

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273187

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

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 punhos

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 MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 0000021026-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 320 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2020 16:03:56**
Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2020 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD ESTRADA DE ASSUNÇÃO NOVA CEP: 63.620-000, ZONA RURAL - ASSUNCAO SOLONOPOLE/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**
Nascimento: **21/02/1997** CPF: **063.696.543-02**
RG: **20079838353** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA JUCELITA PINHEIRO DE ARAUJO**
MARTINHO JOSE DE ARAUJO
Endereço: **RUA ASSUNÇÃO, 23**
Bairro: **DISTRITO DE ASSUNÇÃO** CEP: **63.620-000**
Município: **SOLONOPOLE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99729-6370**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORN5365** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi: **9C2JC4120ER000721** Renavam: **580547477** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A Pessoa acima qualificada compareceu em Cartório nesta Delegacia Municipal, onde após ser cientificado do teor dos Artigos 340 e 342 do CPB, comunicou QUE: na data, horário e local acima referidos, vinha pilotando a referida moto acima em uma estrada carroçal; QUE o declarante ao se aproximar para entrar no asfalto vinha um carros; QUE o declarante apertou o freio da frente e acabou caindo; QUE o declarante fraturou o punho esquerdo; QUE o declarante é habilitado na categoria AB; QUE veio registra a ocorrência para fins de DPVAT; E nada da mais disse dando-se por encerrada este BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

REGIS CARLOS VIEIRA DO NASCIMENTO - MAT.: 30118553

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Mikael Pinheiro de Araujo

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barreira Filho, 128
CEP: 63620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópole - CE

fls. 14

29

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

NºCAD/SUS	7085013 23288479	DATA:	04.08.2020	Leito de Observação:	
Médico Plantonista:	Dr. Edmir	Enfermeira Plantonista:	Douglas		
Pressão Arterial:	110x60	Temperatura:			
Hora:	18:10	Peso:			

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	João Mikael Pinheiro de Araújo				
Endereço:					
Sexo:	(X) MASC () FEM	Data Nascimento:	21/02/1997	Idade:	23
Estado Civil:	Solteiro				
Profissão:	Empresário	Naturalidade:	Solonópole		

AValiação Clínica

Queixa Principal:	Tiver mal no peito e no ar				
História da doença atual:	se muito				

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Esponaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico:

Orelhas 4

18:15

Coração 1 E

18:15

Rx do pulm - PA e Ref

Exame 18

Impressão Diagnóstica:

1 - Registro ANS 31.714-4		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN			
10 - Nome José Mikael Pinheiro de Araújo		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante José Queiroz Lima Neto		15 - Conselho Profissional CRM	
16 - Número no Conselho 11451		17 - UF	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento U		23 - Tipo de Internação H	
24 - Regime de Internação C		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente sofreu trauma em punho apresentando dor, edema e deformidade local associada a parestesia em dedos da mão. Ao exame radiográfico, apresenta fratura da região distal do rádio com desvio dorsal e cominuição dorsal associada a perda da altura e do desvio ulnar do rádio normal o que indica instabilidade ligamentar e necessidade de fixação cirúrgica da fratura com reparo ligamentar e descompressão do nervo mediano.			
29 - CID 10 Principal		30 - CID 10 (2)	
31 - CID 10 (3)		32 - CID 10 (4)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
Procedimentos Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
01	3072009-5	Fratura e/ou luxações do punho	
02	3073705-2	Reconstrução, retencionamento de cartilagem triangular	
03	3140336-0	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas	
04	3073202-6	Enxerto ósseo	
05			
06			
07		OPME:	
08		Placa volar bloqueada de rádio distal +10 parafusos corticais/bloqueados (Richards)	
09		Fio de K 1.5mm x2	
10			
11			
12			
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	
41 - Tipo da Acomodação Autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa Hospital São Carlos			
46 - Data da Solicitação			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante José Queiroz Lima Neto			
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Sanha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3 1 7 1 4		2 9 0 9 8 3 6 4		

Dados do Beneficiário																		
7 - Número da Carteira												8 - Nome						
0	6	1	3	0	0	2	0	1	5	7	6	2	7	1	0			JOSE MIKAEL P DE ARAUJO

Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do Profissional Solicitante HOSPITAL SAO CARLOS LTDA	10 - Telefone (18) 511 4019 333 11 - E-mail

Dados do Profissional Solicitante

12 - Justificativa Técnica

RECONST. RETENC DE LIGAM OU REPARO DE CARTILAGEM VIDEOARTR

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Conforma guia	26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---------------------------------	--	--

Para: José Mikael Pinheiro de Araújo

Radiografia do punho esquerdo AP/P

Fratura da região metafisária do punho esquerdo com angulação dorsal e diminuição da angulação ulnar da articulação radiocárpica

Desalinhamento dos ossos do carpo com desvio dorsal do semilunar



A assinatura manuscrita de José Queiroz Lima Neto, escrita em tinta preta.

06/07/2020

José Queiroz Lima Neto
CRM 11.451

[illegible]

Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 1114511					13 - Nome do Contratado JOSE QUEIROZ LIMA NETO					
14 - Nome do Profissional Solicitante JOSE QUEIROZ LIMA NETO					15 - Conselho Profissional 6		16 - Número do Conselho 1114511		17 - UF CE	18 - Código CBO 22527

Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Interação							
19 - Código na Operadora / CNPJ 111005042		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL SAO CARLOS LTDA				21 - Data Sugerida para Interação / / / /	
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Interação 2	24 - Regime de Interação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico S		

28 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

Paciente sofreu trauma em punho apresentando dor, edema e deformidade local.

29 - CID 10 Principal (Opcional)	30 - CID 10 (2) (Opcional)	31 - CID 10 (3) (Opcional)	32 - CID 10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
				9

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados										37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.		
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial										36 - Descrição		
01	[1][8]	[0][0][6][0][0][0][0][6][3][5]	DIARIA DE ENFERMARIA							[0][0][1]	[0][0][0]		
02	[2][2]	[0][0][3][0][7][2][0][0][9][5]	FRAT. E/OU LUX.(INCLUINDO DESC. EPIF. COTOV-PUNHO) -TRAT CIR							[0][0][1]	[0][0][0]		
03	[2][2]	[0][0][3][0][7][3][2][0][2][6]	ENXERTO OSSEO							[0][0][1]	[0][0][0]		
04	[2][2]	[0][0][3][0][7][3][7][0][5][2]	RECONST. RETENC DE LIGAM OU REPARO DE CARTILAGEM VIDEOARTR							[0][0][1]	[0][0][0]		
05	[2][2]	[0][0][3][1][4][0][3][3][6][0]	TRATAMENTO CIRURGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS							[0][0][1]	[0][0][0]		
06	[][]	[][][][][][][][][][]								[][][]	[][][]		
07	[][]	[][][][][][][][][][]								[][][]	[][][]		
08	[][]	[][][][][][][][][][]								[][][]	[][][]		
09	[][]	[][][][][][][][][][]								[][][]	[][][]		
10	[][]	[][][][][][][][][][]								[][][]	[][][]		
11	[][]	[][][][][][][][][][]								[][][]	[][][]		
12	[][]	[][][][][][][][][][]								[][][]	[][][]		

Dados da Autorização			
39 - Data Prevista da Admissão Hospitalar 10/7/2020	40 - Qtda. Diárias Autorizadas 11	41 - Tipo de Acomodação 1	44 - Código CNES 91430710
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 11005042	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL SAO CARLOS LTDA		
45 - Observação / Justificativa Autorizado 2 fios de Kirschner de 1,5mm.			
46 - Data da Solicitação 10/6/2020	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Para: José Mikael Pinheiro de Araújo

Ao auditor,

Com relação ao pedido da eletroneuromiografia para comprovação da compressão do nervo mediano:

O paciente sofreu o trauma há cerca de 24h e iniciou o quadro de dor e parestesia logo após o trauma. O exame de eletroneuromiografia é limitado, pois apresenta sensibilidade muito baixa nas primeiras semanas de trauma.

Na maioria dos casos, o exame só demonstraria alterações cerca de 3 semanas após a lesão inicial. Caso fosse necessário aguardar este período para a realizar a correção cirúrgica da fratura e da compressão do nervo, isso poderia levar a sequelas funcionais ao paciente.



06/07/2020

José Queiroz Lima Neto
CRM 11.451

Clínica Qorpo

Av. Sen. Virgílio Távora, 195 – Fortaleza: (85) 3033 3550

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1289768087	
NOME JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO	
DCC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 20079838353 SSP CE	
CPF 063.696.543-02	
DATA NASCIMENTO 21/02/1997	
FILIAÇÃO MARTINHO JOSE DE ARAUJO FRANCISCA JUCELITA PINHEIRO DE ARAUJO	
PRIMEIRO [Redacted]	
ACC [Redacted]	
CABINAS A3	
Nº IDENTIFIC 06408418193	
VALIDADE 16/04/2020	
1ª HABILITAÇÃO 07/07/2015	
CLASSIFICAÇÃO A	
<i>Jose Mikael Pinheiro de Araujo</i> ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO	
LOCAL FORTALEZA, CE	
DATA EMISSÃO 26/07/2016	
<i>[Signature]</i> ASSINATURA DO EMISSOR	
72834383901 CE154342866	
DETRAN-CE (CEARA)	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1289768087	

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE(S):

JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO, brasileiro, solteiro, empresário, inscrito no CPF sob o nº: 063.696.543-02, residente e domiciliado no Distrito Assunção, 23, Zona Rural, Solonópole- CE, CEP: 63.620-000.

OUTORGADO (S): **KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO**, brasileiro, solteiro, CPF nº 882.950.013-53, inscrito na OAB/CE sob o nº 17762, ambos com endereço para intimações na Rua Cel. José Cavalcante, 157, Centro, Solonópole - CE, CEP: 63620-000.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o (os) OUTORGANTE(S) acima qualificado(s) nomeia(m) e constitui(m) sua(s) bastante(s) procuradora(s) a(s) OUTORGADA(s) também qualificada(s) acima, a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes para o foro geral, com a cláusula "ad judícia", e especialmente, para onde com esta se apresentar (em) e defender (em) o(s) OUTORGANTE(S) em qualquer ação que o(s) mesmo(s) seja(m) direta ou indiretamente interessado (as), podendo propor as ações, acompanhando-as em todos os seus termos, até, reconvir, opor embargos, agravar ou apelar em qualquer instância, fazer e assinar requerimento e os documentos necessários, renunciar a direitos, produzir provas e justificações, requerer falência ou concordata, assinar termo e compromisso de inventariante, podendo, também, transigir, receber, passar recibo e dar quitação, reconhecer a firma, **firmar declaração de pobreza, nos termos artigos 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (CPC) e segundo Lei 1.060/50**, e, finalmente, tudo mais usar e praticar para o bom e fiel desempenho deste mandato, inclusive substabelecê-lo com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO: O(a)(s) outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos artigos 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (CPC) e a Lei nº 1.060/50.

SOLONÓPOLE - CE, 21 de OUTUBRO de 2020.

Jose Mikael Pinheiro de Araujo

OUTORGANTE