



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

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

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02209812120238060001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	26/04/2023 17:14:14

Partes

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

Arquivos

Petição:	2882748_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2882748_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-26.pdf
Procuração/Substabelecimento:	SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf

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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250439

Vítima: EDIL MOURA DA COSTA

Data do Acidente: 11/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIL MOURA DA COSTA

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, contados 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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250439

Vítima: EDIL MOURA DA COSTA

Data do Acidente: 11/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIL MOURA DA COSTA

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: **EDIL MOURA DA COSTA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000625-4**

Conta: **0000038319-8**

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



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: 798.242.853-34 4 - Nome completo da vítima: EDIL NOURA DA COSTA

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

5 - Nome completo: EDIL NOURA DA COSTA 6 - CPF: 798.242.853-34
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: PR. FRANCISCO BEITOSA 9 - Número: 50 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: BOM SUCESSO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.542-018
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADES CO
AGÊNCIA: 0625 4 CONTA: 0038319 8
(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 à 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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: FORTALEZA - CE 13.07.2020

X Edil Moura da Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Deposito Conta Corrente

Banco: 237 Agência: 0649 Máquina: 39836
Data: 14/07/2020 Hora: 09:47 N.Trans: 4603
Valor:
Favorecido:
Banco: 237
Agência: 0525 / CEXA.CEARA-UFORT
Conta: 0039319-8

Titular 1: EDIL MOURA DA COSTA

Sujeito a conferência.

O depósito realizado durante o expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancário e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco,
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020373481



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 912 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/06/2020 09:41:35**
Data / Hora da Ocorrência: **11/03/2020 17:10:00**
Endereço da Ocorrência: **R UBIRAJARA NEGREIROS, MESSEJANA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A UNS PREDIOS**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDIL MOURA DA COSTA**
Nascimento: **03/12/1974** CPF: **798.242.853-34**
RG: **261025892** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **AGA MOURA DA COSTA**
FRANCISCO DIAS DA COSTA
Endereço: **RUA FRANCISCO FEITOSA, 50 CASA A**
Bairro: **BONSUCESSO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.542-015**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99424-9772**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQQ1048** Uf: **CE** Município: **PARAIPABA** Chassi: **9C2KD04209R031937** Renavam: **163239231** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA NQQ-1048-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA UBIRAJARA NEGREIROS NA FAIXA DA DIREITA; QUE UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E LOGO A FRENTE E SEM SINALIZAR, FREOU BRUSCAMENTE E NAO DANDO TEMPO DA VITIMA DESVIAR POR VIR LOGO ATRÁS, ACONTECEU A COLISÃO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA A SUA RESIDÊNCIA E LOGO DEPOIS FOI TER ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Edil moura da costa



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÁNSITO
Impresso nº 2020373481



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 912 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MARCIA NOGUEIRA SURIMA - MAT.: 012875-1-6



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: 798.242.853-34 4 - Nome completo da vítima: EDIL MOURA DA COSTA

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

5 - Nome completo: EDIL MOURA DA COSTA 6 - CPF: 798.242.853-34
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: PR. FRANCISCO BEITOSA 9 - Número: 50 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: BOM SUCESSO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.542-018
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADES CO
AGÊNCIA: 0625 4 CONTA: 0038319 8
(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 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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: FORTALEZA - CE 13.07.2020

X Edil Moura da Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	21/07/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320025043901
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIL MOURA DA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00625

CONTA: 000000038319

Número da Autenticação

3772536

Para obter seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº: 003080256

Rota: F0110021 - 262000

Nome: SILVANIA MARTA SOUSA

Endereço: RU SR FRANCISCO FETTESA, 00050 - 00050 CS A, BOHSUCESSE, 00542-015, FORTALEZA

Classificação: Resid, Baixa Renda

Modalidade Tarifária: U1 RESIDENCIAL

Uso: Monofásico

Emissão: 16/05/2020

Medidor: 4057893-ELB-026

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA: 15/04/2020, 16/05/2020, Próxima leitura: 16/06/2020

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Posto	Leitura	Leitura Anterior	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
FR	7,46	0,32	1,00	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fac. (kWh)	1,0000	0,00

DADOS DO FATURAMENTO		TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUA PUEF MUEIC		-	1,53
PIS COMPL. BAIXA RENDA		-	0,27
COFINS COMPL. BAIXA RENDA		-	1,71
DESCONTO BAIXA RENDA		-	-48,52
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO		-	48,52
PAGO PELA GOVERNIA CEARÁ - LEI 17.196		-	-16,66
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH		-	0,00
CONSUMO DE 031 KWH ATE 092 KWH		-	0,00
DEBITO DE PEQUENOS VALORES		-	10,05

Imposto:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	48,52	0,77	0,37
COFINS	48,52	3,53	1,71

20/06/2020

0,00

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSOR DE CO₂ (kg/kWh): Compensação emitida pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO₂): Compensação kg (CO₂): Consórcio Ambiental (NCC):

35,91 0,00 0,00

Período: Band, Tarif.: Verde: 16/04 - 16/05

Conforme MP Federal 950/20, essa conta teve desconto de 100% na parcela de consumo até 220kWh.

Nº da Cliente: 3772536

Data de Emissão: 16/05/2020

Nº da Nota Fiscal: 003080256

Referência: 05/2020

Total a Pagar (R\$): 0,00

Nº de Controle: 20008039898

V: [1.0.0.22]

Como medida de combate ao coronavírus, além do desconto da MP Federal 950/20 sobre o consumo, essa conta teve o restante do seu valor pago pelo Governo do Estado conforme os parâmetros da Lei Estadual 17.196/20.



Prefeitura do
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

SI

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE EDIL MOURA DA COSTA		DADOS PESSOAIS		Nº DE REGISTRO EMERGENCIA 249611		152633	
ENDEREÇO 706205581093784		NASCIMENTO 03/12/1974 (45 ANOS)		SEXO M		RAÇA/COR NÃO INFORMADO	
CIDADE FORTALEZA		UF CE		ENDEREÇO RUA FRANCISCO FEITOSA 50 BONSUCESSO		SOLTEIRO ACA MOURA DA COSTA	
CEP 80.542-016				CONTATO (85)98780-0145			

LOCAL DE OCORRÊNCIA: TRANSPORTE: SÍMBOLO DO AGENTE

QUEIXA DOR EM OMBRO DIREITO E EM M.E. ESCORIAÇÕES EM MIB APOS COLISÃO MOTO/MOTO		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COLISÃO MOTO X MOTO	
HISTÓRICO NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	

PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		PULSO NI		GLICÊMIA NI	
TEMPERATURA NI °C		FREQUÊNCIA CARDÍACA NI		SINAIS VITAIS			
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSAZEL PELA CLASSIFICAÇÃO SOLVEIG DE LIMA MARCELINO				DATA E HORA EM 11/03/2020 20:41:42	

ÁREA DE ATENDIMENTO: ATENDIMENTO TRAUMA

ALUNAFEE

*Acidente de trânsito de acidente
de trânsito de Elvira e
Fátima da Silva*

DIAGNÓSTICO

EXATIDÃO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

30/0/00

11/03/2020 20:41:42

DECISÃO MÉDICA () A PRONTO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERVENÇÃO - CIRÚRGICA () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMPLANTAT. PATOL.

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO (CARIMBO DO MEDICO ESPECIALISTA)

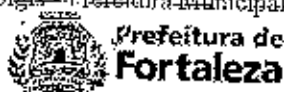
Impresso por Solveig de Lima MARCELINO em 11/03/2020 às 20:43:55

Declaro ser verdadeira as informações aqui prestadas, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 298 do Código Penal.

EDIL MOURA DA COSTA

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE EDIL MOURA DA COSTA		DADOS PESSOAIS	
CPF 706205581083764	DATA DE NASCIMENTO 03/12/1974(45 ANOS)	SPES PRONTUÁRIO 215376	Nº DO JE 313298
DOCUMENTOS CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 261025892; CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 79824285334		SEXO M	RACIA DO PARDO
NOME RESIDENCIAL NJ		LOCALIDADE AGA MOURA DA COSTA	
CIDADE FORTALEZA	UF CE	RUA RUA BRAGANÇA 183 GRANJA PORTUGAL	
CEP 60.545-281	CONTATO (85) 98780-0145		

LOCAL DA OCORRÊNCIA / TRANSPORTADO DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE TRANSFERIDO DO FROTINHA DE ANT. BEZERRA, SOFREU COLISÃO MOTO X MOTO, COM HD DE FRATURA DA CLAVICULA DIREITA.

SINTOMAS
NI

SINAIS VITAIS

PAIS NI KG	PROLAPSO RECTAL NI/NI	SATUR NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA 35.5°C	ALERGIAS NEGA			

RESPONSÁVEL PELO CLASSIFICADO
ANA GESSELENA DA SILVA FARIAS

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
13/03/2020 16:14:44

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENÇÃO MÉDICA

Transferido do Hospital Américo Evandro Ayres
H. Urgência de Fratura da Clavícula
ocorrida anatómica há 2 dias.

PROGNÓSTICO

EXATIDÃO DO EXAME

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>antibiótico</i>		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO AGENCIAMENTO

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIÁLISTA

Assinatura do paciente ou responsável

Edil Moura da Costa

Edil Moura da Costa

Assinatura do médico

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do paciente ou responsável



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PRINCIPAL DEPARTAMENTO ALERGIAS - HOSPITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DAS PESSOAS
AV. Celso de Faria nº 1111 - Paraisópolis - CEP 44.120-000
Faltas - Causa
Faltas - Causa

Fortaleza

CENTRO DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CENTRO - RUA - PNF

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

Nº LAUDO:

Nº da AIH:

2320102047890

UNIDADE HOSPITALAR	CGC/CNPJ
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA	07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE			
Edel Moura da Costa			
ENDEREÇO DO PACIENTE			
Rua Bragança 183			
Bairro	Município	UF	CEP
Granja Portugal	Fortaleza	CE	
DATA DO NASCIMENTO	SEXO	CONDIÇÃO	
09/03/1974	1. ☒ MASC 3. ☐ FEM	2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE			
Dga Moura da Costa			

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE	CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
G. INT. PROCEDIMENTO SOLICITADO		
DATA DA EMISSÃO		
1 / 1		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Pto a fratura do clavículo @ por acidente de trânsito às 18h, Manuseado em URGÊNCIA transferido do Hospital Distrital do Barão Bragança

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Urgente de urgência

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Urgente de urgência

DIAGNÓSTICO INICIAL	Tipo de Clínica
Fratura de clavículo @	1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL 5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA 9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
Atendimento de emergência @

CRM - MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA	HORA
16393	[Assinatura]	17/07/20	

Dr. Edson S. Costa
Especialista em Ortopedia
R. 16393 - CRÉDITO 749
TEF 1621 / 124.127

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Rua Bragança 183 - Granja Portugal - Fortaleza - CE
CEP 44.120-000
Faltas - Causa
Faltas - Causa



FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO: 13/03/20

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA

EVOLUÇÃO

Admissão do doente B por acidente
de trânsito no 1º andar -
M. J. Barrroso de Oliveira

Hospital Distrital Maria José Barrroso de Oliveira
Fortaleza - Ceará
Assinatura do Médico

Fio. 101.301.1.001
Assinatura do Médico

13/03/20 - A. Barrroso de Oliveira

Adm. Nova, 65a, admitido no emergência por trauma em cla-
vícula direita. Segue consciente, orientado, deambulando,
vestido, com membros superiores e inferiores em movimento.
Não há alterações de consciência. Eliminação normal. Segue
sob cuidados de enfermagem.

Assinatura do Médico

Fortaleza

CORREN-CE 374

14/03/20

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico

15/03/20 - A. Barrroso de Oliveira

Adm. Nova, 65a, admitido no emergência por trauma em cla-
vícula direita. Segue consciente, orientado, deambulando,
vestido, com membros superiores e inferiores em movimento.
Não há alterações de consciência. Eliminação normal. Segue
sob cuidados de enfermagem.

Assinatura do Médico

Fortaleza

CORREN-CE 374

15/03/20 - A. Barrroso de Oliveira

Adm. Nova, 65a, admitido no posto 05 por fratura por clavicula (D).
Consciente, orientado, deambulando e atendendo bem suas necessidades.
Não há alterações de consciência. Eliminação normal. Segue sob cuidados
de enfermagem. Procedimento cirúrgico.

Assinatura do Médico
Fortaleza
CORREN-CE 374

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Edil Moura da Costa

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNACÃO:

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA

EVOLUÇÃO

19/03	A 13 AB OSTERMANN, 50 Jahre alt
	Beim

25/11/2007 11.55

Dr. Antonio Luis Viquez Guevara
Ortopedista - Traumatólogo
CHURCHIL GUATEMALA
CRENEG - 12 344 1001 1002

19/3/2020
10/11

10/11/20

Neto Hospitalas Rejane
enferm 1589

Handwritten signature: *David B. White*

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Exames	Insuficiências	Respostas
11:		
15:		
20:		
05:		

SINAIS VITAIS	
HORÁRIO:	16:58 h
P.A.:	120x80x50 mmHg
TEMP.:	36,8
P. / MIN.:	140/70
M.V. / MIN.:	30

NOME: **EDIL MOIRA COSTA** IDADE: **45** LEITO: **15** Nº. PRONTUÁRIO: **18000000**

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICAS
	14/11/2014	SN	AS 16:58 h, F.M.C. com consciência orientada, verbalizava, deambulando, cooperativo, aceita dieta + medicação, com AP.	
	15/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	16/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	17/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	18/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	19/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	20/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	21/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	22/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	23/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	24/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	25/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	26/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	27/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	28/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	29/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	30/11/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	01/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	02/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	03/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	04/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	05/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	06/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	07/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	08/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	09/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	10/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	11/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	12/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	13/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	14/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	15/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	16/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	17/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	18/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	19/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	20/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	21/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	22/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	23/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	24/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	25/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	26/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	27/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	28/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	29/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	30/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	
	31/12/2014	SN	Em Nível Eliminação - Níveis fisiológicos presente, separei que sob cuidados de enfermeira dormiram.	



FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Eliel Maria da Costa PRONTUÁRIO 215346 ENFER./LEITO: _____DATA DA CIRURGIA: 180320 PRESSÃO ARTERIAL: _____ RESPIRAÇÃO: _____ SATURAÇÃO: _____ PULSO: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____

TIPO SANGÜÍNEO: _____ HEMACIAS: _____ HEMATÓCRITO: _____ HEMOGLOBINA: _____ GLICÊMIA: _____ URÉIA: _____ OUTROS: _____

APARELHO URINÁRIO: _____ DIURESE: _____

APARELHO RESPIRATÓRIO: _____ ASMA: _____ BRONQUITE: _____

APARELHO CIRCULATÓRIO: _____ ELETROCARDIOGRAMA: _____

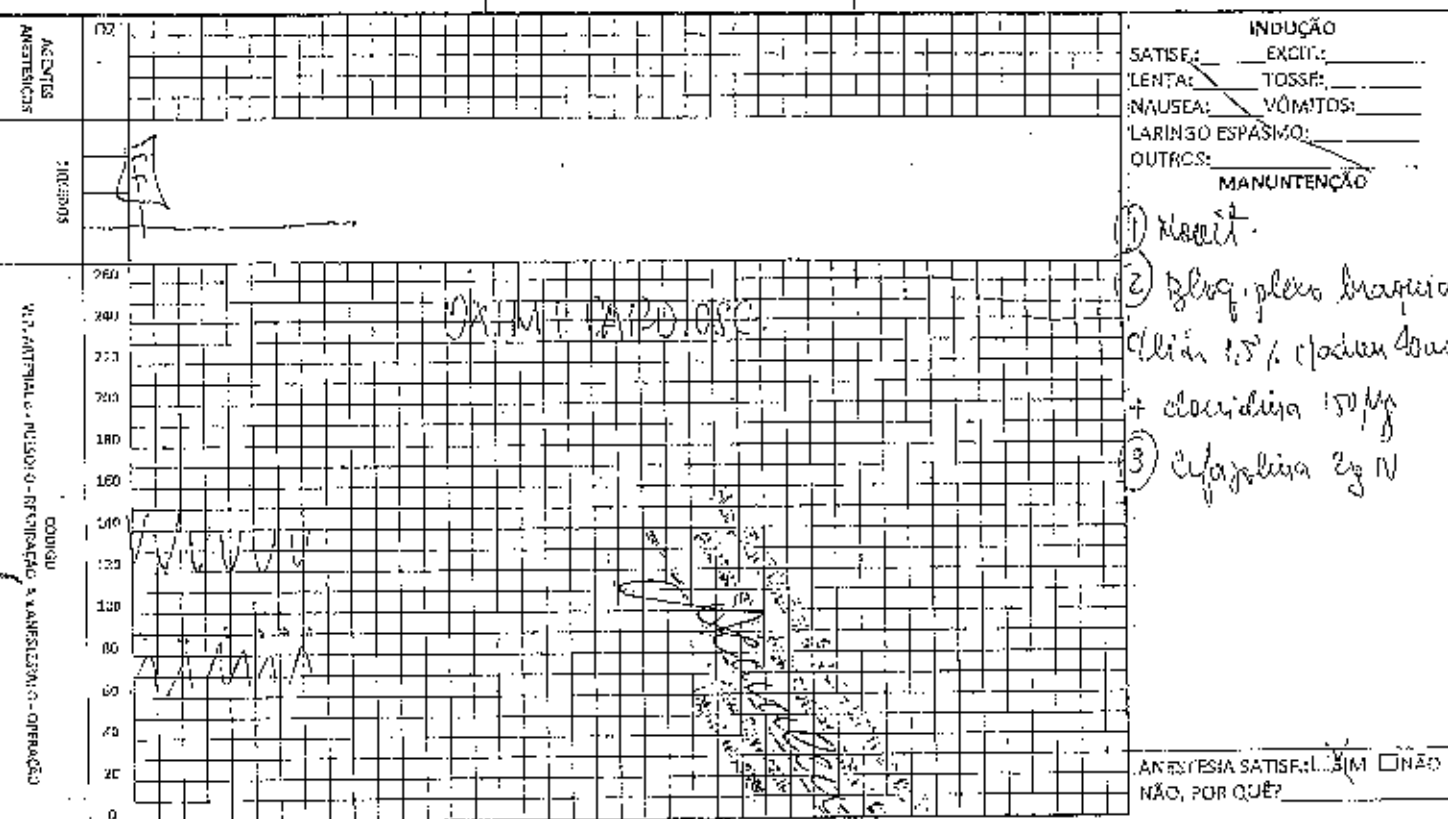
APARELHO DIGESTIVO: _____ DENTES: _____ PESCOÇO: _____

ESTADO MENTAL: _____ ACARÁDICO: _____ ALERGIAS: _____ CORTICÓIDES: _____ HIPOTENSORES: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: frat. clavícula D ESTADO FÍSICO: ASA 2 RISCO: _____

ANESTESIAS ANTERIORES: _____ TEMPO DE JEJUN. PRÉ-ANESTÉSICO: _____

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: _____ ADMINISTRADA ÀS: _____ EFEITO: _____



SINAIS E SINTOMAS: _____

POSICÃO: ProneAGENTES: Lidocaína e adrenalinaTÉCNICA: Bloqueio de plexo braquial CÂNULAS: _____CIRURGIÃO: Dr. Cir. part. cláudioANESTESISTAS: Dr. Francisco A. Dias Júnior CRM 5687CIRURGIÕES: Dr. Rogério Nascimento + Dr. Marcos Aurelio

OBSERVAÇÕES: _____

PERDA SANGÜÍNEA: _____



GASTO ANESTÉSICO

MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANTI.	MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANTI.
ADRENALINA	AMPOLA		ETOMIDATO	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		FENTANIL	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		FUROSEMIDA	AMPOLA	
AMPICILINA 3g	FRASCO-AMPOLA		GENTAMICINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		HEPARINA	AMPOLA	
ATROPINA 0,25mg	AMPOLA		HIDROCORTISONA 100mg	FRASCO-AMPOLA	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA		HIDROCORTISONA 500mg	FRASCO-AMPOLA	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA		IPSILOM	AMPOLA	
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA		ISOFLURANO	ML	
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA		ISORDIL	COMPRIMIDO	
BROMOPRIDA 10mg	AMPOLA		LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA	
CEFALOTINA 1g	FRASCO-AMPOLA		LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA	
CEFAZOLINA 1g	FRASCO-AMPOLA		LIDOCAÍNA GEL	BISNAGA	
CEFTRIAXONA 1g	FRASCO-AMPOLA		MEPERIDINA 100mg	AMPOLA	
CETOPROFENO 100mg	FRASCO-AMPOLA		METOCLOPRAMIDA	AMPOLA	
CLAMINA	ML		METRONIDAZOL 500mg	FRASCO	
CISATRACÓRIO	AMPOLA		MIDAZOLAN 5mg	AMPOLA	
CLINDAMICINA	AMPOLA		MIDAZOLAN 15mg	AMPOLA	
CLOROTO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA		NALOXONA	AMPOLA	
DEXAMETASONA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
DESLANDUSTIDIO	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
DIAZEPAM 10mg	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
DIPIRONA	AMPOLA		RANITINA	AMPOLA	
DIPIRONA+ESCOPALAMINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
DOBUTAMINA	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO-AMPOLA	
DOPAMINA	AMPOLA		TIOPIENTAL	FRASCO-AMPOLA	
ETILEFRINA 10mg	AMPOLA				
SOROS	UNIDADE	QUANTI.	HEMODERIVADOS	UNIDADE	QUANTI.
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ml	FRASCO		PLASMA	BOLSAS	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	FRASCO		SANGUE TOTAL	BOLSAS	
SORO GLICOSADO 5% 500 ml	FRASCO		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	BOLSAS	
SORO RINGER LACTATO 500 ml	FRASCO		ALBUMINA	FRASCO-AMPOLA	
SOLUÇÃO DE MANITOL 250 ml	FRASCO		CONCENTRADO DE PLAQUETAS	UNIDADE	
FRUTOSE 500 ml	FRASCO				
MATERIAIS DESCARTÁVEIS	UNIDADE	QUANTI.			
CATETER VENOSO	UNIDADE				
EXTENSOR	UNIDADE				
EQUIPO DE SORO	UNIDADE				
SONDA DE ASPIRAÇÃO	UNIDADE				
SONDA NASO-GÁSTRICA	UNIDADE				
TORNEIRA E VIAS	UNIDADE				
ABOCATH	UNIDADE				
AGULHA PERIDURAL	UNIDADE				
AGULHA PARA RAQUI	UNIDADE				

Prontuario N.º:

21539-6

Cirugía: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIPTION OF OPERATION

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) Passante em Plástico Duro, top Acetato
- 2) Alcatrão + Antidoto + Corante Etileno
- 3) Acesso Anterior, em Curva Direita
- 4) Diferença nos Flujos
- 5) Ponto Negro Aberto + Fluxo Interno
de Fração - a clorofila - inserida com placa
dept. Plástico
- 6) Ponto de Geração Conco-clorofila
- 7) Fluxo

~~14. 10. 1995~~
~~15. 10. 1995~~
~~16. 10. 1995~~
~~17. 10. 1995~~
~~18. 10. 1995~~
~~19. 10. 1995~~
~~20. 10. 1995~~
~~21. 10. 1995~~
~~22. 10. 1995~~
~~23. 10. 1995~~
~~24. 10. 1995~~
~~25. 10. 1995~~
~~26. 10. 1995~~
~~27. 10. 1995~~
~~28. 10. 1995~~
~~29. 10. 1995~~
~~30. 10. 1995~~
~~31. 10. 1995~~
~~1. 11. 1995~~
~~2. 11. 1995~~
~~3. 11. 1995~~
~~4. 11. 1995~~
~~5. 11. 1995~~
~~6. 11. 1995~~
~~7. 11. 1995~~
~~8. 11. 1995~~
~~9. 11. 1995~~
~~10. 11. 1995~~
~~11. 11. 1995~~
~~12. 11. 1995~~
~~13. 11. 1995~~
~~14. 11. 1995~~
~~15. 11. 1995~~
~~16. 11. 1995~~
~~17. 11. 1995~~
~~18. 11. 1995~~
~~19. 11. 1995~~
~~20. 11. 1995~~
~~21. 11. 1995~~
~~22. 11. 1995~~
~~23. 11. 1995~~
~~24. 11. 1995~~
~~25. 11. 1995~~
~~26. 11. 1995~~
~~27. 11. 1995~~
~~28. 11. 1995~~
~~29. 11. 1995~~
~~30. 11. 1995~~
~~1. 12. 1995~~
~~2. 12. 1995~~
~~3. 12. 1995~~
~~4. 12. 1995~~
~~5. 12. 1995~~
~~6. 12. 1995~~
~~7. 12. 1995~~
~~8. 12. 1995~~
~~9. 12. 1995~~
~~10. 12. 1995~~
~~11. 12. 1995~~
~~12. 12. 1995~~
~~13. 12. 1995~~
~~14. 12. 1995~~
~~15. 12. 1995~~
~~16. 12. 1995~~
~~17. 12. 1995~~
~~18. 12. 1995~~
~~19. 12. 1995~~
~~20. 12. 1995~~
~~21. 12. 1995~~
~~22. 12. 1995~~
~~23. 12. 1995~~
~~24. 12. 1995~~
~~25. 12. 1995~~
~~26. 12. 1995~~
~~27. 12. 1995~~
~~28. 12. 1995~~
~~29. 12. 1995~~
~~30. 12. 1995~~
~~31. 12. 1995~~
~~1. 1. 1996~~
~~2. 1. 1996~~
~~3. 1. 1996~~
~~4. 1. 1996~~
~~5. 1. 1996~~
~~6. 1. 1996~~
~~7. 1. 1996~~
~~8. 1. 1996~~
~~9. 1. 1996~~
~~10. 1. 1996~~
~~11. 1. 1996~~
~~12. 1. 1996~~
~~13. 1. 1996~~
~~14. 1. 1996~~
~~15. 1. 1996~~
~~16. 1. 1996~~
~~17. 1. 1996~~
~~18. 1. 1996~~
~~19. 1. 1996~~
~~20. 1. 1996~~
~~21. 1. 1996~~
~~22. 1. 1996~~
~~23. 1. 1996~~
~~24. 1. 1996~~
~~25. 1. 1996~~
~~26. 1. 1996~~
~~27. 1. 1996~~
~~28. 1. 1996~~
~~29. 1. 1996~~
~~30. 1. 1996~~
~~31. 1. 1996~~
~~1. 2. 1996~~
~~2. 2. 1996~~
~~3. 2. 1996~~
~~4. 2. 1996~~
~~5. 2. 1996~~
~~6. 2. 1996~~
~~7. 2. 1996~~
~~8. 2. 1996~~
~~9. 2. 1996~~
~~10. 2. 1996~~
~~11. 2. 1996~~
~~12. 2. 1996~~
~~13. 2. 1996~~
~~14. 2. 1996~~
~~15. 2. 1996~~
~~16. 2. 1996~~
~~17. 2. 1996~~
~~18. 2. 1996~~
~~19. 2. 1996~~
~~20. 2. 1996~~
~~21. 2. 1996~~
~~22. 2. 1996~~
~~23. 2. 1996~~
~~24. 2. 1996~~
~~25. 2. 1996~~
~~26. 2. 1996~~
~~27. 2. 1996~~
~~28. 2. 1996~~
~~29. 2. 1996~~
~~30. 2. 1996~~
~~31. 2. 1996~~
~~1. 3. 1996~~
~~2. 3. 1996~~
~~3. 3. 1996~~
~~4. 3. 1996~~
~~5. 3. 1996~~
~~6. 3. 1996~~
~~7. 3. 1996~~
~~8. 3. 1996~~
~~9. 3. 1996~~
~~10. 3. 1996~~
~~11. 3. 1996~~
~~12. 3. 1996~~
~~13. 3. 1996~~
~~14. 3. 1996~~
~~15. 3. 1996~~
~~16. 3. 1996~~
~~17. 3. 1996~~
~~18. 3. 1996~~
~~19. 3. 1996~~
~~20. 3. 1996~~
~~21. 3. 1996~~
~~22. 3. 1996~~
~~23. 3. 1996~~
~~24. 3. 1996~~
~~25. 3. 1996~~
~~26. 3. 1996~~
~~27. 3. 1996~~
~~28. 3. 1996~~
~~29. 3. 1996~~
~~30. 3. 1996~~
~~31. 3. 1996~~
~~1. 4. 1996~~
~~2. 4. 1996~~
~~3. 4. 1996~~
~~4. 4. 1996~~
~~5. 4. 1996~~
~~6. 4. 1996~~
~~7. 4. 1996~~
~~8. 4. 1996~~
~~9. 4. 1996~~
~~10. 4. 1996~~
~~11. 4. 1996~~
~~12. 4. 1996~~
~~13. 4. 1996~~
~~14. 4. 1996~~
~~15. 4. 1996~~
~~16. 4. 1996~~
~~17. 4. 1996~~
~~18. 4. 1996~~
~~19. 4. 1996~~
~~20. 4. 1996~~
~~21. 4. 1996~~
~~22. 4. 1996~~
~~23. 4. 1996~~
~~24. 4. 1996~~
~~25. 4. 1996~~
~~26. 4. 1996~~
~~27. 4. 1996~~
~~28. 4. 1996~~
~~29. 4. 1996~~
~~30. 4. 1996~~
~~31. 4. 1996~~
~~1. 5. 1996~~
~~2. 5. 1996~~
~~3. 5. 1996~~
~~4. 5. 1996~~
~~5. 5. 1996~~
~~6. 5. 1996~~
~~7. 5. 1996~~
~~8. 5. 1996~~
~~9. 5. 1996~~
~~10. 5. 1996~~
~~11. 5. 1996~~
~~12. 5. 1996~~
~~13. 5. 1996~~
~~14. 5. 1996~~
~~15. 5. 1996~~
~~16. 5. 1996~~
~~17. 5. 1996~~
~~18. 5. 1996~~
~~19. 5. 1996~~
~~20. 5. 1996~~
~~21. 5. 1996~~
~~22. 5. 1996~~
~~23. 5. 1996~~
~~24. 5. 1~~

[Handwritten signature]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INTERIORE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
BRITICA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOBRE
ROLL MOURA DA COSTA

DOCUMENTACAO / REG. TRANSITO IN
251025892 SSP CE

CPF 798.242.853-34 DATA NASCIMENTO 03/12/1974

FLUXO
FRANCISCO DIAS DA COSTA
ADA MOURA DA COSTA

PERMISSAO ACB CATERIA

Nº IDENTIFICACAO 05405700150 VALIDEZ 16/12/2024 Pº HABILITACAO 09/05/2012

Assinatura do portador

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSAO 30/01/2020

Assinatura do emitente

43889815010
CE174036103

CEARA

Em caso de pericia
(85) 98841.6709

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197403/20

Vítima: EDIL MOURA DA COSTA

CPF: 798.242.853-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIL MOURA DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDIL MOURA DA COSTA : 798.242.853-34

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: 15/07/2020
Nome: EDIL MOURA DA COSTA
CPF: 798.242.853-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

EDIL MOURA DA COSTA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250439 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIL MOURA DA COSTA **Data do acidente:** 11/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P7 P12)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250439 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIL MOURA DA COSTA **Data do acidente:** 11/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P7 P12)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO 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



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197403/20

Vítima: EDIL MOURA DA COSTA

CPF: 798.242.853-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIL MOURA DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDIL MOURA DA COSTA : 798.242.853-34

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: 15/07/2020
Nome: EDIL MOURA DA COSTA
CPF: 798.242.853-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

EDIL MOURA DA COSTA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA