

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 **WLIM.20.00170403-6** em **29/09/2020 14:10:50**.
- 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 : Limoeiro do Norte
Processo : 0050188-03.2020.8.06.0115
Protocolo : WLIM.20.00170403-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 29/09/2020 14:10:50

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos [>>Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2753503_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Documentação : 2753503_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-19.pdf
Documentação : 2753503_CONTESTACAO_Anexo_02 - 20-33.pdf
Documentação : 2753503_CONTESTACAO_Anexo_02 - 34-38.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE LIMOEIRO DO NORTE/CE

Processo: 00501880320208060115

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA LUCILEIDE XAVIER**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/11/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 19/11/2019 após 12 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 01/11/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 01/11/2018. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art.**

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

LIMOEIRO DO NORTE, 23 de setembro de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA LUCILEIDE XAVIER**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **LIMOEIRO DO NORTE**, nos autos do Processo nº 00501880320208060115.

Rio de Janeiro, 23 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719541

Vítima: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Data do Acidente: 01/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LUCILEIDE XAVIER

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719541

Vítima: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Data do Acidente: 01/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUCILEIDE XAVIER

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA LUCILEIDE XAVIER**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000002253-5**

Conta: **000010043467-3**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019841427



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3021 / 2019

Dados da Ocorrência

Boletim de ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2019 16:58:51**
Data / Hora da Ocorrência: **01/11/2018 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT TOMÉ, ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **CURVA DO AEROPORTO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LUCILEIDE XAVIER**
Nascimento: **04/08/1983** CPF:
CNH: **1548437010** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA XAVIER**
ANTONIO XAVIER FILHO
Endereço: **RUA VILA DE FÁTIMA, 309**
Bairro: **SÍTIO TOMÉ**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Afirma a declarante que seguia guiando a motocicleta acima discriminada, sentido Sítio Tomé - Limoeiro, quando passava pela curva conhecida por curva do aeroporto, perdeu o controle do veículo e caiu ao solo; QUE não recorda de como ocorreu o acidente e nem do momento em que foi socorrida, pois ficou desacordada; QUE foi socorrida pelo SAMU que prestou os primeiros atendimentos e a levou para o Hospital de Limoeiro; QUE por conta da gravidade das lesões a declarante foi transferida para o IJF em Fortaleza onde passou por procedimento cirúrgico no braço direito; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Luiz Carlos de Araújo Maia - MAT.: 300115-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Ortônia Loucá Felix Xavier

VISTO DO DELEGADO(A) :

Francisco Adriano Pereira Souza - MAT.: 3012037

AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé:
Limoeiro do Norte-CE, 05 DEZ 2019

Avani Fernandes Maia - Tabeliã
Del. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
Del. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituto
Ellyberlânia Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
Ryslane Rebelo Lima Alves - Esc. Compromissada
VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICAÇÃO





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



Comp. Reg. de Acidentes Declarados



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 atendimento pré-hospitalar a Sra. **MARIA LUCILEIDE XAVIER**, portadora do RG n.º 2001030077299, SSP-CE, inscrita no CPF n.º 013.854.873-05 dia 01/11/2018, às 19h10, Município de Limoeiro do Norte-CE, na localidade de Sítio Tomé, zona rural, próximo ao aeroporto, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo ~~removida~~ para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Lolola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 29 de agosto de 2019.

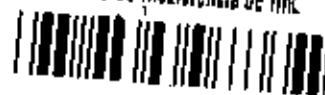

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de Inexistência de IRR



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Thiago Jefferson Silva Chaves

RG nº 2007.030030429, data de expedição 05/06/2007

Órgão SSPDS, portador do CPF nº 033.368.843-06

com domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua João Maria de Freitas, nº 2239

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Maria Lucileide Xavier, cujo o condutor era

Maria Lucileide Xavier

Veículo: Moto Modelo: Honda/NXR 150 BROS ES Ano: 2012

Placa: PNI 5206 Chassi: 9C2KD0550CR573956

Data do Acidente: 01/11/2018

Local e Data: Limoeiro do Norte, 08 de dezembro de 2019

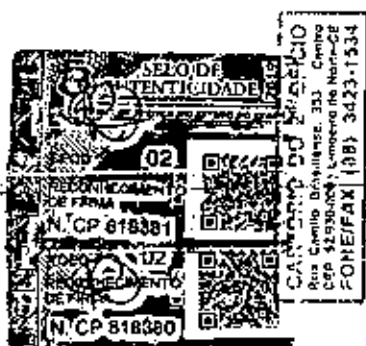
Thiago Jefferson Silva Chaves

Assinatura do Declarante

Maria Lucileide Xavier

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

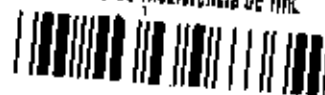


Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de Inexistência de IRR



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Thiago Jefferson Silva Chaves

RG nº 2007.030030429, data de expedição 05/06/2007

Órgão SSPDS, portador do CPF nº 033.368.843-06

com domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua João Maria de Freitas, nº 2239

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Maria Lucileide Xavier, cujo o condutor era

Maria Lucileide Xavier

Veículo: Moto Modelo: Honda/NXR 150 BROS ES Ano: 2012

Placa: PNI 5206 Chassi: 9C2KD0550CR573956

Data do Acidente: 01/11/2018

Local e Data: Limoeiro do Norte, 08 de dezembro de 2019

Thiago Jefferson Silva Chaves

Assinatura do Declarante

Maria Lucileide Xavier

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCILEIDE XAVIER

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02253-5

CONTA: 000010043467-3

Nr. da Autenticação 41CF5F519AC17DF5

Banco do Brasil	001-9
Beneficiário: G E M SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO	
Número Documento: 129241	
Vencimento: 30/12/2019	
Agência/Código do Beneficiário: 2628-2 / 00018569-6	
Nosso Número: 31624290000000156	
Valor Documento: 59,80	
(-) Desconto/Abatimento:	
(+/-) Moratória:	
(+/-) Outros Acréscimos:	
(+/-) Valor Cobrado:	
Login: mxcavler	
Pagador: MARIA LUCILEIDE XAVIER	
Agência no verso - Razão do Pagador	

Banco do Brasil	001-9	00190.00009 03162.429009 00000.156174 6 81190000005990
Local de pagamento: Qualquer agência bancária até o vencimento		Vencimento: 30/12/2019
Beneficiário: G E M SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO E MULTIMÍDIA LTDA ME		Agência/Código do Beneficiário: 2628-2 / 00018569-6
Data do documento: 19/11/2019	Número documento: 129241	Espele Doc.: DS
Uso do brinde:	Categoria: 17	Quantidade:
Data processamento: 19/11/2019		Nosso número: 31624290000000156
Valor documento:		(+) Valor documento: 59,80
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) SR, CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,20 E JUROS DE R\$ 0,02 AO DIA.		(-) Desconto/Abatimento: (-) Outras Deduções: (+) Moratória: (+) Outros Acréscimos: (=) Valor Cobrado:
Pagador ID: 2047 - MARIA LUCILEIDE XAVIER - 013.854.873-05		Autenticação médica - Ficha de Compensação
SITIO TOME - CASA ZONA RURAL - LIMOEIRO - CE - CEP: 62930-000 - PROX A ESCOLA DE JOAO BATISTA - PROCURAR DE MARIA DE FREINHA		
Sacador/Analista		

Comprovante de residência



Comprovante de residência em nome da vítima

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 015957	Atendimento 0002	Nome do Paciente MARIA LUCILEIDE XAVIER	CNS 898050028073608	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2001030077299		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Feminino
Data de Nascimento 04/08/1983	Local QUIXERE/CE	Idade 35 Ano(s)		
Pai ANTONIO XAVIER FILHO		Mãe MARIA DE FATIMA XAVIER		
Endereço SÍTIO TOME, 132	Bairro ZONA RURAL	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão AGRICULTORA	Empresa	Cônjuge		Telefone 88981510283
Responsável ANTONIA MARCIA XAVIER	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO TOME, 132	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/11/2018	Hora 20:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DIEGO ONILTON COSTA SALES		CRM/UF 18191/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Acidente		Funcionário SORAYA DE JESUS ALBUQUERQUE		
Observação				
Sela	Data/Hora Liberação 01/11/18 às 00:26hs.	Tipo de Sela () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg) 120/90
				Oximetria (%)
				Glicemia (mg/dL)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente, 35 anos, vítima de acidente de trânsito, trazida pelo pai com trauma e fraturas em membros superiores e inferiores, trauma em coluna de nível cervical, lesões e trauma em membros inferiores, orientado.

A- VA praxias, avulsão
B- Exame, membro superior
C- Exame, membro inferior
D- ECG IS, papelado normal
E- lesão em nível cervical

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas Doc 10
Limoeiro do Norte-CE, 06/11/2019

Avanir Fernandes da Silva - Tabelião
Claudio José Fernandes Maia - Substituto
Claudio Maria Fernandes Maia - Substituto
Elvécio de Aguiar Gomes - Esc. Compromissário
Rafaela Ribeiro Lima Alves - Esc. Compromissário

VALIDO SOLENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

N. ID 049477

Dr. Trauma TAC/KE

DIEGO ONILTON COSTA SALES - CRM: 18191

Trauma Torax

Trauma MBD e MII

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: ANTONIA MARCIA XAVIER

1. SR 1000 ml FR 500 500
2. Dexametasona 4 mg/ml 1000 ml FR (21.00) ^{Ass.}
3. Opromina 50 mg/ml 1000 ml FR (21.00) ^{Ass.}
4. Tramal 100 mg + SR 1000 ml FR (21.00) ^{Ass.}
5. Brevipidol 1000 ml FR (21.00) ^{Ass.}
6. Sol: 2 Rx de @ Crocodil,
 @ Mito 1000 ml AP 18 of ^{Ass.}
 @ Celuro 1000 ml ^{Ass.}
 @ Jule 1 AP 18

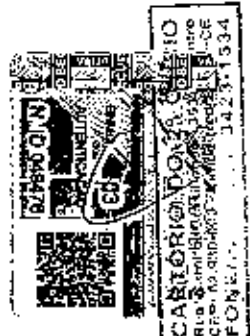
7. SAT 5000.44 FR

Sarah...
 COORDENADOR

Dr. Diego Onilton Costa Sales
 MEDICO
 CREMEC 18191

Pete Umai 06 pincos de Raro x

x Autª Náucia Xavier



**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO**

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fe Limoeiro do Norte-CE, 06 DEZ 2019

Assinatura

Avani Fernandes Maia - Tabeliã
 Ref. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
 Ref. Cláudia Maria Fernandes Maia - Substituta
 Elybertário Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
 Rosilene Rabelo Lima Alves - Esc. Compromissada

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

HRDOLW

15420024819

Distrito Sanitário: _____

Município: Limoeiro

Nome: Marcos Lucivaldo Xavier

Prontuário Nº ato

Sexo: M ☐ F ☒

Idade: 35a

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Dr. Diego Santos Costa
MEDICO
CRM 100000

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro

Função

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico

Especialidade: _____

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Data

Hora

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 015957	Atendimento 0002	Nome do Paciente MARIA LUCILEIDE XAVIER	CNS 898050028073608	Guia de Autorização
Documento(s)		Identidade: 2001030077289		
Data de Nascimento 04/08/1983	Local QUIXERE/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino	
Mãe 35 Ano(s)		Mão 35 Ano(s)		
Pai ANTONIO XAVIER FILHO		Mãe MARIA DE FATIMA XAVIER		
Endereço SITIO TOME, 132		Bairro ZONA RURAL	CEP 62830-000	Município LIMOEIRO DO NORTE
Profissão AGRICULTORA	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone 889815102
Responsável ANTONIA MARCIA XAVIER	CPF do Responsável	Endereço SITIO TOME, 132	Município LIMOEIRO DO NORTE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/11/2018	Hora 20:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DIEGO ONILTON COSTA SALES		CRM/UF 18191/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Atendimento		Funcionário SORAYA DE JESUS ALBUQUERQUE		
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação 02/11/18 às 00:26hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais		
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)
		P (bpm)
		R (mpm)
		PA (mmHg)
		Odontometria (%)
		Glicemia (mg/dL)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente, 35 anos, vítima de
ocidente de trânsito, trazida pelo JMW
com trauma e desconforto em joelho
NMTI, trauma em coluna dorsal e
dóres, laceração e trauma em antebraço
Consciente, orientado.

- A- VA normais, curvatura leve
- B- Exame físico, membros superiores
- C- Exame hemodinâmico
- D- ECG 15, pupila no ponto
- E- laceração em dor, antebraço

Andréa Gregório da Rocha
Coord. de Atendimento
Cep: 045800813-15

HD: Trauma TXX / KE

DIEGO ONILTON COSTA SALES CRM: 18191

Trauma: Vessel

Trauma: MPD e MNTI

Antônia Marcia Xavie

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA MARCIA XAVIE

1. SR 1000 ml FR ~~500~~ ~~500~~
2. Dexametasona 4mg FR ~~(21.00)~~ ^{Ass}
3. Opromor 50mg FR ~~(21.00)~~ ^{Ass}
4. Tramal 100mg + SFO, SR 100 ml FR ~~(21.30)~~ ^{Ass}
5. Bromoprida 1mg FR ~~(21.00)~~ ^{Ass}
6. Sol: 2 Rx de ① Crocodal,
② Antitico SP/P, 04
③ Celuro 1000mg 1ml
④ Jacto 8 SP/P

7. SPT 5000 u 2m

Sarah Oliveira
Enfermeira
CORP-CE 456.161

Dr. Diego Chilton Costa Sales
MÉDICO
CREMEC 18191

Pca Ivan 06 pinos de Pano x
x Auta Márcia Xavier

RÉGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 02/11/2018 02:42:32

CNS: 708004300812322		NOME: MARIA LUCILEIDE XAVIER		Registro: 5587703	
CPF: 01385487305	RG: 20010300772	D. NASC: 04/08/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RACIA COR: Branca
NOME DA MÃE: MARIA DE FÁTIMA XAVIER			NOME DO PAI: ANTONIO XAVIER FILHO		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: TOME		Nº: SIN	BAIRRO: CENTRO
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 34473135, 851510283	MUNICÍPIO: LIMOEIRO DO NORTE	UF: CE	CEP: 62830970	
NOME: PAC VEO DE AMB DE LIMOEIRO ANTONIA		PARENTESCO: SOBRINHA		TELEFONE: -	
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADOR:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:	
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista					
QUEIXAS: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NA CABEÇA + TORCÓLOMBAR + LACERAÇÃO NO ANTEBRAÇO D + PERDA DE CONSCIÊNCIA					
OBSERVAÇÕES: TCE/HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA E ESCORIAÇÕES					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado	CONSULTA MÉDICA: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA					

Anamnese:

Suprante do veículo de moto C/TCE (perda de consciência)
do paciente

Exame Físico:

ECC: 14 P/p
Lento C/ perda de substância no MSD
e) Lombos em membros

Conduta:

+ TC cranio + mielox
- NO NEURO / C. Cerv

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 02/11/18	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA 0301060029 CONSULTA MÉDICA COM OBSERVAÇÃO

Arquivo Geral IJF Esta Cópia

Contém Cópia Original

DATA: 02/11/18

MANOEL DA SILVA

José Urbano da M. Pereira
Arquivo Geral IJF



PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

NEUROL

Data: 02/11/18 às 9:55 h

Paciente vítima de acidente por queda de moto sem capacete. No momento, 60015, 12 PM, em local motor. TC de cor e de al. cl. clínicas normais.

CONDIÇÃO:

Alta de NCR

0301060061

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

C. CONSULTA MÉDICA

Data: 02/11/18 às 08:46 h

- Paciente de moto; Multitoma esmagada. Hemiparesia esquerda. Sem dor nas pernas. Ao exame: 60015. 12 PM. 16 anos. PL = Brasil.

Suporte de vida em MSO.

CONDIÇÃO:

Suporte US BOMINER; AVALIAÇÃO

Monteiro Noronha
Cirurgia e Traumatologia
CRM 43330 DE 1980

0401010058 T 11.1

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

TO

Data: 02/11/18 às 07:45 h

Paciente vítima de acidente com moto. Apresentação fratura 113 M.O. clavícula direita possível de tratamento conservador. Presença de pele em antebraço direito.

CONDIÇÃO:

Retorno de imobilização após alta em 02 dias.

0301060061

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

BMF

Data: 1/11/18 às 11:11 h

Paciente com trauma de face. Evoluí lentamente. Ao exame apresenta oclusão estéril, abertura bucal satisfatória. Sem sinais de trauma de face. G: Alta BMF.

CONDIÇÃO:

Alta BMF

0301060061

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

Dr. Edson Cetura
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente I.E.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN (h)

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Internação

☐ Alta Médica

☐ Alta à pedido

☐ Evasão

Data: 1/11/18 às 11:11 h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não

Data: 1/11/18 às 11:11 h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: MARIA LUCILEIDE XAVIER		ID Paciente: 5587703
Data de Nascimento: 04/08/1983	Idade: 35 anos	Sexo: F
Médico Solicitante: DR OTILIO		Data do Exame: 02/11/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação preservados
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem alterações significativas
- Não evidenciado hematoma extra-axial
- Não evidenciado traço de fratura craniana.

Ervison Pacheco de Oliveira

ERVISON PACHECO DE OLIVEIRA
CRM 7566

Arquivo Geral UF - 6331 Cópia
Confere: [assinatura]
Data: 09/06/2019
[assinatura]
José Urbano Júnior - Médico
Arquivo Geral UF



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HRDDLW 15420021819
Distrito Sanitário: _____ Município: Limoeiro do Norte
Nome: Marcelo Lucio Xavier Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 35a Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Resultado de Exames:

Condução Realizada:

Impressão Diagnóstica:

Agendamento

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade:

Profissional:

Unidade de Saúde:

Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: ____
Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico:

Condução Realizada:

Proposta de Condução para Seguimento:

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ NÃO

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: debora.chaves - UNIDADE: HOSPITAL SAO RAIMUNDO - LIMOEIRO DO NORTE

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DE OCORRÊNCIA

Para retomar a lista de ocorrências clique em Voltar.

LOGIN

Jonasaraujo

NOME

JONAS ARAUJO E SILVA

DATA/HORA

01/11/2018 23:19

UNIDADE

UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

DESCRIÇÃO

Estabelecimento Executor Confirmou Reserva de
Leito. (UF INSTITUTO DR JOSE FROTA
CENTRAL).

Voltar

15430021819

ma Lucileide Xavier

11/12/2018

Guia de Atendimento 03



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

Clavícula



1800272146

SUS - SUS

Profissional: MARCELO
Setor: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Consulta: URGÊNCIA

11/12/2018 09:19:24

Turno: DIURNO

Paciente: 00117020 - MARIA LUCILEIDE XAVIER

Sexo: M DN: 04/08/1983 - 35 A 4 M 7 D Est. Civil: Divorciada

Endereço: RUA - PADRE JOAQUIM DE MENESES - SN - ZONA RURAL - QUIXERE - CE - 62920000 - PROX A

Fone: (85) 35245595

CNS: 708004300812322 CPF: 013.854.873-05 Identidade: 2001030077289

Naturalidade: LIMOEIRO DO NORTE - CE

Ocup.: AGRICULTOR

Raça/Cor: PARDOS/CE

Nº. da Carteira:

Validade:

Autorização:

SisPreNatal:

Mãe: MARIA DE FATIMA XAVIER

Pai: ANTONIO XAVIER FILHO

Anotações de Outros Profissionais

Peso: _____ KG. Temp.: _____ °C. P.A. _____ mmHg D.X. _____

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO☐ LARANJA☐ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

Anotações Médicas

Conduta:

Diagnóstico:

Rx clavícula

Fratura clavícula

Atesto a realização do Atendimento de
acordo com os dados acima

Maria Albetina da Costa
Recepção - HCSR

Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1800272146

Registrado por: maria.aubetiza

IMO - 13.00
Rx de CLAVICULA - 7.40

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436
CNPJ 07.715.011/0001-84
CONFERE COM ORIGINAL
21 / 07 / 2019
ARQUIVO



HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA

ADMINISTRAÇÃO: "Quero mais Qubreré"

Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 dias.
2. Ao receber a consulta ou atendimento entregar 2 vias ao médico orientando-o para retornar CC-9 e 1ª Via a unidade de origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: Unicrê - CE

Nome: Maria Luíza de Xavier

Prontuário Nº: _____

Sexo: M () F (x) Idade: 35a Ocupação: _____

Endereço: rua Tome

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de queda há 14 dias, com fratura completa e com dor no

Resultados de Exames: Clavícula direita

Consulta já Realizada: _____

MD: Fratura, Clavícula direita completa

Impressão Diagnóstica: Dr. Bruno Vidal

17633

Médico

14/11/18

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ()

Hospitalar ()

Auxílio Diagnóstico ()

Especialidade: _____

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Data: 1/11

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Ata: 15/11/18

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultados dos Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O Problema justificou a referência?

SIM ☐

NÃO ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

SIM ☐

NÃO ☐

Assinatura do Encaminhante - nº Registro

Função

Data

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÊ
HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Idade: 1833 CNS: 898050028073608 Data de Atend: 13/11/2018 as 10:24:34
Nome do Paciente: MARIA LUCILEIDE KAVIER Data de Nas: 04/08/1983
Sexo: F Estado: SP Cidade: QUIXERÊ Op: MIRELLE
End: EUS PRF: POSTO DE SAUDE DE TOMÉ Tipo Atend: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
End: 35A 3m 30 Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 4
RG: Pto. S/S: 120 Dias: 80 P.O.: Idade: FR: Signo: Tempo: PG:

CONSULTA MÉDICA EM ATENDIMENTO ESPECIALIZADA

Exatidão do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

→ Dor em clavícula d. (fratura em clavícula).
→ nódulo tontura.

Intensidade da Dor: Alergia: Nega A.
Gravidade: () ALTO () MODERADO () BAIXO

Exatidão da Dor:

Exatidão da Dor: Não é possível o Atendimento

Data 1º Exame:

Exatidão da Dor: Não é possível o Atendimento Data 1º Exame: 17-00
() Patologia Clínica () Radiologia () Exame Preventivo
() Citologia () Outros

Exatidão da Dor: Não é possível o Atendimento

Ass. Executor

Conselho Classe

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI: ()

Exatidão da Dor: Não é possível o Atendimento () Urgência Emergência () Internação domiciliar
() Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
() Alta () Adm. Medicamentos () Conservação 6h () Outros procedimentos
() Tratamento de emergência () Abertura do prontuário () Indicação de Cesariana

Exatidão da Dor: Não é possível o Atendimento

Exatidão da Dor: Não é possível o Atendimento

Se o paciente assinou o tipo de certificação de trânsito

Exatidão da Dor: Não é possível o Atendimento () MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÊ
HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Func: Cláudia
Cláudia Ribeiro
Data: 16/09/19
Cláudia Ribeiro
Assinatura

Carlos Alberto Queiroz Freitas
Técnico de Enfermagem
CORENCE 061252.058
Car/03

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ
HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Atendimento: 1953 CNS: 898050028073608 Data do Atend.: 14/11/2018 as 09:16:43
Nome do Paciente: MARIA LUCILEIDE XAVIER Data de Nasc.: 04/08/1983
Endereço: TOME S/N QUIXERE Op: JOHNATA
Convênio: SUS PSF: POSTO DE SAUDE DE TOME Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
Sexo: F Idade: 35a 3m 10d Estado Civil: 1 Profissão: Escolaridade: 4

Peso: () kg
Sinais Vitais: P.A.: Sist. () Diast. () FC: () bpm FR: () irpm Temp: () °C

Proc.: 0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA): 35 x 35

Proc.: 0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA / 24 x 30

Saymon Charles Nogueira Sousa
Técnico em Radiologia
CBO 322391

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ
HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
ESTA COPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Func.: Ana Claudia
Carla Ribeiro
Data: 16 / 09 / 19
0204030170
Assinatura

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
	Código	Descrição do procedimento			
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	CLAUCIANE MARIA DA CUNHA		
3680	25/10/2018	11:09:41	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
283	03/11/2018	16:08:00	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA		
1177	08/11/2018	19:32:14	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301060061	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		
1833	13/11/2018	16:31:34	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	CARLOS ALBERTO QUEIROZ		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA		
1953	14/11/2018	09:16:43	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)			
		Profissional →:	SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA		

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
	Código	Descrição do procedimento			
	0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA			
		Profissional →:	SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA		
1954	14/11/2018	09:25:16	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	BRUNO VIDAL DOS SANTOS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	LUENIA NARA FERREIRA		
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
		Profissional →:	WENYA MARTINS OLIVEIRA		
2140	15/11/2018	17:30:58	SUS	AMBULATORIAL - RAFAEL	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	JOSE MARIA DE MATOS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	JOSE MARIA DE MATOS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	JOSE MARIA DE MATOS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA		
2340	17/11/2018	17:20:58	SUS	AMBULATORIAL - ANTONIO	
	Código	Descrição do procedimento			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
		Profissional →:	GLEDSTONE DE ARAUJO OLIVEIRA		
2651	19/11/2018	21:12:39	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	BRUNO VIDAL DOS SANTOS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA		
3121	22/11/2018	15:42:53	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
Código Descrição do procedimento 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA ELIANE NERY SILVA 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: LUENIA NARA FERREIRA					
3415	24/11/2018	19:08:09	SUS	AMBULATORIAL - CLAUDIA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA					
782	06/12/2018	17:01:02	SUS	AMBULATORIAL - CLAUDIA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA					
1785	13/12/2018	09:55:28	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA					
2795	20/12/2018	14:50:38	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA					

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERE
HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE**

Nome do Paciente: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Data de Nasc.: 04/08/1983

Endereço: TOME

Nº S/N

Bairro: ZONA RURAL

Área de PSF:

Município: LIMOEIRO DO NORTE

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador								
3596	27/02/2018	23:02:23	SUS	AMBULATORIAL -	CILIANE								
<table><tr><th>Código</th><th>Descrição do procedimento</th></tr><tr><td>0301010072</td><td>CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: FRANCISCO AQUINO NASCIMENTO</td></tr><tr><td>0301100012</td><td>ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: WENYA MARTINS OLIVEIRA</td></tr><tr><td>0301100012</td><td>ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: WENYA MARTINS OLIVEIRA</td></tr></table>						Código	Descrição do procedimento	0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: FRANCISCO AQUINO NASCIMENTO	0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: WENYA MARTINS OLIVEIRA	0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: WENYA MARTINS OLIVEIRA
Código	Descrição do procedimento												
0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: FRANCISCO AQUINO NASCIMENTO												
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: WENYA MARTINS OLIVEIRA												
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: WENYA MARTINS OLIVEIRA												
1997	14/03/2018	15:58:24	SUS	AMBULATORIAL -	CLEIDE								
<table><tr><th>Código</th><th>Descrição do procedimento</th></tr><tr><td>0401010023</td><td>CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO Profissional →: BRUNO VIDAL DOS SANTOS</td></tr><tr><td>0401010066</td><td>EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS Profissional →: BRUNO VIDAL DOS SANTOS</td></tr></table>						Código	Descrição do procedimento	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO Profissional →: BRUNO VIDAL DOS SANTOS	0401010066	EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS Profissional →: BRUNO VIDAL DOS SANTOS		
Código	Descrição do procedimento												
0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO Profissional →: BRUNO VIDAL DOS SANTOS												
0401010066	EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS Profissional →: BRUNO VIDAL DOS SANTOS												
274	02/08/2018	16:03:08	SUS	AMBULATORIAL -	JOHNATA								
<table><tr><th>Código</th><th>Descrição do procedimento</th></tr><tr><td>0301010072</td><td>CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA</td></tr><tr><td>0301100039</td><td>AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL Profissional →: LUENIA NARA FERREIRA</td></tr></table>						Código	Descrição do procedimento	0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL Profissional →: LUENIA NARA FERREIRA		
Código	Descrição do procedimento												
0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA												
0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL Profissional →: LUENIA NARA FERREIRA												
1265	09/08/2018	16:17:40	SUS	AMBULATORIAL -	JOHNATA								
<table><tr><th>Código</th><th>Descrição do procedimento</th></tr><tr><td>0301010072</td><td>CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA</td></tr><tr><td>0301100012</td><td>ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARGARIDA DE FATIMA E SILVA</td></tr><tr><td>0301100039</td><td>AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL Profissional →: JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA</td></tr></table>						Código	Descrição do procedimento	0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA	0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARGARIDA DE FATIMA E SILVA	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL Profissional →: JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA
Código	Descrição do procedimento												
0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA												
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARGARIDA DE FATIMA E SILVA												
0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL Profissional →: JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA												
2247	16/08/2018	09:51:31	SUS	AMBULATORIAL -	JOHNATA								
<table><tr><th>Código</th><th>Descrição do procedimento</th></tr><tr><td>0301010072</td><td>CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA</td></tr><tr><td>0301100012</td><td>ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARIA EURIDECI BRITO ALVES</td></tr><tr><td>0301100012</td><td>ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARIA EURIDECI BRITO ALVES</td></tr></table>						Código	Descrição do procedimento	0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA	0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARIA EURIDECI BRITO ALVES	0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARIA EURIDECI BRITO ALVES
Código	Descrição do procedimento												
0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA												
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARIA EURIDECI BRITO ALVES												
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARIA EURIDECI BRITO ALVES												

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
	Código	Descrição do procedimento			
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	CLAUCIANE MARIA DA CUNHA		
3680	25/10/2018	11:09:41	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
283	03/11/2018	16:08:00	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA		
1177	08/11/2018	19:32:14	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301060061	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		
1833	13/11/2018	16:31:34	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	CARLOS ALBERTO QUEIROZ		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA		
1953	14/11/2018	09:16:43	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)			
		Profissional →:	SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA		

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
Código Descrição do procedimento 0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA Profissional ->: SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA					
1954	14/11/2018	09:25:16	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: BRUNO VIDAL DOS SANTOS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: LUENIA NARA FERREIRA 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO Profissional ->: WENYA MARTINS OLIVEIRA					
2140	15/11/2018	17:30:58	SUS	AMBULATORIAL - RAFAEL	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA					
2340	17/11/2018	17:20:58	SUS	AMBULATORIAL - ANTONIO	
Código Descrição do procedimento 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO Profissional ->: GLEDSTONE DE ARAUJO OLIVEIRA					
2651	19/11/2018	21:12:39	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: BRUNO VIDAL DOS SANTOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA					
3121	22/11/2018	15:42:53	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA ELIANE NERY SILVA					

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
Código Descrição do procedimento 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: FRANCISCA ELIANE NERY SILVA 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: LUENIA NARA FERREIRA					
3415	24/11/2018	19:08:09	SUS	AMBULATORIAL - CLAUDIA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA					
782	06/12/2018	17:01:02	SUS	AMBULATORIAL - CLAUDIA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA					
1785	13/12/2018	09:55:28	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA					
2795	20/12/2018	14:50:38	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA					

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERE
HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE

Nome do Paciente: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Data de Nasc.: 04/08/1983

Endereço: TOME

Nº S/N

Bairro: ZONA RURAL

Área de PSF:

Município: LIMOEIRO DO NORTE

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
1748	14/01/2019	09:13:53	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
Código Descrição do procedimento 0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA Profissional -> SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA					
4360	25/04/2019	17:22:19	SUS	AMBULATORIAL - CLAUDIA	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional -> ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS					
1762	11/07/2019	10:10:37	SUS	AMBULATORIAL - JOSE RIBEIRO	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional -> JONAS HOLANDA GADELHA					
1770	11/07/2019	10:49:25	SUS	AMBULATORIAL - JOSE RIBEIRO	
Código Descrição do procedimento 0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA Profissional -> JONAS HOLANDA GADELHA					

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERE
HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Func.: Ana Claudia
Jose Ribeiro
Data: 23/09/19
0601896
Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015038410840
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD. RENAVAM RJN. JRG. EXERCÍCIO
DIG 1 1058159361 0000000800 2019

NOME
THIAGO DEFEERSON SILVA CHAVES

LIMOEIRO DO NORTE - CE

CPF / CNPJ PLACA
03336884306 PN15266/CE

PLACA ANT. / UF CLASS
*****/CE 322K00550CP573956

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NOB AFILIC GASOL/ALCO

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES 2012 2012

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º *****

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
2º *****

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 80.43 13/06/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
LIMOEIRO DO NORTE 10/07/2019

Assinatura do Detran-CE

DETRAN

CONTRAR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS E ROLOS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 015038410840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03336884306 PN15266 /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

15038410840 21560183006

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 10/07/2019

VIA CDD. RENAVAM RJN. JRG. EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
1 03336884306 PN15266

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. CAT. USF. Nº CHASSI
2012 09 9C2K00550CP573956

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO DATA DE OUTRAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 13/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

VEICULO Nº 035E5C573956

015038410840
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE



PN15266
COD. RENAVAM
1058159361

235108/36

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o
original existente nestas notas Dou fe
Limoeiro do Norte - CE 05 DEZ 2019

Avani Fernandes Maia - Tabelião
Bel. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
Bel. Cláudio Maria Fernandes Maia - Substituto
Ellyberlândia Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
Rosilene Roberto Lima Alves - Esc. Compromissada
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO
N.º 049416

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719541 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCILEIDE XAVIER **Data do acidente:** 01/11/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
(P6,8,12,22)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DO OMBRO DIREITO.

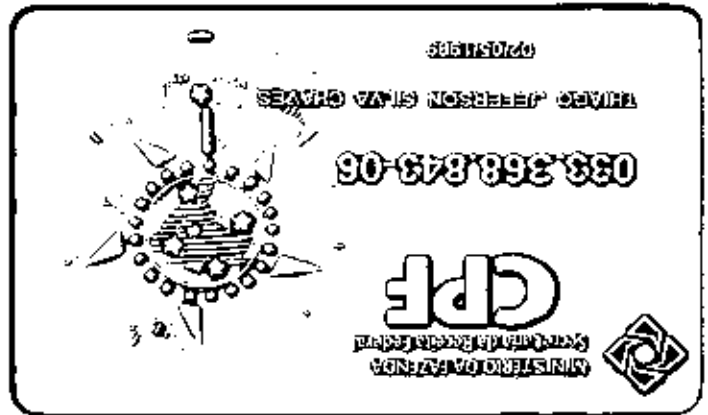
**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROIBIDO PLASTIFICAR

1403744174

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1403744174

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL Ministério da Justiça Departamento de Identificação	
THIAGO JEFERSON SILVA CHAVES	
Data de Nascimento: 02/05/1989 CPF: 033.368.843-06	Data de Emissão: 09/06/2020 Data de Validade: 05/10/2025
Nome Completo: THIAGO JEFERSON SILVA CHAVES Nome de Solteiro: THIAGO JEFERSON SILVA CHAVES Nome de Casado: ANA MARIA VIANA SILVA CHAVES	
Sexo: M Estado Civil: C Profissão:	
Observações:	
Assinatura: <i>Thiago Jefferson Silva Chaves</i> Assinatura do Emissor: <i>[Assinatura]</i> Local: LIMOEIRO DO NORTE, CE Data: 14/10/2016 Nº de Registro: 50122819102 Nº de Controle: 02155775460	



03/10/2015



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 2007030030429	DATA DE EMISSÃO 5/6/2007
NOME THIAGO JEFERSON SILVA CHAVES	
FILIAÇÃO FRANCISCO BATISTA CHAVES E ANA MARIA VIANA SILVA CHAVES	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
LIMOEIRO DO NORTE-CE	2/5/1989
DOC ORIGINÁRIO CERT.NASC. 16.701 L A-15 F	
230 LIM. DO NORTE/CE.	
CPF 03336884306	
ASSINATURA DO EMISSOR <i>[Assinatura]</i>	
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA	
Nome Completo: <i>Thiago Jefferson Silva Chaves</i> Assinatura: <i>[Assinatura]</i>	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

811249

A Tivim Saneamento de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CompANHIA Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.042.251/0001-70 | CDF 05.10E.848.3

Para adquirir em atendimento, utilize o e-mail: energia@enece.com.br ou o telefone 0800 000 000.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 021929884

Rota LHO03U01 - 219000 Referência 10/2019
Nome ANA MARIA VIANA SILVA
Endereço RUA JOAO MARIA, 01239, SÍTIO TABULEIRO ALTO, 62930-000, LIM. DO NORTE
Classificação Resid. Baixa Renda
Modelidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Uso Monofásico
Emissão 05/10/2019
Medidor 2035251-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

DATAS DE LEITURA F.F. 30 dias
Anterior 05/05/2019 Atual 05/10/2019 Próxima prevista 07/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo (Mês (KWh))	Consumo (Incl. (KWh))	Consumo (Excl. (KWh))	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FF	25.016	25.372	1.05	130	00	130	0,31732	43,79

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	14,29
PIS COMPL BX RENDA	0,02
COFINS COMPL BX RENDA	0,04
DESCONTO BAIXA RENDA	-27,83
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	27,83
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	5,29
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	21,21
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	17,20
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,20
ADICIONAL BAND. VERMELHA	2,88

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	74,71	0,03	0,02
COFINS	74,71	0,14	0,10

11/10/2019 61,23

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONS DE CO₂ (kg/kWh) Compensação das emissões
pel consumo de energia elétrica.
Em tCO₂ eq (CO₂) Compensado kg (CO₂) Compensação Ecológica (tCO₂) 100

53,87 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 06/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 05/10

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOEIRO DO NORTE
 Av. DOM ADELINO MANTOVANI, 1400 - CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE-CE
 CEP: 62930-000 - CNPJ: 07.625.822/0001-70
 Fone: (88) 3423.4288 - Site: www.saae-limoeiro.com.br

LIMOEIRO DO NORTE

INSCRIÇÃO: 0013672.0 CLASSE: PAR TARIFA: R-1 ECONOMIA: RESERVA: 11/2018

INSCRIÇÃO: 377329 INSCRIÇÃO: 01708701 LOCALIZAÇÃO: 00.00.21.0000000680 TABELA: 180208297

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
 MARIA DE FATIMA XAVIER
 VILA DE FATIMA 309, SÍTIO TOME
 CEP: 62.930-000 LIMOEIRO DO NORTE-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		30,00

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR: 1726	15/10/19
ATUAL: 1726	14/11/19
CONSUMO: 04	DIAS: 29
LEITURISTA: 62	OCO: 06

MÉDIA: 4 m³

ÚLTIMOS CONSUMOS

MES	CONSUMO
MAI	3
JUN	3
JUL	3
AGO	10
SET	4
OUT	6
NOV	4

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVAÇÃO	PERÍODO	VALOR MÉDIO
21-TOME	01/11/19 A 11/11/19	
PARÂMETRO	PADRÃO	
ODP	ATÉ 15U/L	2,20
PH	6,0 A 9,0	7,40
CLORO	ATÉ 5,0	1,35

PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO: 11/12/2019 VALOR R\$: 30,00

LEITURA NÃO REALIZADA (HID. NÃO LOCALIZADO)

CONTA EM QUE A COMPASSA NA MÊDIA DE CONSUMO

Comprovante de residência - genitora da vítima

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468277/19

Vítima: MARIA LUCILEIDE XAVIER

CPF: 013.854.873-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2018

Titular do CPF: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Seguradora: Investprev Seguradora 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
DUT
Outros

MARIA LUCILEIDE XAVIER : 013.854.873-05

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: 26/12/2019
Nome: MARIA LUCILEIDE XAVIER
CPF: 013.854.873-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora.

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

MARIA LUCILEIDE XAVIER

Paulo Victor Soares Sant'Ana