



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02206276420218060001
Classe do Processo:	Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora:	12/05/2023 13:55:16

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	--

Arquivos

Petição:	2801070_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_01 - 1- 6.pdf
Documentação:	2801070_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 1-31.pdf
Documentação:	2801070_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 32-33.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Processo: 02206276420218060001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
0	31/01/2019	SIM	31/01/2019	10/12/2019
CE: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2019				

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
2020	R\$12,30	Quitado	
2019	R\$84,58	Quitado	
Data Pagamento	Valor Pago		
10/12/2019	R\$84,58		

PERCEBA EXA. QUE O PAGAMENTO DO EXERCÍCIO DE 2019 SÓ OCORREU EM 10/12/2019, APÓS O ACIDENTE (07/06/2019) E APÓS O VENCIMENTO QUE OCORREU EM 31/01/2019.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do

proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Trazemos a colação o entendimento da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná no julgamento da apelação cível Nº 1.658.910-1, no qual a Câmara entendeu concordou com o i. Relator o qual ressaltou a importância dos princípios de celeridade e economia processual, no sentido de que não faz sentido a Lei prever o direito de regresso à Seguradora quando a ocorrência de proprietário inadimplente e condena-la a realizar o pagamento do seguro, vejamos trecho do julgado:

“Tal entendimento também já tinha sido exposto, mesmo que indiretamente, na Lei 8.441/92, que alterou a Lei 6.194/74, passando a prever o direito de regresso da seguradora em face do proprietário inadimplente em seu art. 7º, §1º, [...]”

Ora, se a seguradora possui direito de regresso dos valores despendidos com a vítima em face do proprietário inadimplente, por decorrência lógica, quando o proprietário inadimplente também figurar como vítima, não há o que se falar em indenização, **caso contrário este seria credor e devedor da mesma obrigação, configurando o instituto da confusão, devendo a obrigação ser extinta, nos termos do art. 381, CC.**

Também **não há como defender a tese de que a indenização é devida pois caput do artigo obriga o pagamento, enquanto seu parágrafo primeiro faculta o direito de regresso, haja vista os princípios de celeridade e economia processual, que visam a obtenção do máximo rendimento da lei com o mínimo de atos processuais, não sendo razoável condenar alguém em face de outra pessoa, a qual detenha o direito de regresso.**

[...]

Diante do exposto, dou provimento ao apelo, para reformar a sentença e julgar improcedente a lide, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor da causa.

ACORDAM os Desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator.

Nesta esteira trazemos os seguintes arrestos:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO – VÍTIMA QUE É A PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO – INADIMPLÊNCIA VERIFICADA – INDENIZAÇÃO INDEVIDA – INTERPRETAÇÃO DA SÚMULA 257 DO STJ EM CONFORMIDADE COM AS DEMAIS DISPOSIÇÕES VIGENTES ACERCA DA MATÉRIA – EXTINÇÃO DA OBRIGAÇÃO – IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS INICIAIS – INVERSÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL. RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0018643-27.2016.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Juiz Alexandre Barbosa Fabiani - J. 06.09.2018)

Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro obrigatório DPVAT. Dever de indenizar. Vítima proprietária do veículo. Inadimplência do prêmio do seguro obrigatório à época do sinistro. Indenização indevida. Inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. Instituto da confusão configurado. Inteligência do art. 381 do Código Civil. Extinção da obrigação. Ônus de sucumbência. Readequação. Recurso provido.

1. Art. 17. §2º Resolução SUSEP 332/2015: “Se o proprietário do veículo causador do sinistro não estiver com o prêmio do Seguro DPVAT pago no próprio exercício civil, e a ocorrência do sinistro for posterior ao vencimento do Seguro DPVAT, não terá direito à indenização.”

2. Art. 381 do Código Civil: “Extingue-se a obrigação, desde que na mesma pessoa se confundam as qualidades de credor e devedor.

3. Com o provimento do recurso de apelação em relação ao mérito, deve ser readequado o ônus de sucumbência.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0004500-96.2017.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Desembargador Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima - J. 08.11.2018)

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 12 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000052277-1

Nr. da Autenticação A9ED71A3C57E9711

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210037782 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
LUCENA

PARECER

Diagnóstico: Fratura-luxação do semilunar esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 35°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 40°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura-luxação do semilunar esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento de 16/05/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico com posterior tratamento fisioterápico. Alta definitiva no mês de novembro do ano de 2019. 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 punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2021

Conduta mantida:

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210037782

Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ABL: 3 - CPF da vítima: 090 063 853-93 4 - Nome completo da vítima: JANDERSON LUIZ DE CARVALHO LUCENA

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

5 - Nome completo: JANDERSON LUIZ DE CARVALHO LUCENA 6 - CPF: 090 063 853-93
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA BURELINO LEAL 9 - Número: 1318 10 - Complemento: ALTO
11 - Bairro: MONTEBEM 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60764-425
15 - E-mail: LUCENA_CARVALHO@GMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (85) 35510363

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 anexado (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAS ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$1.500,00 ☐ 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. Aponte uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 00052277 1 AGÊNCIA: CONTA:

Entendo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha inteira vontade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser devido, reconhecendo e confirmando a sua validade após a conclusão do processo de pagamento total do valor devido.

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 8.254/74), 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.

Em caso de prolongamento 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, concordo, desde já, em submeter a análise médica pré-improvisada, após o recebimento do laudo da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por terceiro, conforme disposto na Lei nº 8.254/74.

Declaro que esta declaração não significa minha concordância com a futura avaliação médica da renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE SIMCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Estado do caso 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/vivos? ☐ Sim ☐ Não 34 - Vítima deixou pais/vivos? ☐ Sim ☐ Não 35 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 36 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 37 - Vítima deixou pais/vivos? ☐ Sim ☐ Não 38 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 39 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, a qualquer beneficiário que se apresentar e apresentar esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

NÃO ASSINAR

34 - Assinatura da vítima ou representante legal: 35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogar): 36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogar): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar):

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: FORTALEZA, 27 de Janeiro de 2024

Assinatura da vítima ou representante legal (declarante):

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

CAIXA

POUPANÇA



débito

603689 0010 67429 3337

6036

VALID
THRU

10/24

JANDERSON LUIZ C LUCENA

1563 013 00052277-1



mastercard



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1848 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/06/2019 10:10:11**
Data / Hora da Ocorrência: **16/05/2019 18:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL**
Complemento:
Bairro: **JANGURUSSU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓX AO ECOPONTO DE RECICLAGEM**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA**
Nascimento: **05/12/1993** CPF: **070.063.853-93** UF: **CE**
RG: **20081291099** Órgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA MARTA ALVES DE CASTRO**
PEDRO MENDES LUCENA
Endereço: **RUA AURELIANO LEAL, 1318 ALTOS**
Bairro: **MONDUBIM** CEP: **60.764-425**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98719-3541**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NNK7936** Uf: **RN** Município: **NATAL** Chassi: **9BFZCE9V09BB18280** Renavam: **980951658** Tipo do Veículo: **CAMINHÃO** Marca / Modelo: **FORD/CARGO 2622 E** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2009** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISÃO**
- 2) Placa: **OSN4050** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR002293** Renavam: **1020803794** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS, QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OSN-4050-CE, QUE TRAFEGAVA PELA AV. PERIMETRAL NA FAIXA DA DIREITA; QUE UM OUTRO VEICULO CAMINHÃO DE PLACAS NNK-7936, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECERU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE; QUE O CELULAR DA VITIMA APÓS A QUEDA NA VIA SACOU DO SEU BOLSO E O MESMO FOI LEVADO DO LOCAL DO ACIDENTE, E NADA MAIS DISSE.///



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019381097



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1848 / 2019

OBS. FALSA COMUNICAÇÃO E CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 30. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 146

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou A.S. 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 465/2012

5 - Nome completo: JONHONSON LUIZ DE CASTRO LUGENA
6 - CPF: 070.063.853-93
7 - Profissão: RUA RUAELINO LEAL
8 - Endereço: 13 - Estado: CE 14 - Complemento: ALTO
9 - Bairro: MONTEBEM 10 - Cidade: FORTALEZA
11 - E-mail: LUGENA CASTRO@GMAIL.COM
12 - CEP: 60764-425
13 - Tel (DDD): (85) 35510363

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 anexado (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAS ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$1.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Apague uma das opções): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 00052277 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Entendo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha inteira vontade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e não em favor próprio, reconhecendo e dando ciência e se e somente após a conclusão do sinistro, em favor 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 8.254/74), 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 prolongamento 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, conforme Lei, desde que eu me submeter a análise médica prévia, após o ressarcimento ao custeio da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 8.254/74.

Declaro que esta declaração não significa minha concordância com a futura avaliação médica da renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE SÍMULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Estado do caso 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou marido(a) nascido(a) depois? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/mãe vivos? ☐ Sim ☐ Não 34 - Vítima deixou pais/mãe falecidos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, a qualquer beneficiário que se apresentar e apresentar esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

NÃO ASSINAR

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a vítima)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a vítima)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: FORTALEZA, 27 de Janeiro de 2024

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



SAMU
192

atendimento 24h em 192

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Janderson Luiz de Castro Lucena** - C.P.F. - **070.063.853-93**, no dia **16/05/2019**, às **19h20min**, na **Avenida Perimetral**, no **Bairro Jangurussu**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P689058/2019**.

Fortaleza, 04 de Junho 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

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

ID: 0513 P-689058/19 Nº DA OCORRÊNCIA: 0976
 DATA: 16/05/2019 TURNO: SN EQUIPE: Paula / Wagner
 NOME: Anderson Luiz de Castro Sousa IDADE: 33a SEXO: MASC
 ENDEREÇO: Av. Perimetral BAIRRO: Janguatuba
 REFERÊNCIA: QUA: 14:20 QUA: 19:50 QUA: 20:30
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☒
- RESPONSIVO
-
- ☐
- NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☒
- PRESENTE
-
- ☐
- AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☒
- PRESENTE
-
- ☐
- AUSENTE

☒ PÉRVIAS ☐ OBTURADAS POR:

A

PADRÃO RESPIRATÓRIO

- ☒
- EUPNEICO
-
- ☐
- TAQUIPNEICO
-
- ☐
- BRADIPNEICO
-
- ☐
- AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☐
- NORMAL
-
- ☐
- ALTERADA

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

- ☐
- NORMAL
-
- ☐
- ALTERADA

AUSCULTA

- ☐
- NORMAL
-
- ☐
- ALTERADA

B

PULSO

- ☐
- NORMOCÁRDICO
- ☒
- CÉDIO
-
- ☐
- TRAQUICÁRDICO
- ☐
- FILIFORME
-
- ☐
- BRADICÁRDICO
- ☐
- IMPALPÁVEL

PELE

- ☒
- CORADA
- ☐
- SUDORÉICA
-
- ☐
- PÁLIDA
- ☐
- SECA
-
- ☐
- CIANÓTICA
- ☐
- QUENTE
-
- ☐
- FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

- ☒
- ≤ 2 seg
-
- ☐
- > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

- ☐
- SIM
-
- ☒
- NÃO

C

LOCAL: Pastoral

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

ABERTURA OCULAR

- ☒
- ESPONTÂNEA 4
-
- ☐
- Á VOZ 3
-
- ☐
- À DOR 2
-
- ☐
- NENHUMA 1

TOTAL: 15

RESPOSTA VERBAL

- ☒
- ORIENTADO (A) / SONTE (P)
-
- ☐
- CONFUSO (A) / CHOADO CONSOLÁVEL
-
- ☐
- PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
-
- ☐
- SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
-
- ☐
- NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

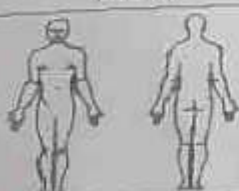
- ☒
- OBEDECE A COMANDOS 6
-
- ☐
- LOCALIZA A DOR 5
-
- ☐
- MOVIMENTO DE RETIRADA 4
-
- ☐
- FLEXÃO ANORMAL 3
-
- ☐
- EXTENSÃO ANORMAL 2
-
- ☐
- NENHUMA 1

D

 PÚPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

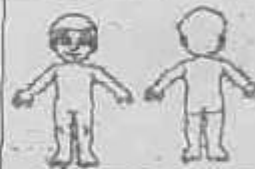
E

ADULTO



LESÕES

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 89 PA: 120/80 FR: 19 GUC: - OXIM: - TEMP: -

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente autônomo, de sistema motor/comunicação preservado pela USR 12, porém a mesma concentrava-se em falar palavras soltas, realizando movimentos espontâneos e negando qualquer lesão.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE: Hospital
☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:
☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE
 PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO
 ASS. DO RESPONSÁVEL:

BOLETIM EMERG:

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:
 DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____
 DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
 SAMU EM: ____/____/____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.
 ASSINATURA: _____



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
59163207

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nas
11344694	JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA	M	25/12/1992
RG	CPF	Categoria Profissional	Estado Civil
20081281089-8 SP - CE	7008365393		2-SOLTEIRO
Endereço			
AV SANTOS DUMONT 2426 ALDEOTA FORTALEZA-CE CEP: 60150161			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe	
887279673		MARIA MARTA ALVES DE CASTRO	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
11300-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
17/05/2019	16:43		
Médico Atendente			Clinica
29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO			3-INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVÊNIO

Convênio	Plano	REDESERVICE TECNOLOGIA DA INFORMACAO BIRELI E
22-NAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
98185000044000014		

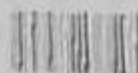
DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - NAPFOR	1133410 SALA CC 01	05	
Nº Guia	Procedimento	Série	Descrição
40231151	30996668	009057400	INTERNACAO
40231151	30721237	009057400	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
40231151	30721148	009054551	FRATURA DE OSSO DO CARPO - REDUCAO CIRURGICA
40231151	30732026	009057751	ENXERTO OSSEO

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

59163207



31/05/2019 11:42:00

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Paciente	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11344895	JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA	M	05/12/1993	25
RG	GPF	Categoria Profissional	Estado Civil	
20043291059 SSP CE	7006283793		7-SOLTEIRO	
Endereço	AV SANTOS DUMONT 2625 ALDEOTA FORTALEZA-CE CEP-60150161			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987419073		MARIA MARTA ALVES DE CASTRO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Serviço

105800-RECEPCAO EMQ TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
17/05/2019	06:43		
Medico Atendente			Clinica
25446 CLAUDIO JOSE F. EUPRASIO			4-CIRURGICA
Medico Acompanhante			Tipo Atendimento
25446 CLAUDIO JOSE F. EUPRASIO			0-INTERNACAO
Assistente medico			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano	REDESERVICE TECNOLOGIA DA INFORMACAO EIRELI E
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA	COLETIVO
Carteira	Validade	
5814500044000014		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posição	Acomodação	Leito
2- GUIA	Procedimento	Senha
0221151	97996666	D09057400
0221151	30721237	D09057400
0221151	30721148	D09054551
		Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE 3
0221151	30732026	D09057751
83928	32030118	D09267580
0237428	33930118	D09406078
		ENXERTO OSSEO
		RAIOX PUNHO: A.P. - LAT - OBLIQUAS
		RAIOX PUNHO: A.P. - LAT - OBLIQUAS

[illegible]

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página: 1 de 1

21/05/2019 11:35

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA DL Nasc.: 05/12/1993
Convênio: HAPVIDIA MATRIZ Posto: POSTO 1B

Atendimento: 59165207 Prejuízo: 11344898
Leito: 1016/2

Profissional(ES): WENDELL DE ACCANTARA MENDES, MÉDICO CRM 14733 (1) Nº: 38700002 18/05/2019 às 08:25

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT EM POS CP DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DOS
OSSO DO CARPO EVOLUINDO SEM SEM QUEIXAS FDS LIMPA E
SECA E SEM INTERCORRENCIAS ALT COM IMOBILIZAÇÃO.
ANALGESIA E RETORNO PROGRAMADO

(1)

CID 10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR NÍVEL
NÃO ESPECIFICADO

(1)

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/05/2019 14:37

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA Dt. Nasc.: 05/12/1993 Atendimento: 59163207 Prontuário: 11344898
Correlto: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO 18 Leito: 1016/2

Profissional(is): WENDEL DE ALCANTARA MENDES, MEDICO, CRM 14753 (R) 38700062 18/05/2019 4a 08:25

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT EM POS OP DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DOSS
OSSO DO CARPO EVOLUINDO BEM, SEM QUEIXAS, FO LIMPA E
SECA E SEM INTERCORRENCIAS, ALT COM MOBILIZAÇÃO
ANALGESIA E RETORNO PROGRAMADO

[1]

CID 10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL
NÃO ESPECIFICADO

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

31/05/2018 17:37

Paciente: JANDIRSON LUIZ DE CASTRO LUCENA DL NEM: 09/12/1993 Atendimento: 58153207 Prontuário: 11344288

Cidade: HAPFOR MATRIZ Posto: POSTO 18 Lote: 1016/2

Procedimento: CHAMADA DE LUTADORIA AUCANTAL ENFERMEIRO(A) COHEN ANDRÉ LUIZ Nº: 58153207 18/05/2018 18:08:40

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução da enfermagem

MT

(1)

PACIENTE J.L.C.L. 29 ANOS, SEXO MASCULINO
NO. 11 PO. LUXAÇÃO DO CARPO ESQUERDO
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALEZANDO, EM REPOUSO
NO LEITO
SSVV ESTÁVEL, EUPNICO EM AMBIENTE
DIETA VO, BEM ACEITA
AVP EM USO PÉRVIO E FUNCIONANTE PARA MV + TM
ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS PRESENTES
SEM QUEIXAS NO PERÍODO
SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

GERENCIAMENTO DE RISCO:
INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS
FLEBITE: REALIZAR TROCA DE AVP A CADA 72 HS OU ANTES

AVALIAÇÃO DE RISCO

Febre

Sim

(1)

DEPOSITIVOS

Risco de Verruga Periférica

Sim

(1)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
31/05/2018 11:22

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA Dt. Nasc.: 05/12/1993 Atendimento: 39163207 Pronto-Socorro: 11344896
 Convênio: HARVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 21205840 18/05/2018 às 04:54
 Posto: POSTO 16 Leito: 1016/2 Enfermeiro(a): VANESSA VASCONCELOS MARTIN

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRURGICO

Profissionais:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRURGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Manhã Tarde Noite

MANTER POSIÇÃO CONFORTAVEL

Mantido:

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRURGICO

OBSERVAR SINAIS FISIOLÓGICOS

Mantido:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: ANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA Dt. Nasc.: 05/12/1993 Alargamento: 02163207 31/05/2019 11:38 AM
 Convênio: HAPVICA MATRIZ N° Prescrição: 21905842 18/05/2019 às 04:58 Prontuário: 11341898
 Posto: POSTO 15 Leito: 10162

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA

Profissionais: WANEISSA VASCONCELOS MARTINS (COREN 325527)

1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00

PADRÃO RESPIRATORIO Manhã Tarde Noite

ELIMINAÇÕES Manhã Tarde Noite

2 - MANTER

ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO Mantido

5 - ESTIMULAR

AUTO-CUIDADO Mantido

7 - ORIENTAR

ORIENTAR PACIENTE QTO A ROTINA DO SET Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

31/05/2019 11:38

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Dt. Nasc.: 05/12/1993

Atendimento: 52153207

Prontuário: 11544898

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 18

Leito: 1016/2

Profissional(is): WENDEL DE ALCANTARA MENDES, MEDICO, CRM 14753 (1)

Nº: 38692959 18/05/2019 46 08:22

DIAGNÓSTICOS

CID10

T112 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO

(1)

CID10

S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

(1)

RESUMO CLÍNICO

Evolução e Intercorrências

POT OPERADO POR LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO ATUALMENTE SEM DOR OU INTERCORRÊNCIAS - EM IMOBILIZAÇÃO. ALTA E RETORNO BREVE COM DR THIAGO

(1)

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

31/05/2019 11:38

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA Dt. Nasc: 05/12/1993 Atendimento: 59163207 Prontuário: 11344895

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/5

Profissional(a): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA MÉDICO, CRM 11508-11 Nº: 38654828 17/05/2019 às 10:47

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DO CARPO SEM INTERCORRÊNCIAS. CD: A/SR

(1)

CID 10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO

(1)

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

31/05/2019 11:38

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Nome: ANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Dt. Nasc.: 05/12/1993

Atendimento: 59163207

Prontuário: 11344898

Cidade: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MEDICO, CRM 1150611

Nº: 32655482 17/05/2019 às 10:56

DIAGNÓSTICOS

CID10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL
NÃO ESPECIFICADO

[1]

Plano Terapêutico

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO DO CARPO

[1]

CID10

S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

[1]

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
31/05/2019 11:39 AM
19/04/20

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA	Dt. Nasc.: 05/12/1993	Atendimento: 59163207	Prontuário: 11344898
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 21888029	17/05/2019 às 06:49	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/5		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO (COREN 519537)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	00:00 06:00 12:00 18:00		
Sinais Vitais- Temperatura	00:00 06:00 12:00 18:00		
Sinais Vitais- Frequência Cardíaca	00:00 06:00 12:00 18:00		
Pressão Arterial	00:00 06:00 12:00 18:00		
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Mantido		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

[illegible]



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AQUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-8001

60555-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

CRM: 11506

UF: CE

AV AQUANAMBI 1827 - FÁTIMA 60555401 - TEL:
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via orientação ao Paciente

Wendel de Azeite Mendes
Otorrinolaringologista

CRM: 14757 / 580116025

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Endereço: SANTOS DUMONT, 2626 SL 412-ALDEOTA FORTALEZA CE 60150161 Tel: 981279073

Prescrição: USO ORAL

FLANCOX 500 01CX

TOMAR 01 CP DE 12/12HS

GESICO RETARD 100 01CX

TOMAR 01 CP DE 12/12HS SE DOR INTENSA

RETORNO DIA 31 AS 8HS NA EMERGÊNCIA

Data: 18/05/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____ Data: ____/____/____



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
TOMOGRAFIA - HAPFOR
Nº Pedido: 30897841

Data 16/05/2019
Pag 2 de 2

Paciente...: 11344858 JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
Nascimento: 05/12/1993 Sexo: M RG: 20081291099 SSP CE CPF: 07006385393
Endereço: AV SANTOS DUMONT 2626 ALDEOTA FORTALEZA CE 60150161 Tel:
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Matricula: 5818500044008014
Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARG

Queixa Principal:
DOR

Exame:
TC DO PUNHO ESQUERDO

!^3%/M

5916021242

TÉCNICA

Exame realizado em projeção axial sem administração de contraste.

COMENTÁRIOS:

- Exame realizado em caráter de urgência.
- Luxação volar do osso semilunar, com pequeno fragmento adjacente.
- Demais ossos do punho esquerdo têm morfologia e textura normais.
- Demais espaços articulares estão conservados.
- As estruturas das partes moles têm morfologia e coeficientes de atenuação normais.

* Exame documentado em CD.

Paulo

IANE MONTENEGRO PADILHA HOLANDA - CRM 12745-CE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
TOMOGRAFIA - HAPFOR
Nº Pedido: 30897841

Data 16/05/2019
Pag 1 de 2

Paciente: 11344898 JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
Nascimento: 05/12/1993 Sexo: M RG: 20081291099 SSP CE CPF: 07006365393
Endereço: AV SANTOS DUMONT 2626 ALDEOTA FORTALEZA CE 60150101 Tel:
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Matricula: 88185000044008014
Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:
DOR

Exame:
TC DO JOELHO ESQUERDO

!^3%/L'

5916021241

TÉCNICA: Realizados cortes axiais sem administração do produto de contraste iodado.

COMENTÁRIOS:

- Exame realizado em caráter de urgência
- Imagem radiodensa ovalada na região epifisária da tibia e côndilo femoral lateral, podendo corresponder a ilhota óssea
- Demais estruturas ósseas trabeculadas de conformação e coeficientes de atenuação normais
- Cápsula articular íntegra, de contornos regulares
- Gordura sub-patear de Hoffa com densidade homogênea
- Grupos musculares estudados sem anormalidades apreciáveis
- Foco gasoso nas partes moles na face antero-medial adjacente a diáfise da tibia

* Exame documentado em CD

Imagem

IANE MONTENEGRO PADILHA HOLANDA - CRM 12745-CE



ANTONIO PRUDENTE

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que
paciente Luiz de Castro Lucena
submeteu-se a Tratamento cirúrgico
de luxação periscapulo-humeral do
punho esquerdo e reabilitação.
Está de alta e apto para o retorno
às suas atividades.

7

19/07/19

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.
Ortopedia e Traumatologia RQE 5732
Cirurgia de Trauma e Quadril
CRM 11506 SBOT 13025 SBQ 0686



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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1673694633

NOME
JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
20081291099 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
070.063.853-93 05/12/1993

RELACÃO
PEDRO MENDES LUCENA
MARIA MARTA ALVES DE CASTRO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
06226132443 23/02/2024 08/11/2014



OBSERVAÇÕES
EAR;

Janderson Luiz de Castro Lucena

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 27/02/2019

1m V. - J. P. M.
NOME VASCELOZ MONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

06819515811
CE169638790

PROIBIDO PLASTIFICAR
1673694633

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014419751211
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPF 01 1020803774 0000000000 2018

NOME
JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 07006385393 PLACA DEN4050/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2K012006F002293

ESPÉCIE TIPO PAG/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1 ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1ª

IPVA FÚLDA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.35 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 181.05 DATA DE PAGAMENTO 14/01/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 02/02/2019

Assinatura: Igor Ponte

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

CE Nº 014419751211 BILHETE DE SEGURO DPVAT

07006385393 GSN4050/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014419751211 80851676012

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/02/2019

CPF / CNPJ 07006385393 PLACA DEN4050

RENAVAM 1020803774 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1

ANO FAB 2014 CIL 2P NR CHASSI 9C2K012006F002293

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$) 81.29 DEUTRAM (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 ATUALIZAÇÃO PRM SEGURO (R\$) 185.50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 14/01/2019

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.848.806/0001-64

MOTOR: XC16EBF002293

014419751211

tirada no moto z play

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034243/21

Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

CPF: 070.063.853-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA : 070.063.853-93

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: 01/02/2021
Nome: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
CPF: 070.063.853-93

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034243/21

Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

CPF: 070.063.853-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA : 070.063.853-93

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: 01/02/2021
Nome: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
CPF: 070.063.853-93

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS