
*limpeza profunda no tórax do fraco*  
*fratura costal - antebraço antebraço de*  
*abertura para. Visualizar redução e fratura*  
*de fratura radii de + enxerto auto*  
*antebraço. Sutura de pele por pele*  
*Queto odon +*

*Dr. Paulo de Jesus Castro*  
*Ortopedia / Traumatologia*  
*CRM 1985*

*[Assinatura]*

*COM ORIGINAL*  
*1999/18*  
*[Assinatura]*

*085.13710012-05*  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Torrez Coelho, 1578  
Maracana - CEP 80.864-510

## DECLARAÇÃO

Declaro a pedido do (a) Senhor (a) Antonio Adalberto da Silva  
CPF nº 839.138.233-87, filho (a) de Jose Rosa da Silva e  
Antonia Ferreira da Silva que o (a) mesmo (a) foi atendido (a)  
nesta unidade Hospitalar no dia 20 de Agosto de 20 18 as 13:47 horas.

O mesmo INFORMA que foi vítima de acidente de trânsito, porém não testemunhamos a referida de ocorrência.

Orientamos o (a) mesmo (a) a relacionar testemunhas e registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia Civil Especializada.

Caso o (a) mesmo (a) tenha sido socorrido (a) pela ambulância do SAMU, informamos que aquele órgão possui documentação própria relatando o tipo de atendimento.

Fortaleza, 08 de Outubro de 20 18.

Atenciosamente,

Marcelo de M. Conceição Castro  
Diretor Executivo - HDEBO  
Mestrado em 19/09/02  
CPF: 625.282.84-14

DIRETOR EXECUTIVO  
HDEBO

PACIENTE

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

|                                                          |  |                                           |  |                                    |  |                                       |  |
|----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| NOME DO AGENTE<br><b>ANTONIO ADALBERTO DA SILVA</b>      |  | DADOS PESSOAIS                            |  | Nº DO PRECATÓRIO<br><b>5119783</b> |  | Nº DO RE<br><b>297200</b>             |  |
| NOME DO PACIENTE<br><b>ANTONIA FERREIRA DA SILVA</b>     |  | NASCIMENTO<br><b>25/04/1992 (36 ANOS)</b> |  | SEXO<br><b>M</b>                   |  | NACIONALIDADE<br><b>NÃO INFORMADO</b> |  |
| ENDEREÇO<br><b>RUA ITALO PAMPONA 294 ANTONIO BEZERRA</b> |  | CIDADE<br><b>ABAIARA</b>                  |  | CEP<br><b>60.000-000</b>           |  | UF<br><b>CE</b>                       |  |

|                                                                                  |  |                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/VEICULO DO ACIDENTE                               |  | OCORRÊNCIA                                                 |  |
| QUEIXA<br><b>PACIENTE REFERE DOR EM MSD APÓS QUEDA</b>                           |  | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO<br><b>AValiação TRAUMATOLOGICA</b>  |  |
| SINAIS VITAIS<br><b>NI</b>                                                       |  | ESCALA DE DOR<br><b>99 (ADULTO)</b>                        |  |
| PESO<br><b>NI KG</b>                                                             |  | PRESSÃO ARTERIAL<br><b>NI/NI</b>                           |  |
| TEMPERATURA<br><b>NI °C</b>                                                      |  | SÍMPTOMAS<br><b>NI</b>                                     |  |
| CLASSIFICAÇÃO<br><b>AMARELO</b>                                                  |  | GLICÊMIA<br><b>NI</b>                                      |  |
| RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br><b>FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS</b> |  | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>20/08/2018 13:47:22</b> |  |

|                                                               |                     |
|---------------------------------------------------------------|---------------------|
| LOCAL DE ATENDIMENTO<br><b>02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA</b> | ÁREA DE ATENDIMENTO |
|---------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                                                                                                                                                       |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                                                                                                    |                   |
| <i>Primo - pulso D</i><br><i>BBB 0227</i>                                                                                                                                                                             |                   |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                           | COD. PROCEDIMENTO |
| TAXA DE SOCIEDADE<br><input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS |                   |

|                   |                |             |
|-------------------|----------------|-------------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA |                | OBSERVAÇÕES |
| MEDICAMENTO       | APRAZAMENTO    |             |
| <i>M</i>          | <i>pulso D</i> | <i>227</i>  |
| <i>OP</i>         | <i>PA</i>      |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| TIPO DE ALTA/SAÍDA                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS |  |
| DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/> ANONATO                                                                                                                                                                                                              |  |

|                                                |  |
|------------------------------------------------|--|
| CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA    |  |
| <i>Francisca Cristiane da Silva Lima Ramos</i> |  |

Declaro por Francisca Cristiane da Silva Lima Ramos em 20/08/2018, 13:47:22, que as informações aqui prestadas são verdadeiras, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*Antonio Adalberto da Silva*

CONFERE COM ORIGINAL  
**17/09/18**  
*Stefane*

**04335 197/0012-05**  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Juracy de Almeida Costa, 1578  
Mesquita - CEP 60.000-000

*94*

**Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CDEB

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PROCTUAST

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - MASCULINO ☐ FEMININO ☐

11 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL

12 - ODD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO DO RUA Nº - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNIC

16 - UF

17 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

22 - CID 10 PRIMÁRIO

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

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

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CHAE EMPRESA

39 - SÉRIE

40 - CDEB

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APRESENTADO

☐ NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

44 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO



PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
HORIZONTE



SECRETARIA  
DA SAÚDE



NOME Antonio Adalberto da Silva

QT                      PRONTUÁRIO                      ACS                     

| DATA                                                         | HIST. CLÍNICA - EXAMES, DIAGNÓSTICOS, PRESCRIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | RÚBRICA                                                      |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 16/08/18                                                     | Paciente A.A.S. 36 anos. HD: Politrauma. Deu entrada na unidade com queixa de acidente de trânsito, apresentando dor em antebraço D e dor em HTD. Ao RX: fratura de rádio (diáfise) direito. Medicado conforme prescrição. Evolu: consciente e orientado, deambulando, supino em a a, apnéia. Segue aguardando em observação aos cuidados da equipe. ————— | <br>Paula Regina S. da Silva<br>Enfermeira<br>COREN-CE 17550 |
| 17/08/18                                                     | A.A.S. 36 anos, HD: Fratura rádio D, após acidente de trânsito. Evolu: extirvel, consciente, orientado, supino em a a ambiente, normocárdico, normotênico - apnéia. Aguarda avaliação com o traumatologista. — x —                                                                                                                                         | <br>André Carlos Ferreira<br>Enfermeiro<br>COREN-17550       |
| <br>Luciane Alves<br>Assistente Social<br>CRSS 2639 - Região |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| CONFERE COM O ORIGINAL                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| 28 / 09 / 2018                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| <br>Luciane Alves<br>Assistente Social<br>CRSS 2639 - Região |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |





PREFEITURA DE  
HORIZONTE  
Secretaria de Saúde

# FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: UPA Horizonte  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: Antonio Cidreira da Silva  
Sexo M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 25 / 4 / 1982 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 36 a, vítima de ocorrência de trânsito, com fratura de rádio (diáfise) direito.

Resultado de Exames: Rx com o paciente.

Conduta já Realizada: Osteosíntese

Impressão Diagnóstica: Fratura de rádio direito.

Dr. Paulo Roberto Pinheiro Bastos  
Médico

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Médico

Função

16 / 8 / 18

Data

16:00

Hora

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Osteosíntese Profissional: traumatologista

Unidade de Referência: Interna Data: 16 / 8 / 18 Hora: 16:00

## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N°: \_\_\_\_\_ Alta: 1 / 1 / 1

Resumo Clínico / Cirúrgico:

\_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

Proposta da Conduta para Segmento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? SIM ☐ NÃO ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM ☐ NÃO ☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA  
HORIZONTE - CEARÁ

180047432 AMARELO 18/09/2018 14:11:26  
Paciente: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA  
Data Nascimento: 28/04/1962  
Idade: 56 A 3 M 21 D  
Sexo: M  
Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Raza/Cor: PARD  
CPF: 83913423387  
Naturalidade: QUIXERAMOBIM - CE  
Profissional: 00006179  
Ocupação: NÃO INFORMADA  
Data validade: 09/10/2018  
Temperatura: NI  
Peso: NI  
Pressão Arterial: NI  
Profissional da chamada: LUCILEIDE  
Anamnese de Enfermagem  
Impresso por: PAULO PEDRO

Atendimento

Anamnese Médica

PACIENTE RELATA QUE FOI VÍTIMA DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO E APRESENTA DOR EM ANTEBRAÇO D E DOR EM HTD.  
NEGA ALERGIAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

POLITRAUMA.

Exames Complementares

RX.

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO PROFISSIONAL

1. PROFENID 100 MG +  
100 ML SF 0,9% EV  
AGORA.
2. RL 1000 ML, EV,  
RÁPIDO.

(FF)  
06.35  
14.51

Carla  
422569

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica ( ) Alta a Pedido ( ) Alta a Revelia ( ) Transferência para: ( )  
Observação (Alé 24h) ☒ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Dr. Paulo Pedro Pinheiro Bastos  
Médico

3. Profenid 100 mg, 3 M.

Daniel de Aguiar  
Assistente Social  
CRESS 2629

CONFERE COM O ORIGINAL

28/09/2018

FUNCIONÁRIO / UPA



## RELATÓRIO DE ALTA

|                                         |                                 |                                    |                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| PACIENTE<br><i>Antônio</i>              | UNIDADE                         | ENFERMARIA                         | LEITO<br><i>57</i>                |
| PRONTUÁRIO                              |                                 |                                    |                                   |
| INÍCIO DO TRATAMENTO<br><i>20/03/18</i> | DATA DA ALTA<br><i>05/09/18</i> | DATA DO RETORNO<br><i>17/09/18</i> | MENÇÃO PARA RETORNO<br><i>72h</i> |

### RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

*Quadrado*

### DIAGNÓSTICOS

|                                             |
|---------------------------------------------|
| PRINCIPAL<br><i>Distúrbio de equilíbrio</i> |
| ACESSÓRIO 1                                 |
| ACESSÓRIO 2                                 |
| EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS<br><i>le</i>    |

### TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

*Cirurgia*

### TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

*Ativa + ATB*

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

### OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

*05/09/18*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

*Dr. Tasso C. Castro*  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 1985

06/11/18



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
98024033732 SSPDC CE

CPF DATA NASCIMENTO  
839.138.233-87 25/04/1982

FILIAÇÃO  
JOSE ROSA DA SILVA  
ANTONIA FERREIRA DA  
SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
03849901118

VALIDADE  
31/10/2022

1ª HABILITAÇÃO  
06/05/2006

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Antonio Adalberto da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO  
19/01/2018

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

66750160461  
CE162106017

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1631540947

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1631540947

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014414983734  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA JIR 01 COD RENAVAM 1159807776 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

FRANCISCO MARDONIO DE ALMEIDA

HORIZONTE/CE

CPF / CNPJ 04044262390 PLACA POX4236

PLACA ANT. / UF \*\*\*\*\*/CE CHASSI 9C2JB0100JR039839

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

CAP / POT / CIL 2P/0CV/109CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

| I<br>P<br>V<br>A | COTA UNICA     | VENC. COTA UNICA     | 1º    |
|------------------|----------------|----------------------|-------|
|                  | *****          | */**/*               | ***** |
|                  | FAIXA I.P.V.A. | PARCELAMENTO / COTAS | 2º    |
|                  | ***            | *****                | ***** |
|                  |                |                      | 3º    |
|                  |                |                      | ***** |

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 60.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 60.43 DATA DE PAGAMENTO 10/06/2019

OBSERVAÇÕES

HORIZONTE

LOCAL

Igor Ponte



DATA 11/06/2019

É OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014414983734 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
2019

04044262390 POX4236

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

014414983734 68473942764

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/06/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 04044262390 PLACA POX4236

RENAVAM 1159807776 MARCA / MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB 2018 CAT TARE 09 CHASSI 9C2JB0100JR039839

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.32 IOF (R\$) 0.11 CUSTO DO SEGURO 40.46

PAGAMENTO 10/06/2019

☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO

PROPRIETÁRIO  
LOTE/DOC. 227468/05 LACRE.  
MOTOR: JB01E0J039774  
CNPJ 09.248.608/0001-04

SEGURO DPVAT



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 16/08/2018 CPF DA VÍTIMA 839.138.233-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MARCOS ZACARIAS, 27  
Bairro: DOURADO

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

## VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

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

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25-06-2020

NOME Andersson Silva

ASSINATURA Analista DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200228317 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ADALBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 16/08/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO DIREITO. P.9,10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.1,6,15

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR  
DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros superiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176579/20

**Vítima:** ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

**CPF:** 839.138.233-87

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 16/08/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO ADALBERTO DA SILVA : 839.138.233-87**

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: 26/06/2020  
Nome: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA  
CPF: 839.138.233-87

ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva