



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 **WEB1.20.01556829-6** em **13/11/2020 11:12:36**.
- 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 : 0260252-42.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01556829-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 13/11/2020 11:12:36

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* : 2764909_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2764909_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-31.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109969

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALEX DE SOUSA LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109969

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEX DE SOUSA LIMA

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, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109969

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEX DE SOUSA LIMA

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\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **ALEX DE SOUSA LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003418**

Conta: **0000011483-1**

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



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109969

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEX DE SOUSA LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109969

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEX DE SOUSA LIMA

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 joelho 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: **ALEX DE SOUSA LIMA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003418**

Conta: **0000011483-1**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109969 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4)
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109969

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

Data do acidente: 27/11/2019

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do fêmur distal esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 60°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura exposta do fêmur distal esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento de 27/11/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no joelho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em joelho esquerdo, em grau intenso, com redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/07/2020

Conduta mantida: Não

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200109969

Nome do(a) Examinado(a): ALEX DE SOUSA LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Amador Bueno, 1120, , 60.821-040, Jardim das Oliveiras, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 97027009524

Data e local do acidente: 27/11/2019 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 21/07/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta do fêmur distal esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação da fratura, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no joelho esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 60°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta em joelho esquerdo, com redução da mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 009.275.423-66 4 - Nome completo da vítima: Alex de Sousa Lima

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

5 - Nome completo: Alex de Sousa Lima 6 - CPF: 009.275.423-66
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: rua: amador Bueno 9 - Número: 1120 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Jardim das Oliveiras 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.821-090
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 85.98617-9213

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: 3418 CONTA: 11483
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 (assinatar 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 assinado, 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 Lider 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 (vivo 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(s) (nascido(s))? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprescindível a presença do beneficiário no ato da assinatura
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: Fortaleza - CE 07/08/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Alex de Sousa Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 009.275.423-66 4 - Nome completo da vítima: Alex de Sousa Lima

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

5 - Nome completo: Alex de Sousa Lima 6 - CPF: 009.275.423-66
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: rua: amador Bueno 9 - Número: 1120 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Jardim das Oliveiras 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.821-090
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 85.98617-9213

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: 3418 CONTA: 11483
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 (assinatar 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 assinado, 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 Lider 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 (vivo 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(s) (nascido(s))? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprescindível a presença do beneficiário no ato da assinatura.
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: Fortaleza - CE 07/08/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Alex de Sousa Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202099986



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 317 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/02/2020 14:34:50**
Data / Hora da Ocorrência: **27/11/2019 19:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKE,**
PASSARE - FORTALEZA/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEX DE SOUSA LIMA**
Nascimento: **12/03/1983** CPF: **009.275.423-66**
CNH: **06236572120** Orgão Emissor: **DETRAN** UF:
Filiação: **GERALDA DE SOUSA LIMA**
EDIMAR CARVALHO DE LIMA
Endereço: **RUA AMADOR BUENO , 1120**
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **98904-6722**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNW8927** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6DG2520H0013002 Renavam: **1134646760** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/XIZ150 CROSSER E** Ano
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **CINZA** Proprietário: **ALEX DE SOUSA LIMA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 27 DE NOVEMBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 19:40, TRAFEGAVA PELA AVENIDA PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKE, NA MOTOCICLETA YAMAHA/ XIZ150 CROSSER E, PLACA PNW8927. QUANDO, UM VEICULO, CUJA PLACA NÃO SABE INFORMAR NO MOMENTO, AO FAZER UM RETORNO, AVANÇOU A PREFERENCIAL, COLIDINDO COM O DEPOENTE, QUE VEIO A SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, OS QUAIS ACIONARAM O SAMU, ATRAVÉS DO CELULAR DO DECLARANTE; QUE A AMBULÂNCIA DO SAMU CONDUZIU-LHE ATÉ O HOSPITAL INSTITUTO JOSÉ FROTA; QUE SOFREU FRATURA EXPOSTA DO JOELHO E FÊMUR ESQUERDOS. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **ALEX de SOUSA Lima**

VISTO DO DELEGADO(A) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 202099986



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 317 / 2020

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 009.275.423-66 4 - Nome completo da vítima: Alex de Sousa Lima

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

5 - Nome completo: Alex de Sousa Lima 6 - CPF: 009.275.423-66
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: rua: amador Bueno 9 - Número: 1120 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Jardim das Oliveiras 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.821-090
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 85.98617-9213

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: 3418 CONTA: 11483
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 (assinatar 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 assinado, 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 Lider 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 (vivo 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(s) (nascido(s)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprescindível a presença do beneficiário no ato da assinatura.
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: Fortaleza - CE 07/08/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Alex de Sousa Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Alex de Sousa Lima** - C.P.F. - **009.275.423-66**, no dia **27/11/2019**, às **20h06min**, na **Avenida Presidente Juscelino Kubitschek**, no **Bairro Passaré**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pela Sra. **Maria Francisca Albano Lima** por meio do Processo nº **P989822/2019**.

Fortaleza, 17 de Dezembro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45651-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat - 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB M-02 PONTO DE APOIO: casa 261445 Nº DA OCORRÊNCIA: 0945
 DATA: 27/11/2019 TURNO: B IN EQUIPE: Edigley e Dirlan
 NOME: Alex Sousa Lima IDADE: 31 anos SEXO: Masculino
 ENDEREÇO: Av. Juscelino Kubitschek 3300
 REFERÊNCIA: Imob da Paulo Rocha BAIRRO: Passaré
 QTY: 20:01 QUS: 20:06 - 20:28 QUY: 20:43 QUU: 21:25
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro x moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA		PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)	
☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	
☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS		POR: _____			

A Vital Signs	PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO		PALPAÇÃO / PERCUSSÃO		AUSCULTA	
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____				

C Circulação	PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO	☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA	☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☒ SIM ☐ NÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

D Neurológico	ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1			
	TOTAL: 15					
	PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS					

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Dr. Otavio Luis Gamble Fratura exposta de patela esquerda com estilhaço osso	

SAMPLA

FC: 70	PA: 140/90	FR: 18	GLIC.: —	OXIM.: —	TEMP.: —
--------	------------	--------	----------	----------	----------

Atendido presente ao solo em via pública. Este paciente com lesão exposta de patela esquerda com estilhaço osso e sangramento. O mesmo foi encaminhado para o hospital. O mesmo relata que portava cinto de segurança e que não usava capacete. O mesmo relata que não usava cinto de segurança e que não usava capacete. O mesmo relata que não usava cinto de segurança e que não usava capacete.

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: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX DE SOUSA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03418

CONTA: 000000011483-1

Nr. da Autenticação 3B20EF2664DC18CD

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: 28/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX DE SOUSA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03418

CONTA: 000000011483-1

Nr. da Autenticação 615C4A8CC22BB806



Nº de Inscrição:

005491177

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEX DE SOUSA LINA

End. Leitura: RUA AMADOR BUENO, 1120, JARDIM DAS OLIVEIRAS

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60821-040

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Setor: 046

Quadra: 0211

Lote: 0552

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral ^{m³}
AGUA	A09F188337	898	904	6	7

DATAS

Leitura Atual: 07/12/2019

Emissão: 07/12/2019

Lacre Água: 4105053

Leitura Anterior: 08/11/2019

Próxima Leitura: 08/01/2020

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	528	527	528	528	528
Em conformidade	527	526	518	516	528

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 6 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

Evite incêndios. Regularize-se junto ao Corpo de Bombeiros.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	28,30	Mês/Ano
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,09	dez/18
MULTA DE 2%	0,57	jan/19
		fev/19
		mar/19
		abr/19
		mai/19
		jun/19
		jul/19
		ago/19
		set/19
		out/19
		nov/19

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,27	Descrição	41,76
COFINS	1,38	VALOR DO SERVIÇO	12,80
		VALOR DO SUBSIDIO	28,96
		VALOR TOTAL A PAGAR	

MÊS/ANO
12/2019VENCIMENTO
23/12/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
28,96

I: 356615075639026 L: 5725 H: 12:04:31 R: 024 P: 001

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros Pagafac.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
MOBIL

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 9836. Ouvidoria estadual: 158. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento da Cagece: 0800 275 0195, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 005491177

Código de Responsável:

Mês/Ano: 12/2019

Local: 001

Setor: 046

Quadra: 0211

Lote: 0552

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 23/12/2019

Total (R\$): 28,96

82630000000 5 28960009800 7 00549117701 9 01006222015 6



FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702807185496261 **Admissão:** 27/11/2019 20:45
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA
Pront.: 5456133 **Data Nasc.:** 12/03/1983 **Idade:** 36 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) **Tel.:** 85 98739-7307
Mãe: GERALDA DE SOUSA LIMA
Sexo: Masculino **RG:** 00927542366 **Município:** FORTALEZA
CEP 60520790 **Bairro:** JARDIM DAS OLIVEIRAS
Endereço: AMADOR BUENO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA **Classificador** MARIA DE NAZARE P UCHOA **COREN:**43995 **Horário** 27/11/2019 20:47
Queixa: LESAO SANGRANTE MIE ,ECG15

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA**Discriminador:** ESCORE6**Autoagressão:** Não

Sato02: **Glasgow:** **Temp.:** **Glicemia:** **Régua dor:** **Pulso/FC:** **PA:** **FR:**

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: AMANDA PROGENIO DOS SANTOS **CRM:** 43995 **Nº:** 578825 **Horário** 27/11/2019 21:34

Acidente: Não **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**

Eixo: PROCEDIMENTO**Hipótese Diagnóstico:** FRATURA DO FEMUR**Comorbidade:****HDA/Exame Físico:**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, RELATA TRAUMA HOJE

QUEIXA DE DOR EM COXA E JOELHO ESQ;

NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MIE

APRESENTA SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE EM FACE LATERAL DA COXA ESQ (APROX. 5 CM)

SOLICITO RX PARA REAVALIAÇÃO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 10
 RECEBIDA
 PELA SECRETARIA DE SAÚDE
 DATA 21 01 2020
 HATNICE
 51022
Francisco de Assis

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**Data:** 27/11/2019 23:37**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Data		Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
27/11/201	20:47	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ESCORE6	LARANJA	MARIA DE NAZARE P UCHOA

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702807185496261

Admissão: 27/11/2019 20:45

Nome: ALEX DE SOUSA LIMA

Pront.: 5456133 Data Nasc.: 12/03/1983 Idade: 36 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) Tel.: 85 98739-7307

Mãe: GERALDA DE SOUSA LIMA

Sexo: Masculino

RG: 00927542366

Município: FORTALEZA

CEP 60520790

Bairro: JARDIM DAS OLIVEIRAS

Endereço: AMADOR BUENO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

PRESCRIÇÃO

Médico: AMANDA PROGENIO DOS SANTOS

CRM

20203

27/11/19 22:29

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 20ML/3MIN SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
CLINDAMICINA 150MG/ML (600MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 100ML/H	
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - OUTRO	

SERVIÇO DE PROTOCOLO
 DATA 21 01 2020
 MATRÍCULA 51022
 [Assinatura]
 2

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702807185496261 Admissão: 27/11/2019 20:45
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA
Pront.: 5456133 Data Nasc.: 12/03/1983 Idade: 36 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) Tel.: 85 98739-7307
Mãe: GERALDA DE SOUSA LIMA
Sexo: Masculino RG: 00927542366 Município: FORTALEZA
CEP 60520790 Bairro: JARDIM DAS OLIVEIRAS
Endereço: AMADOR BUENO

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

AVISO DE PRODUÇÃO
PELO SISTEMA SUS
DATA 21 01 / 2020
MATRICULA 51022
Paulo Frota

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** ALEX DE SOUSA LIMA**Idade:** 36 ano(s) 10 mes(es) e 1 dia(s)**Sexo:** Masculino**Pront.:** 5456133**Endereço:** AMADOR BUENO**Bairro:** JARDIM DAS OLIVEIRAS**Num:** 1120**CEP:** 60520790**UF:** CEARÁ**Cidade:** FORTALEZA**Localização****Clinica:** UNIDADE 12**Enfermaria:** 121**Leito:** 1212**Internação:** 27/11/2019

17:52

Alta: * Não Informado *

* Não Informado

Relatório**Tipo de Saída:** Alta**Cancelada**

Não

Resumo Clínico

PACIENTE, 36 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 27/11/19 (SIC), SENDO ADMITIDO NESTE SERVIÇO, VIA SAMU, COM FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO. NEUROVASCULAR PRESERVADO DO MEMBRO ACOMETIDO. SUBMETIDO A CIRURGIA DE URGÊNCIA COM APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR E PARAFUSOS NO FÊMUR DISTAL ESQUERDO PARA FECHAMENTO DA ARTICULAÇÃO.

Exames Realizados

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO COM DR. JONATAS BRITO, SEM

Sequelas Apresentadas

DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO, COM NECESSIDADE DE FISIOTERAPIA PRECOCE PARA MOBILIZAÇÃO DA ADM DO JOELHO

Diagnóstico

S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S724	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR
Não	S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Não	S72	FRATURA DO FEMUR

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 13/01/2020

Observações Complementares

ORIENTO NECESSIDADE DE FISIOTERAPIA PRECOCE DO JOELHO ESQUERDO COM MOBILIDADE ATIVA E PASSIVA. RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS P/ DR. JONATAS BRITO

Responsável

Médico: CAIO DA SILVEIRA JALES

Data: 13/01/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050519	Urgência	28/11/2019 02:15	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	JONATAS BRITO DE ALENCAR NETO
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050624	Procedimento Eletivo	09/01/2020 13:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILIANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL)	JONATAS BRITO DE ALENCAR NETO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que ALEX DE SOUSA LIMA foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 60 (sessenta) dia(s) das suas atividades profissionais.

Fortaleza, 13 de Janeiro de 2020

CID: _____

CAIO DA SILVEIRA JALES
19325CRM

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: CAIO DA SILVEIRA JALES

Conselho: 19325CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: ALEX DE SOUSA LIMA

ENDEREÇO: AMADOR BUENO, 1120, JARDIM DAS OLIVEIRAS, FORTALEZA

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1) CIPROFLOXACINA 500MG ----- 30 CP

TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 15 DIAS

DATA: 13/01/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota



P/ ALEX DE SOUSA LIMA

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA _____ 30 SESSÕES

- OBJETIVO:
- GANHO DE ADM DO JOELHO ESQUERDO ATIVO/ PASSIVAMENTE
- FORTALECIMENTO MUSCULAR
- ANALGESIA
- JUSTIFICATIVA: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO
- OBS: NÃO PISAR.


FORTALEZA, 13/01/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA VIAÇÃO E ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

1844877697

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1844877697

PROIBIDO PLASTIFICAR

1844877697

CEARA

CE

06808111857
CE173411371

05/12/2019

PORTALEZA, CE

ASSINATURA DO EMISSOR

ASSINATURA DO PORTADOR

ALEX DA SOUSA LIMA

SEM OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÕES

06236572120

07/11/2024

20/11/2014

12/03/1983

009.275.423-66

EDIMAR CARVALHO DE LIMA
GERALDA DE SOUSA LIMA

ACC

CAEWS

A

97027009524

SSP

CE

DOC. EXIBIDAÇÃO / OUT. EMISSOR

CPF

DATA NASCIMENTO

RENÇÃO

PERMISSÃO

VALIDADE

1ª EMISSÃO

NOME

ALEX DE SOUSA LIMA

1844877697

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055043/20

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

CPF: 009.275.423-66

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 27/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DE SOUSA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEX DE SOUSA LIMA : 009.275.423-66

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: 10/02/2020
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA
CPF: 009.275.423-66

ALEX DE SOUSA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087168/20

Número do Sinistro: 3200109969

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

CPF: 009.275.423-66

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 27/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DE SOUSA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 07/07/2020
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA
CPF: 009.275.423-66

ALEX DE SOUSA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087168/20

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

CPF: 009.275.423-66

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 27/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DE SOUSA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEX DE SOUSA LIMA : 009.275.423-66

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: 10/03/2020
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA
CPF: 009.275.423-66

ALEX DE SOUSA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055043/20

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

CPF: 009.275.423-66

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 27/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DE SOUSA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEX DE SOUSA LIMA : 009.275.423-66

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: 10/02/2020
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA
CPF: 009.275.423-66

ALEX DE SOUSA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA