



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01621002-6** em **17/12/2020 09:35:00**.
- 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 : 0264597-51.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01621002-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 17/12/2020 09:35:00

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* : 2775039_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2775039_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-22.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641620

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641620

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641620

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

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 dos ombros

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: **JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003604**

Conta: **0000022523-5**

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



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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se/nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019807892



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 452 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/11/2019 10:00:57**
Data / Hora da Ocorrência: **01/05/2019 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PARQUE CENRAL, TIMBÓ - MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**
Nascimento: **05/07/1978** CPF: **811.753.613-72**
RG: **96018021527** Orgão Emissor: **SSP CE** UF: _____
Filiação: **MARIA APARECIDA NOBERTO JACAUNA**
NÃO TEM
Endereço: **RUA RUA 03, 70 CONJ. HABITACIONAL**
Bairro: **PAJUÇARA**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP: **61.933-350**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98551-1569**

Histórico

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 FAN, ANO 2007/2008, COR PRETA, PLACA HYQ4862, que está em nome de JOSÉ ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA, pela avenida parque central quando a corrente de sua moto quebrou e travou a roda traseira, vindo a cair ao chão; Que na queda, quebrou a clavícula e populares o levou para o Hospital ABEMP, em Maracanaú; Que esta registrando este b.o para dar entrada no seguro DPVAT. e nada mais disse/////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PAULO CÉSAR CAMPOS SA - MAT.: 30122755

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

José Artemizio Noberto Jacauna

VISTO DO DELEGADO(A) :

Jaelan Alves da Silva - MAT.: 82769

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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se/nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03604

CONTA: 000000022523-5

Nr. da Autenticação 4B750E49C9A0D742

2010237

Ata Social de Energia Branca
44 mda sala Cel nº 10-408
de 25 de set de 2002

enel

Companhia Energética da Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60130-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.281/0001-70 | CDP 06.108.048-0

Para solicitar um atendimento, utilize o número
sempre que estiver em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 020980343

Rota MA1010/13 - 169800 Referência 10/2019
Nome MARIA EVIRLADIA SANTOS SOUZA
Endereço RU 00003 CONJ HAB PAJUMARA, 00070, SEN BAIRRO
2600-100, 61910-000, MARACANAU

Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 03/10/2019
Medidor 2107840-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

84F95B003415ANEDF014045050F1E

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA 2.F. 30 dias

Anterior 03/09/2019 Atual 03/10/2019 Próxima prevista 05/11/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	19.270	10.236	1.00	142	00	142	0,72648	103,16

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
JUROS MORATORIOS
ADICIONAL BAND. AMARELA
ADICIONAL BAND. VERMELHA
CONSUMO

TARIFA	VALOR (R\$)
-	13,41
-	0,72
0,00197	0,28
0,04930	7,00
0,72648	103,16

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	110,44	27,00	29,81
PIS	110,44	0,03	0,02
COFINS	110,44	0,14	0,13

10/10/2019

129,57

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ kg/kWh: Condições atuais emitidas
para consumo de energia elétrica.

Emitido kg CO₂ Compensado kg CO₂ | Condição Ecológica (kg CO₂)

55,43 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui cartão (Ref: 2019/09 valor R\$129,57). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art. 173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000002010237.

Períodos: Brnd Tarif.: Versalho: 04/05 - 30/09 Amarelo: 01/10 - 03/10

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro 28591
Nome: JOSE ARTEMIZIO NORBERTO JACAUNA		CNS: 700.108.906.951.43	
Idade: 40 anos 9 meses 27 dias		Data Nasc: 05/07/78	
Nome da mãe: MARIA APARECIDA NORBERTO JACAUNA		Nome do pai:	
Endereço: 03		Nº: 70	
Bairro: PAJUCARA		Município: MARACANAÚ	
RG: 96018021527	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
96018021527			
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
	8585933134		
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 01/05/19		Hora: 16:02:15	
Médico: PAULO ELYEL FROTA PONTE		CRM: 9314	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 70		Situação:	
Atendente: NATANAEL DA SILVA CARNEIRO			

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Doença referida: "perda de movimento" no pé

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

perda de movimento no pé

EXAMES SOLICITADOS

RA e clavícula do pé e clavícula do pé

DIAGNOSTICO

CID: 0903090120

PROCEDIMENTO

RA e clavícula do pé - 162

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VEZES ()

MARACANAÚ

Paulo Elyel Frota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 9314 9807: 11263

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PAGENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRESTADOR
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÓDICA DE PAJUCARA
CNPJ: 06.587.811/0001-06
MARACANAÚ - CE 02/11/2019



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante
Associação Beneficente Médica Pajuçara
CNEC 2372150

Nome do Estabelecimento Executante
Associação Beneficente Médica Pajuçara
CNEC 2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente
JOSE ARTEMIZIO NORBERTO JACAUNA
Cartão Gestante
Nome Social
Nº Prontuário
28599

Cartão Nacional de Saúde (CNS)
700108906951713
Data de Nascimento
05/07/1978
Sexo
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2
Raca / Cor
PARDA
Etnia

Nome da Mãe
MARIA APARECIDA NORBERTO JACAUNA
DDD 85 Telefone de Contato 85933134

Nome do Responsável
DDD Telefone de Contato

Município de Nascimento
FORTALEZA
UF
CE
Nacionalidade
BRASILEIRA
Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)
03

Nº 70 Bairro PAJUCARA
Município de Residência MARACANAU
Código IBGE do Município 2307650
UF
CE
CEP 61910000

Ponto de Referência
Documento RG 96018021527
CPF ☐ RG ☒ R.Civil ☐ PIS/PASEP ☐ Ignorado

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante
Nº Cons. Classe
CPF
Ass. e Carimbo do Diretor Clínico

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
[Handwritten signature]

Condições que Justificam a Internação
[Handwritten signature]
[Stamp: COMISSÃO DE ÉTICA E DEBATE - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUCARA - CNPJ 06.557.817/0001-06 - MARACANAU - CE - 05/06/19]

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico Inicial
CID 10 Principal *57.20* CID 10 Secundário CID 10 Causas Associadas Nº Notificação Compulsória

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado
[Handwritten signature]
Código do Procedimento Solicitado

Código do Caráter de Internação
☒ Urgente ☐ Eletivo
Clínica TRAUMATOLOGIA
Leito Complementar ENFER/GERAL/TRA1 1.0

Equipamentos Requeridos para Internação

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante
WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA
Documento ☒ CPF ☐ N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 27993485991 N° do Conselho de Classe 7841

Data da Solicitação 03/05/2019 Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/N° do Conselho de Classe Data Escrita para internação 03/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ AC DE TRÁNSITO
☐ ACID. TRABITÍPICO
☐ AC TRAB./TRAJETO

CNPJ da Seguradora
Número do Bônus
CNPJ da Empresa
CNAE da Empresa
CBOE

Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não se aplica

Nome do Profissional Autorizador

Documento ☐ CPF ☐ CNS N° do CNS/CPF Profis. Autorizador

Data da Autorização 11 Código do Órgão Emissor M230765001

N° Registro Cons. da Classe Ass. do Autorizador/Carimbo

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Walter Candido de Almeida
Walter Candido de Almeida
Walter Candido de Almeida
Walter Candido de Almeida
Walter Candido de Almeida

Walter Candido de Almeida
 Clínico Geral
 CRM - CE 7841

Walter Candido de Almeida
 Clínico Geral
 CRM - CE 7841

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 COM FOLHA COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS DE PAUÇARA
 CNPJ 08.591.611/0001-05
 MARACAN, CE 10/06/79

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

Cirurgião

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

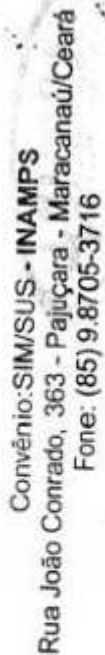
Assinatura e Carimbo

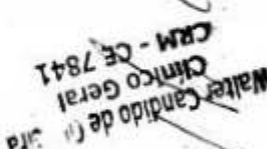
1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo



NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO				
03/11/14	 			
04/11/14	 			



D

6/15/19

E

Paciente: RODRIGO FREIRE NEVES
HOSPITAL ABEMP

CONV. SUS

28382

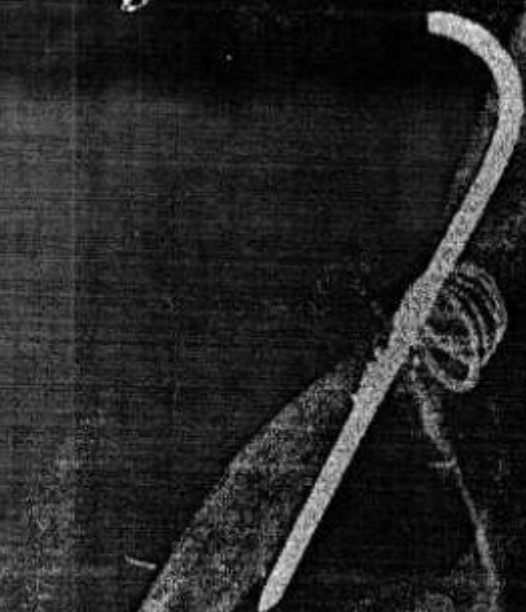
DATA: 30/04/2019

Técnico: TR JESILA

06.07.22

81.1%

D



Paciente: JOSE ARTEMIZIO NORBERTO JACAUNA
HOSPITAL ABEMP CONV. SUS

28591

DATA: 01/05/2019

Técnico: TR THAYNARA

11/23/11

Tam. real



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

NOME: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

SOLICITO:

1) FISIOTERAPIA ----- 40 SESSÕES

HD: FRATURA NO OMBRO DIREITO

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14605



NOME JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA		
DOC. IDENTIDADE / OUT. IMSSOR UF 3712801 CTPS CE		
CNPJ 811.759.613-72	DATA NASCIMENTO 05/07/1978	
FILIAÇÃO MARIA APARECIDA NOBERTO JACAUNA		
PERFILAC 04239246860	ACC 02/06/2020	CAT. DIR. A
1ª HABILITAÇÃO 27/11/2007		

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Jose Artemizio Noberto Jacauna
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 01/08/2019
<i>For. V. J. J.</i> ASSINATURA DO EMISOR	
63481362845 CE171839129	

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1780130909

PROIBIDO PLASTIFICAR
1780130909

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014329358014

VIA 01 951123700 0000000000 2019

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

MARACANAÚ/CE

81175361372

HYQ4862

PLACA ANT/UF
*****/CE

9C2UC30708R066121

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB 2007 ANO MOD 2008

CAP/POT/CL
2P/0CV/124CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA UNICA
***** **

VENC. COTA UNICA
//**

VENC/COTAS
1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS
***** **

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
80.11

IOF (R\$)
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
84.58

DATA DE PAGAMENTO
19/07/2019

OBSERVAÇÕES

MARACANAÚ

LOCAL

por Rante



DATA
08/08/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190641620 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA
JACAUNA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 3,4.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 MODERADA 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402686/19

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

CPF: 811.753.613-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: JOSE ARTEMIZIO
NOBERTO JACAUNA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA : 811.753.613-72

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019

Nome: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

CPF: 811.753.613-72

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019

Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402686/19

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

CPF: 811.753.613-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: JOSE ARTEMIZIO
NOBERTO JACAUNA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA : 811.753.613-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA
CPF: 811.753.613-72

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA