



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

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

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02164716220238060001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	26/04/2023 17:23:32

Partes

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

Arquivos

Petição:	2882756_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2882756_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-36.pdf
Documentação:	2882756_CONTESTACAO_Anexo_02 - 37-49.pdf
Procuração/Substabelecimento:	SUBSTABELECIMENTO_SUPELVISAO_2018 - 1-2.pdf

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

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200404483

Vítima: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200404483

Vítima: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000000608-4

Conta: 0000023857-0

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200404483

Nome do(a) Examinado(a): ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA PEDRO LOURENÇO GUERREIRO, 120, , Maracanaú/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 99002124865

Data e local do acidente: 06/12/2019 - Maracanaú/CE

Data e local do exame: 03/12/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -3.74672 , longitude: -38.50831

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do quarto metacarpo da mão direita, trauma contuso no joelho direito.

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

Submetido a tratamento conservador com imobilização e fisioterapia para mão. Submetido a drenagem de hematoma no joelho direito. Alta definitiva em novembro de 2020.

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

Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça lateral alterado, movimento de pinça pulpar alterado, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 90°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 80°, hiperextensão do polegar aos 10°, hiperextensão do segundo dedo aos 10°, hiperextensão do terceiro dedo aos 8°, hiperextensão do quarto dedo aos 8°, hiperextensão do quinto dedo aos 8°. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual na mão direita.

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

Sim

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

Sim

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

Diminuição residual da força de preensão Palmar associado a mínima limitação dos movimentos e mínima hipotrofia muscular. Mobilidade preservada para o joelho.

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Mão Direita - Residual - 10%

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



Dr. Greice Freitas Guimarães
Médico - CRM 9050

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 969-502-933-72 4 - Nome completo da vítima: Anderson Alberto de Sousa Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Anderson Alberto de Sousa Santos 6 - CPF: 96950293372
7 - Profissão: Policial Militar 8 - Endereço: R. Pedro Lourenço Guerreiro 9 - Número: 120 10 - Complemento:
11 - Bairro: Ed. Bandeirantes 12 - Cidade: Maracanã 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61934220
15 - E-mail: andersonalbertoconcursos@yahoo.com.br 16 - Tel (DDD): 85 993468472

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☒ R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0608 4 CONTA: 23857 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o encaminhamento do 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 não submeter laudo de perícia médica presencial, caso necessário, às instâncias 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 6.194/74.

Declaro que esta autorização não signifi prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disponível, de seu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Causa Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Vítima de seu companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima de seu companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima possui irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima possui pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: Maracanã, 08 de Julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Anderson Alberto de S. Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2020299582



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 534 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/05/2020 14:50:06**
Data / Hora da Ocorrência: **06/12/2019 15:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DR MENDEL STEINBRUCH - MARACANAÚ**
MARACANAÚ/CE
Ponto de Referência: **ASSAI SUPERMERCADO**

Noticiante(s)

Nome: **ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**
Nascimento: **21/06/1983** CPF: **969.502.933-72**
OUTROS: **58723916** Órgão Emissor: **PM** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA EDNEUSA DE SOUSA SANTOS**
ALUIZIO ALBERTO DOS SANTOS
Endereço: **RUA PEDRO LOURENÇO GUERREIRO, 120**
Bairro: **JARDIM BANDEIRANTES** CEP:
Município: **MARACANAÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Afirma a noticiante que é policial militar lotado no 21º batalhão da PM; QUE estava trafegando na motocicleta de placa HXP 7451, de propriedade do estado do Ceará, com o seu filho menor, JESUS GABRIEL GERMANO DE SOUSA SANTOS, quando um veículo HILUX, placas PBT 1110, invadiu a pista preferencial, atravessando na frente da motocicleta conduzida por este noticiante; QUE o este declarante e seu filho tomabaram ao chão; QUE ambos foram encaminhados ao Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda; QUE sofreu fratura na mão direita; QUE JESUS GABRIEL sofreu escoriações pelo corpo. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA JULIANA FONTENELE AZEVEDO BATISTA - MAT.: 30119606

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Anderson Alberto de Sousa Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima: **969-502-933-72 Anderson Alberto de Sousa Santos**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: **Anderson Alberto de Sousa Santos** 6 - CPF: **96950293372**
7 - Profissão: **Policial Militar** 8 - Endereço: **R. Pedro Lourenço Guerreiro** 9 - Número: **120** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Sd. Bondeirantes** 12 - Cidade: **Maracanã** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61934220**
15 - E-mail: **andersonalbertoconcursos@yahoo.com.br** 16 - Tel (DDD): **85 993468472**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☒ R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco 237**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **0608** **4** CONTA: **23857** **0**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o encaminhamento do análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em não submeter laudo de perícia médica presencial, caso necessário, às instâncias 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 194/74.

Declaro que esta autorização não signifi prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disponível, de seu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Causa Parentesco com a vítima: 26 - Vítima de seu companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima possui irmão(s) (vivo(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima possui pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso cessar, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e produzirem os documentos exigidos, e, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a partir da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: **Maracanã, 08 de Julho de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

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:	16/12/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320040448301
VALOR TOTAL:	945,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00608

CONTA: 000000023857

Número da Autenticação

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:	16/12/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320040448301
VALOR TOTAL:	945,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00608

CONTA: 000000023857

Número da Autenticação



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

006932215

DADOS DO CLIENTE

MARCELINO DE SOUSA RODRIGUES

RUA PEDRO LUIZ ALBUQUERQUE 100, 1ºº, APT. 1001, BARRIO BONFIM, FORTALEZA
MARACANAU - CEP: 61914-270

Codificação: 146.084.0073.0430.0000.00.00
Padrão de Imóvel: FETILAR

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pubblica: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Mensurar	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A19N638452	26	33	7	7

DATAS

Leitura atual: 22/09/2020 Emissão: 22/09/2020 Leitura anterior: 21/08/2020 Próxima leitura: 22/10/2020
QUALIDADE DA ÁGUA ENTREGUEDA: BOMENTE A. 01/2020

Nº de abastecidas	Claro	Turbidez	Cor	Califor mes Totais	Escherichia coli
Feixidas	050	050	014	050	050
Finalizadas	067	067	067	067	067
Em conformidade	067	064	063	067	067

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

ÁGUA 28,30

RESTITUIÇÃO VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Restituição (m³)
set/19	4	0
out/19	6	0
nov/19	8	0
dez/19	9	0
jan/20	7	0
fev/20	4	0
mar/20	6	0
abr/20	9	0
mai/20	8	0
jun/20	8	0
jul/20	7	0
ago/20	6	0

82650000000-3 28300009800-6 01072900301-1 04004722015-3



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Estado

Fatura Mensal

Av. Lacerd Villela Duarte, 1030 - Vila Lacerd - Fortaleza-CE | CEP: 60402-901
CNPJ: 07504188/0001-07 | CDT: 0909/204-5 | Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195 | Internet: www.cagece.com.br



CDD JOSE WALTER CE
JOAO BATISTA DE LIMA NETO
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM
ED. 7B1-445 FORTALEZA

Para falar com a Cagece, você liga 0800 275 0195, ou, se preferir,
dirija-se a uma de nossas Lojas de Atendimento, entre 8:00h e 17:00h.

Inscrição	Local	Sector	Quadra	Lote	Complemento	Responsável	Sequencial
10729003	001	055	390	0167	0000	99999	000194

ECONOMIAS

SITUAÇÃO

Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Água	Esgoto
001	000	000	000		

Qualidade da Água (Parâmetros da Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde)

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta fatura
com os padrões estabelecidos pela portaria 2914/11 do Ministério da Saúde.

Parâmetro	Turbidez (JT)	pH	Cor (JPE)	Cloro (mg/L)	CT (%)	CTT/E.Coli
Padrão da Portaria	5,0	6,0 a 9,5	15	Mín. 0,2	*	Ausente

* Sistema que produz 40 ou mais unidades / mês: ausência em 5% das amostras analisadas.
Sistemas que analisam menos de 40 / mês: apenas 1 (uma) amostra poderá apresentar resultado positivo.



Conheça os Parâmetros

Turbidez: Ocorre devido às partículas em suspensão deixando a água com aparência turva.

pH: Utilizado para medir a acidez ou alcalinidade da água.

Cor: Ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.

Cloro: Produto químico utilizado para eliminar bactérias.

Coliformes Totais (CT): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias provenientes da natureza.

Coliformes Termotolerantes / E. Coli (CTT/E.Coli): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias de origem animal (fezes).

Em condomínios, afixar estas informações em local visível aos consumidores.

OBSERVAÇÃO: Diretrizes anormais, medidas corretivas são adotadas para o retorno a normalidade.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à CAGECE (Resolução 130, Art. 73 - ARCE e Resolução DE, Art. 4º, §1, Lei - ACFOR).

Agência Reguladora de Fortaleza: ACFOR: 0800 285 1919.

Agência Fiscalizadora de Demais Localidades: ARCE: 0800 853 3838

Maiores informações: Telefone: 0800 275 0195; Lojas de Atendimento da Cagece de 8 às 17h,
ou no site: www.cagece.com.br

Atualize seu CPF. Procure uma de nossas Lojas de Atendimento.
É obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
conforme Resolução 130, art. 73, da Agência Fiscalização ARCE: 0800 275 3838.

☐ NÃO FOI LOCALIZADO

☐ NOVO USUÁRIO ERRO

☐ RECUSOU-SE A RECEBER



Cor
RS 0
23.04.2017

AGF. JOSE BONIFAC

UN-MTS - Correios

82650000000-3 28300009800-6 01072900301-1 04004722015-3



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Estado

Fatura Mensal

Av. Lacerd Villela Duarte, 1030 - Vila Lacerd - Fortaleza-CE | CEP: 60402-901
CNPJ: 07504188/0001-07 | CDT: 0909/204-5 | Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195 | Internet: www.cagece.com.br



CDD JOSE WALTER CE
JOAO BATISTA DE LIMA NETO
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM
ED. 7B1-445 FORTALEZA

Para falar com a Cagece, você liga 0800 275 0195, ou, se preferir,
dirija-se a uma de nossas Lojas de Atendimento, entre 8:00h e 17:00h.

Inscrição	Local	Sector	Quadra	Lote	Complemento	Responsável	Sequencial
10729003	001	055	390	0167	0000	99999	000194

ECONOMIAS

SITUAÇÃO

Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Água	Esgoto
001	000	000	000		

Qualidade da Água (Parâmetros da Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde)

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta fatura
com os padrões estabelecidos pela portaria 2914/11 do Ministério da Saúde.

Parâmetro	Turbidez (JT)	pH	Cor (JPE)	Cloro (mg/L)	CT (%)	CTT/E.Coli
Padrão da Portaria	5,0	6,0 a 9,5	15	Mín. 0,2	*	Ausente

* Sistema que produz 40 ou mais unidades / mês: ausência em 5% das amostras analisadas.
Sistemas que analisam menos de 40 / mês: apenas 1 (uma) amostra poderá apresentar resultado positivo.



Conheça os Parâmetros

Turbidez: Ocorre devido às partículas em suspensão deixando a água com aparência turva.

pH: Utilizado para medir a acidez ou alcalinidade da água.

Cor: Ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.

Cloro: Produto químico utilizado para eliminar bactérias.

Coliformes Totais (CT): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias provenientes da natureza.

Coliformes Termotolerantes / E. Coli (CTT/E.Coli): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias de origem animal (fezes).

Em condomínios, afixar estas informações em local visível aos consumidores.

OBSERVAÇÃO: Diretrizes anormais, medidas corretivas são adotadas para o retorno a normalidade.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à CAGECE (Resolução 130, Art. 73 - ARCE e Resolução DE, Art. 4º, §1, Lei - ACFOR).

Agência Reguladora de Fortaleza: ACFOR: 0800 285 1919.

Agência Fiscalizadora de Demais Localidades: ARCE: 0800 853 3838

Maiores informações: Telefone: 0800 275 0195; Lojas de Atendimento da Cagece de 8 às 17h,
ou no site: www.cagece.com.br

Atualize seu CPF. Procure uma de nossas Lojas de Atendimento.
É obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
conforme Resolução 130, art. 73, da Agência Fiscalização ARCE: 0800 275 3838.

☐ NÃO FOI LOCALIZADO

☐ NOVO USUÁRIO ERRO

☐ RECUSOU-SE A RECEBER



Cor
RS 0
23.04.2017

AGF. JOSE BONIFAC

UN-MTS - Correios

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 071 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/SIJOT/ECASWEB/UDOCORIGINAL.aspx?TIPO=1&COD.CO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da renda mensal, a fim de possibilitar documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, 2º CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÊM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECLAMAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSCITADAS DE ATIVIDADES NÃO PERMITIDAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Yacir Batista de Lima Neto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 641604.173 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Anderson Alberto de Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.502.933 / 72

do sinistro da DPVAT cobertura DAMS da vítima Anderson A. de Sousa Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.502.933 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua diamante

Bairro:

Meridiano

Cidade:

Fertaluz

Número:

27

Estado:

CE

Complemento:

Alto Guape

CEP:

60461-445

Tel. (DDD):

(85) 988044184

E-mail: Catolilinetto.lima@segura@gmail.com

Local e Data: Fertaluz 14/10/2020

Yacir Batista de Lima Neto
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/EIBLIC/ECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&COLIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MÉRITOS DO SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO VITELÍFERA; ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, COM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Batista de Lima Neto

inscrito (a) no CPF/CNPJ 071.604.173 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Anderson Alberto de Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o N.º 969.500.933 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Anderson A. de Sousa Santos

inscrito (a) no CPF sob o N.º 969.500.933 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVA¹, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Diamante</u>	Número: <u>97</u>	Complemento: <u>Celso Jorge</u>
Bairro: <u>marabão</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>anderson.alima@igmail.com</u>	CEP: <u>60.611-445</u>	Telefone: <u>(85) 9.3809.4134</u>

Local e Data: Fortaleza 14/10/2020

João Batista de Lima Neto
Assinatura do Declarante

Instruções do preenchimento

1. Esta declaração deve ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura e rubrica em cartão, por meio eletrônico.
2. Ao preencher esta declaração, o médico facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhes pertinentes à evolução ou quadro clínico do paciente. Deverá estar tendo em vista, a menos que sepiam os fatos, as explicações mais plausíveis.
3. Se os sintomas do acidente não forem suficientes para determinar a natureza da lesão, o médico poderá indicar a necessidade de exames complementares.

Que as informações fornecidas são verdadeiras e corretas e não há qualquer intenção de fraudar o processo de cancelamento.

Dados do segurado

Nome do Segurado: **ANDERSON ALBERTO DE SANTOS** Data de Nascimento: **06/12/2019**

Relatório médico

Período de observação do caso: **08/07/2020**

Local onde ocorreu o acidente: **FRATURA DA BIA DO 4º**

METACARPO D7º + TRAUMA NO JOELHO D7º

Diagnóstico médico: **CID-S-62.3** **CID-S-80.3** **CID-V-23**

Condição de saúde do segurado antes do acidente: ☒ Sim ☐ Não

EM CASO DE MORTE

Em que data ocorreu a morte?

Qual foi a causa imediata da morte?

A morte ocorreu exclusivamente em decorrência do acidente? ☒ Sim ☐ Não

Condição de saúde do segurado antes do acidente? ☐ Sim ☒ Não

Em que data ocorreu a morte? ☐ Sim ☒ Não

Em que data ocorreu a morte? ☐ Sim ☒ Não

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Deu baixa total ao trabalho? **ABEMP**

Qual foi o tratamento clínico? **CONSERVADOR + IMOBILIZAÇÃO**

Qual foi o tratamento fisioterapêutico? **NÃO**

ARTICULAR SERV. MÉDICOS E FISIOTERÁPICOS LTDA
CNPJ: 13.251.274/0001-03

Dc João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.713.923-41

and not because of a lack of

NAME _____

A_3 (ppm): 130.56 (t, 1C, $^1J_{\text{C-F}} = 64.9$), 100.0 (q, 1C, $^1J_{\text{C-F}} = 19.6$), 77.0 (m, 1C, $^1J_{\text{C-F}} = 19.6$), 66.0 (t, 1C, $^1J_{\text{C-F}} = 19.6$).

• • •

Yiguna sausa ou doosa? priya thila le nava: 1110009106 xdm 200804167

540

Quando Pierre é submetido ao primeiro teste, ele se lembra de uma mulher que se chama Alice e que vive no mesmo apartamento que ele. Ele se lembra de uma mulher que se chama Alice e que vive no mesmo apartamento que ele.



© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 391–397

DA. DANILLO CANUTO RM 205011-5P

Os dados são de natureza qualitativa e quantitativa.

05/04/2020

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 115–122

ALTA COM SEANELAS

⁵ <http://www.fbi.gov/pressrel/2007/pr07-094.htm>.

que o nome não tenha para a religião, a liturgia ou para o culto dos santos)

ALTA MÉDICA COM FÉVELA

For sale by the publisher. May be purchased by individuals at a discount.

na.

Se a velocidade média de um corpo é dada por $v = \frac{d}{t}$, onde d é a distância percorrida e t é o tempo gasto, então a velocidade média de um corpo que percorre 100 m em 20 s é:

7.45

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110



© 1999 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 245: 399–405

ARTICULAR SERV. MÉDICOS E
FISIOTERÁPICOS LTDA
CNPJ: 13.251.274/0001-03

INCAPACIDADE FUNCIONAL DA MÃO D
30% E JOELHO DE 20% POR DOZ A MOBY
LIZACÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Small Scale Private Production: The small scale private sector is the one that has been most successful in expanding its share of the economy. It has grown from 10% of the economy in 1980 to 25% in 1990. This sector has been the most dynamic in the economy, and it has been the most successful in creating new jobs. It has also been the most successful in increasing its share of the economy. This sector has been the most successful in creating new jobs. It has also been the most successful in increasing its share of the economy.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.717.923-21

GRAFICO DAS LESÕES (HACHURAR AS PERDAS E CIRCULAR AS ANQUILOSES E FRATURAS NÃO CONSOLIDADAS).



ALTA MEDICA DEFINITIVA COM
SEQUELAS

Dados do médico assistente

5155

85 32834784

08 07 20 08 07

W. A. L. H. E.

08/07/2020

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

ARTICULAR SERV. MÉDICOS E
FISIOTERÁPICOS LTDA
CNPJ: 13.251.274/0001-03

Compacto Plus

M

00

ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

IJF Time: 00:00

D

WC 8342

DN : 20/2/2020

21 15



Compacto Plus

M 00

ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

IJF Time: 00:00



WC: 5311

DN: 20/2/2020



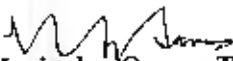
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar do Sr. **ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**, portador do RG n.º 587.239-1-6, PM-CE, inscrito no CPF n.º 969.502.933-72, dia 06/12/2019 às 15h10, Município de Maracanaú-CE, na Avenida Mendel Steinbruch, Bairro Pajuçara, próximo ao Assai Supermercado, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e carro, sendo removido para o **Hospital de Maracanaú**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 17 de fevereiro de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORA EXECUTIVA



RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

MARTIN ROBERTO de
S. SILVA
Sobrito.

1685 Físico. No exame
p/ mão / pulso @

HD: Síncope de
7 segundos
Dorsal 3887

no 4.º METR NYW +
378.720 ATP SUBOZ

Data:

11/07/2020

Ass./Carimbo do Médico

BRUNO LOPES
CRM 10.000
CREMED 6568



ACOLHIMENTO/CLASSIFICAÇÃO

NOME: <u>Augusto de Sousa Santos</u>		DADOS VITAIS:			
DATA: <u>11/12/19</u>	HORA:	PA:	T:	FR:	FC:
SEXO: ☒ M ☐ F	IDADE: <u>36 anos</u>	DOR:			
QUEIXA PRINCIPAL: <u>Exema em olho</u>		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			
HISTÓRIA BREVE: <u>Acidente de moto</u>		AMARELO ☐			
CONDUTA: <u>Dr. Marcelo Consilheiro</u>		VERDE ☐			
		AZUL ☐			

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA(O)

ATENDIMENTO AMBULATORIAL ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 44643
Nome: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS		CNS: 705005412307855	
Idade: 36 anos 5 meses 28 dias		Data Nasc: 21/06/83	
Nome da mãe: FRANCISCA EDNEUSA DE SOUSA SANTOS		Nome do pai:	
Endereço: PEDRO LOURENÇO GUERREIRO		Nº: 120	
Bairro: JARDIM BANDEIRA		Município: MARACANAÚ	
RG: 58723916	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
58723916			
Celular	Telefone Residencial		Telefone Comercial
8899746847			
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 19/12/19		Hora: 13:34:30	
Médico: HOSPITAL 19		CRM:	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 120		Situação:	
Atendente: NATANAEL DA SILVA CARNEIRO			

AMARELO: ()

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERDE: ()

AZUL: ()

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pele resaca quebrou a noite há 13 dias. Reforço da pomada. (D)

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Exame físico sem alterações da pele da região (D)
At. em 4º momento sem alterações (D)

EXAMES SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO: *Furúnculo*

CID:

PROCEDIMENTO: *Tratamento farmacológico 4º momento sem (D)*

PREScrição MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

... Guia de Atendimento 02 ...

HOSPITAL MUNICIPAL
DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA

1301374494	05/12/2019 15:48:02	FICHA DE ATENDIMENTO		CIRURGIA GERAL		DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS		21/06/1983		38 A 5 M 15 D		CPF	
Tipo Doc		Documento		Orgão Emissor		Data Emissão	
IDENTIDADE		58723916		PM		M	
Mão		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
FRANCISCA EDNEUSA DE SOUSA SANTOS		CASADO(A)		PARDA		CEILANDIA - DF	
Endereço		Fui		Aluísio Alberto dos Santos		Contato	
- RUA JOSE FERREIRA DA SILVA - 310 - JARDIM BANDEIRANTES - MARACANAÚ - CE		CCP		(85) 99757-1116		Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº de Carteira		Validade	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter de Atendimento		Profissional do Agend.		Procedência	
PRONTO ATENDIMENTO		URGÊNCIA				Temp.	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Presença	
SPA						Registrado em:	
Queixa Principal						LEDAMS	
Anamnese de Enfermagem						GSC	
						TOTAL	
						AQ: 1234 RV: 12345 NRW: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10:30 h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
PRESCRIÇÃO							
APRAZAMENTO							
OBSERVAÇÃO							
Condição							
Óbito							
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Carimbo e Assinatura do Médico							



Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda



Elaboração: 28/02/2012

Revisão: 17/09/2013

Código: HMJEH05

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Anderson Augusto de Lima

6

un. and

2 MAX 500 400 3 — 196

Am 4 de 12/15 2012

Data: _____

06/12/15

Dr. Fábio Feitosa
Cirurgia Geral
CRM : CE - 12900

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Elaboração: 28/02/2012

Revisão: 17/09/2013

Código: HMJEH05

RECEITUÁRIO

Nome: Anderson Roberto de Lencastre

do

un. 0.00

7 MAXILAR 400 mg

Amo 12/12/2013

Dr. Fábio Feitosa
Cirurgia Geral
CRM: CE - 12900

Data: 08/12/13

Assinatura - CRM/C

→ → → com, Tenente auricélio
→ → → 98868 0836.

SAMU 140

20190777475 →

NOME: FCC VALTER PEREIRA DA SILVA

05/04/84 -

017.043.143.68.

LOCAL - ANGICOS, BARREIRAS
MAG.

IPBT 110 →

PROP.

Guarda municipal de maracanaú.

Sgt Ramires. 87131841
→ → → SSPDS, CIOPS

31012876
ITALO - VIG
ILLES - SEC.
PAULO

→ → →

CL. ADRC, ERIVANDO

SSPDS



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

P / Anderson Alberto de Amorim

Tato Leão p/ mãe D

Funções - ulna

HP: Fato 4º metacarpo

29/10/19

Dr. Carran
Médico
CREMEC 16021



Prefeitura de
Fortaleza

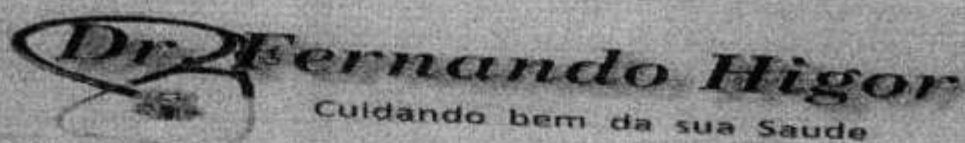
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Registro

Nome: <i>Anderson Augusto</i>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☐ Masc ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
<i>Frat do Sr.</i>			
EXAMES RADIOLOGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical __AP/P	☐ Clavícula __AP
☐ Tórax __AP/P	☐ Ombro __AP/P	☐ Braço __AP/P	☐ Antebraço __AP/P
☒ Punho __AP/P e <i>oblique</i>	☐ Mão __AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMI	☐ Perna __AP/P	☐ Joelho __AP/P	☐ Tornozelo __AP/P
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PT/TTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
			☐ MID
			☐ MSE
			☐ MIE
OUTROS EXAMES			
Dr. Francisco José Sales de Vasconcelos Ortopedista e Traumatologista CRM: 3686 - CPF: 074.380.243-20 MFA 5			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data / /	Hora: h minutos



Lauda Médico

Atesto para os devidos fins que a paciente Anderson Alberto de Sousa Santos RG: 587.239-16, foi por mim examinado após sofrer acidente com motocicleta onde sofreu trauma em punho esquerda. O mesmo realizou exames complementares onde foi evidenciando melhora do quadro de luxação de punho esquerdo estando o mesmo apto a realizar qualquer atividade física e laboral que lhe seja oferecida.

Conclusão: Paciente apto a retornar suas atividades laborais

CID: Z10.0

Anderson - 969.502.933-72
Agendado P/ 16/01 às 13h

Fortaleza 07/01/2020

curti em 08/01

APTO

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CRMCE 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira
CRMCE 12721
Clínica Médica



Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traumatologia conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.

PACIENTE: Guilherme Almeida da Silva
IDADE: 36 SEXO: M

CEPARGOW: 85 SAT O²: —
PA: — PULSO: —

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Acidente de trânsito, queda de altura, lesão de membro superior direito, fratura de rádio e ulna, lesão de membro inferior esquerdo, fratura de fêmur.

15/12/2020

10:30h

[Assinatura]
Dr. Fábio Fabiano
Cirurgião Geral
CRM: 10.123.456

Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traqueotomia) conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.

PACIENTE: Enfermeiro 19/01/2001 19/01/2001
 IDADE: 36 SEXO: M

GLASGOW: 15 SAT O₂: 100%
 PA: 120/80 PULSO: 72

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Paciente com quadro de insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação mecânica, sendo encaminhado para tratamento especializado.

19/01/2001
 15/01/2001

Dr. João Elísio de Holanda
 Diretor Geral
 CRM - RJ - 12001



Elaboração: 06/01/2012

Revisão: 24/08/2015

Código: HMJEH01

ATESTADO MÉDICO

(Formulário utilizado em diversos setores)

Atesto que o segurado

Anderson Alberto da Silva Junior

portador da Carteira Profissional nº _____

série _____, necessita de 07 (sete)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Maracana, 06/12/15

Local e data

ATE 12/

Assinatura - CRM/CRO

Dr. Fábio Feitosa
Cirurgia Geral
CRM - CE - 12900

Nota- Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto N° 60501, de 14.03.67 e será expedido para justiça de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

COPEM AGENDADO P/ 27/12 a5

Rua João Alencar s/n - Centro - Maracanaú/CE

CEP: 61900-150

CNPJ: 10.553.026/0001-10

PABX: 3521.5500 / Fax 3521.5586



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: **Albino de Souza Leão** 4 - Nº PRONTUÁRIO:
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 6 - DATA DE NASCIMENTO: 7 - SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMININO
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: 9 - TELEFONE DE CONTATO:
DDD: Nº TELEFONE:
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 12 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 13 - UF: 14 - CEP:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 17 - QTDE:

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S) SOLICITADO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	19 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	20 - QTDE
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	22 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	25 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	28 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	31 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: 34 - CID 10 PRINCIPAL 35 - CID 10 SECUNDÁRIO 36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES:

Fratura do fêmur D
de Isclarea

PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Dr. Francisco José Sales de Vasconcelos** 39 - DATA SOLICITAÇÃO: 42 - ASSINATURA/ CARIMBO COM Nº CR **SVIH**
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 3008 - CPF: 074.390.343-20
40 - DOCUMENTO: 41 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO SOLICITANTE:
() CNES () CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 49 - Nº AUTORIZAÇÃO (APAC):
45 - DOCUMENTO: 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
47 - DATA AUTORIZAÇÃO: 48 - ASSINATURA/ CARIMBO (No REGISTRO DO CONSELHO) 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:
/ / a / /



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria do Planejamento e Gestão

Coordenadoria de Perícia Médica

Resultado de Exame Pericial

Código: 7204412200302

DADOS DO PERICIADO			
NOME ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS			
DT DE NASC.	21/06/1983	CPF	969.502.933-72
		ESTADO CIVIL	CASADO
NATURALIDADE	BRASÍLIA/DF	MUNICÍPIO	MARACANAÚ
		ESTADO	CE
ENDEREÇO CENTRAL 62 - JARDIM BANDEIRANTES 61934075			
MATRÍCULA	58723916	ÓRGÃO	POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ

DADOS DA PERÍCIA			
RESULTADO DO EXAME LICENÇA NA FORMA DO ART. 62, §1º, INCISO V DA LEI 13729/2006.			
TIPO LICENÇA ☐ INÍCIO ☒ PRORROGAÇÃO			
DIAGNÓSTICO	S62	TEMPO DE LICENCIAMENTO	12 DIAS
		A PARTIR DE	20/02/2020
OBSERVAÇÃO EXTERNA APTO A SEGUIR			

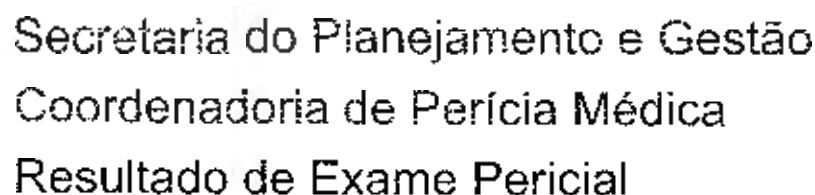
Fortaleza, segunda-feira, 02 de março de 2020

Secretaria do Planejamento e Gestão
Coordenadoria de Perícia Médica
Resultado de Exame Pericial

DADOS DO PERICIADO			
NOME ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS			
DT DE NASC.	21/06/1983	CPF	969.502.933-72
		ESTADO CIVIL	CASADO
NATURALIDADE	BRASIL/DF	MUNICÍPIO	MARACANAÚ
		ESTADO	CE
ENDEREÇO CENTRAL 62 - JARDIM BANDEIRANTES 81934075			
MATRÍCULA	58723916	ÓRGÃO	POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ

DADOS DA PERÍCIA	
RESULTADO DO EXAME	
SUSPENSÃO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE NA FORMA DO ART. 64 DA LEI 13.729/2006	
DIAGNÓSTICO	M25.5
A PARTIR DE	05/01/2020
OBSERVAÇÃO EXTERNA	
MÉDICO ASSISTENTE CREMEC 12721 INFORMA QUE O PERICIADO ESTA APTO AO RETORNO AS SUAS ATIVIDADES LABORAIS	

Fortaleza, quinta-feira, 16 de janeiro de 2020



DADOS DA PERÍCIA			
RESULTADO DO EXAME			
LICENÇA NA FORMA DO ART. 62, §1º, INCISO V DA LEI 13729/2006.			
TIPO LICENÇA			
☒ INÍCIO ☐ PRORROGAÇÃO			
DIAGNÓSTICO	S62.3	TEMPO DE LICENCIAMENTO	30 DIAS
		A PARTIR DE	06/12/2019
OBSERVAÇÃO EXTERNA			
SEM OBSERVAÇÕES INFORMADAS.			

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTEM 30 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

RG/PASEP

135.46427.19-9

NOME

9980170

MESE

001-0

UF

CE

Jão Batista de L. Neto

ASSINATURA DO TITULAR

PODERAR DIREITO



	A	D	Z
1. APPROVED			
2. DENIED			
3. REVOKED			
4. SUSPENDED			
5. OTHER			

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

CNPJ: 01.429.235/0003-05

ENDEREÇO: Rua 24 de maio, 444

MUNICÍPIO: Fortaleza

UF: CE

EMP. MOVIMENTAÇÃO: PONT. SERVIÇO

CARGO: OPERADOR DE CAMIÃO

CÓDIGO: 424125

DATA DE ASSINATURA: 02

MÊS: Julho

ANO: 2008

ASSINATURA

P.S. / P.O.M.

REPRESENTANTE: R\$ 139,00 / Quilômetro

V. Fundo C.P. (PAQUE MENOS) R\$ 1,00

GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

P. 31

Assinado por: Armando Lima Carmilho Filho

DATA DE ASSINATURA: 31

MÊS: Outubro

ANO: 2008

PAQUE MENOS

GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

P. 31

Assinado por: Armando Lima Carmilho Filho

CÓDIGO DE SERVIÇO: 424125

P.S. / P.O.M.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA AERONÁUTICA
 AERONÁUTICA NACIONAL DE TRANSPORTES
 AERONÁUTICA NACIONAL DE TRANSPORTES



ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS



DOC. Identific. / Out. Exped. nº
03082124665 SSP CE

CPF
969.352.933-70 21/06/1989

Nome
ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

Nome da Mãe
FRANCISCA RIBEIRA DE SOUSA SANTOS

Estado Civil
CASADO MOC CM 194

Religião
CRISTÃO AR

Nº Nacional
03082124665 08/04/2013 29/06/2012

SEM DISTRIBUIÇÃO;

Anderson Alberto de Sousa Santos

ASSINATURA DO INTERESSADO

LOCAL
PORTALEIRA, CE

Data emissão
13/04/2018

Assinatura do Autorizador
(Assinatura)
 LOCAL DO AUTORIZADOR
CEARA

Nº do Documento
11006966891
 Nº do Documento
CE164531750



Bradesco

DEBÍTO



6500 4206 5780 9101

VÁLID THRU
06/24

ANDERSON ALBERTO DE SOUSA

elo

Emitido pelo Banco Bradesco S.A., em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

AGÊNCIA

CONTA

0608 4 0023857 0



elo
DEBÍTO

ASSINATURA AUTORIZADA - AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil: 0800-0022 / 0800-570-0022

Acesso no Exterior: +55 (11) 4050-0022

SAC: 0800-704-4333 (Declarado)

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800-722-8099

Evilândia: 0800-727-9933

NO EXTERIOR

Banco24Horas

ATM

pulse



DISCOVER

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200404483 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do quarto metacarpo da mão direita, trauma contuso no joelho direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça lateral alterado, movimento de pinça pulpar alterado, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 90°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 80°, hiperextensão do polegar aos 10°, hiperextensão do segundo dedo aos 10°, hiperextensão do terceiro dedo aos 8°, hiperextensão do quarto dedo aos 8°, hiperextensão do quinto dedo aos 8°. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual na mão direita.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização e fisioterapia para mão. Submetido a drenagem de hematoma no joelho direito. Alta definitiva em novembro de 2020.

Sequelas permanentes: Diminuição residual da força de preensão Palmar associado a mínima limitação dos movimentos e mínima hipotrofia muscular.
Mobilidade preservada para o joelho

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/12/2020

Conduta mantida:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200404483 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do quarto metacarpo da mão direita, trauma contuso no joelho direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça lateral alterado, movimento de pinça pulpar alterado, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 90°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 80°, hiperextensão do polegar aos 10°, hiperextensão do segundo dedo aos 10°, hiperextensão do terceiro dedo aos 8°, hiperextensão do quarto dedo aos 8°, hiperextensão do quinto dedo aos 8°. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual na mão direita.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização e fisioterapia para mão. Submetido a drenagem de hematoma no joelho direito. Alta definitiva em novembro de 2020.

Sequelas permanentes: Diminuição residual da força de preensão Palmar associado a mínima limitação dos movimentos e mínima hipotrofia muscular.
Mobilidade preservada para o joelho

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/12/2020

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200404483 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. P4,10,11,17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200404483 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. P4,10,11,17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Anderson Alberto de Sousa Santos
brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão Policial, residente e
à Rua Pedro Lourenço Guimarães Nº 120
bairro Sol Bandeirantes, Município de Monacama, UF CE
CEP: 61934-220, nascido 21/06/1983 CPF nº 96950293332
RG nº 587.239-J-6, Emissor PM-CE em 01/02/2013

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, Tec. em Seg do Trabalho, residente e domiciliado à Rua DIAMANTE, nº 27, bairro NONDUBIM, Município de FORTALEZA, UF: CE, CEP: 60761-445, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF nº 671.604.173-72, tel.: (85) 988094184; 981552525, autorizo watshapp, sms e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de trânsito o(a)

Sr.(a) Anderson Alberto de Sousa Santos
Ocorrido(s) em 06/12/2019, cobertura IPA ☒ DAMS ☒ MORTE ☐.

Conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer médico, comprovantes de depósitos de indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e Seguradora Lider, marcar perícias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como PEFOCE, SAMU, delegacias de polícia, hospitais, cartórios, autarquias de trânsito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.

Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, TOO, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA, PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE, SOMPO, CARDIF, superintendencia juridica da enseg e outras, Aspra associação.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON / PROCON -CE ou no instituto nacional da seguridade social INSS.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação: boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e etc.

Fortaleza 08 de julho de 2020.

Anderson Alberto de Sousa Santos

MONDUBIM

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA

CNPJ: 74.169.820/0001-90 - Rua Oliveira Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3208.2621 / 3467.0768 - E-mail: cartoriomondubim@hotmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma indizada de
ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS
que confere o/ o padrão reg. nesta serventia, ou fe
Fortaleza 07 de julho de 2020. Em test. de verdade

Antonio Marconio do Nascimento Escrivente Autorizado
Valor Total: R\$ 7,87

Controle de cada documento
seu original tem que ser autenticado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321202/20

Vítima: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

CPF: 969.502.933-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS : 969.502.933-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2020
Nome: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS
CPF: 969.502.933-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2020
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

ANDERSSON COSTA SILVA