

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2016

Carta nº: 10042577

A/C: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160683264 ASL-1151331/16
Vitima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2016

Carta nº: 10042577

A/C: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160683264 ASL-1151331/16
Vitima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2016

Carta nº: 10058629

A/C: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160683264 ASL-1151331/16
Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2016

Carta nº: 10058629

A/C: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160683264 ASL-1151331/16
Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10148445

A/C: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160683264 ASL-1151331/16
Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000032**

Conta: **0000040501-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10148445

A/C: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160683264 ASL-1151331/16
Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000032**

Conta: **0000040501-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA,

PORTADOR(A) DO RG Nº 192321490 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 01/08/14 E

CPF 632186583-49 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AUTONOMA

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA R. L. DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 40501-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DOCUMENTO 1 *T19*



J. DO NORTE 04 de OUTUBRO de 2016

LOCAL E DATA

M. Risomar L. de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA,

PORTADOR(A) DO RG Nº 192321490 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 01/08/14 E

CPF 632186583-49 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AUTONOMA

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA R. L. DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 40501-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DOCUMENTO 1 *T19*



J. DO NORTE 04 de OUTUBRO de 2016

LOCAL E DATA

M. Risomar L. de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12824 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **12/02/2016 14:55:14**

Data / Hora da Ocorrência: **03/07/2016 11:00:00**

Endereço da Ocorrência: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência: _____

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA**

Nascimento: **10/05/1973** CPF: **632.156.583-49**

CNH: **03398521463**

Orgão Emissor: **DETRAN**

UF: _____

Filiação: **MARIA LEMOS DE OLIVEIRA**

JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA

Endereço: **RUA SÃO BENEDITO, 1458**

Bairro: **FRANCISCANOS**

CEP: _____

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: _____

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PME4604** UF: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC1670FR200195** Renavam: **1051626045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **NICLEON VIEIRA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDA DAS PENAS COMINADAS AO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME E FALSIDADE IDEOLÓGICA, COMPARECEU NESTA 20ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, MUNIDA DE CÓPIA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI- PRONTUÁRIO Nº134702, RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E CRLV DO VEÍCULO ABAIXO DESCRITO E DECLAROU O SEGUINTE: NO DIA 03.07.2016 POR VOLTA DAS 11:00 HORAS A VÍTIMA TRAFEGAVA NA RUA SÃO BENEDITO, PRÓXIMO A FARMACIA FERNANDES, DEPOIS DO POSTO, NO BAIRRO FRANCISCANOS, NESTA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CONFORME ACIMA DESCRITA. QUANDO INESPERADAMENTE VEIO A DESVIAR DE OUTRA MOTOCICLETA E COLIDIU COM OUTRO CARRO, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA DO SAMU E ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI. E NADA MAIS DISSE, DANDO-SE POR ENCERRADO O PRESENTE BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MARIA GORETI MESQUITA BANDEIRA - MAT.: 015695-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

Maria Risomar B. de Oliveira



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

GOVERNO DO ESTADO DO CE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E
DEFESA SOCIAL



POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12824 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A): ☒

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT. 128893-1-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
11/06/2016



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12824 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **12/02/2016 14:55:14**

Data / Hora da Ocorrência: **03/07/2016 11:00:00**

Endereço da Ocorrência: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência: _____

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA**

Nascimento: **10/05/1973** CPF: **632.156.583-49**

CNH: **03398521463**

Orgão Emissor: **DETRAN**

UF: _____

Filiação: **MARIA LEMOS DE OLIVEIRA**

JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA

Endereço: **RUA SÃO BENEDITO, 1458**

Bairro: **FRANCISCANOS**

CEP: _____

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: _____

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PME4604** UF: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC1670FR200195** Renavam: **1051626045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **NICLEON VIEIRA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDA DAS PENAS COMINADAS AO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME E FALSIDADE IDEOLÓGICA, COMPARECEU NESTA 20ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, MUNIDA DE CÓPIA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI- PRONTUÁRIO Nº134702, RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E CRLV DO VEÍCULO ABAIXO DESCRITO E DECLAROU O SEGUINTE: NO DIA 03.07.2016 POR VOLTA DAS 11:00 HORAS A VÍTIMA TRAFEGAVA NA RUA SÃO BENEDITO, PRÓXIMO A FARMACIA FERNANDES, DEPOIS DO POSTO, NO BAIRRO FRANCISCANOS, NESTA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CONFORME ACIMA DESCRITA. QUANDO INESPERADAMENTE VEIO A DESVIAR DE OUTRA MOTOCICLETA E COLIDIU COM OUTRO CARRO, SENDO A VÍTIMA SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU E ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI. E NADA MAIS DISSE, DANDO-SE POR ENCERRADO O PRESENTE BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MARIA GORETI MESQUITA BANDEIRA - MAT.: 015695-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

Maria Risomar B. de Oliveira



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

GOVERNO DO ESTADO DO CE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E
DEFESA SOCIAL



POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12824 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A): ☒

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT. 128893-1-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
11/06/2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA RISONAR LEMOS DE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 192321490 e inscrito no CPF/MF sob o nº 632.186.583-49, residente e domiciliado na RUA SÃO BENEITO Nº 1458, FRANCISCANOS, Cidade J. DO NORTE, Estado CEARA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

M^o Risonar L. de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 14/10/2016

Local e data



SECRETARIA DE TRÂNSITO - 54.240.2006.1144 - 00100002094

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA RISONAR LEMOS DE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 192321490 e inscrito no CPF/MF sob o nº 632.186.583-49, residente e domiciliado na RUA SÃO BENEITO Nº 1458, FRANCISCANOS, Cidade J. DO NORTE, Estado CEARA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

M^o Risonar L. de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 14/10/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA RIBOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

RG nº 192321490, data de expedição 01/08/2014, Órgão SSP - CE.

CPF nº 632.186.583-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 2 *T296*



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA SÃO BENEDITO
Número	Nº 1458
Apto / Complemento	
Bairro	FRANCISCANOS
Cidade	JUAZEIRO DO NORTE
Estado	CEARA
CEP	
Telefone de Contato	(88) 98857-0463 / 99665.2156
E-mail	luizcozina@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 14/10/2016

Assinatura do Declarante: RM⁰¹ Raimundo B. de Oliveira

INFORMANTE
287435-0

Rua Padre Manoel, 150
CEP: 63218-000 Fortaleza - CE
CNPJ: 04.735.000/0001-70 CGF: 04.105.845-0

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) - SÉRIE B-4 - Nº 436522692

Rota 11 13000 06 193000 - 9 Data de Emissão 19/09/2016

Nome MARIA RISONAR LEMOS DE ALIVEIRA

End. Postal RU SAO BENEDITO 01458
FRANCISCANO - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor 2721029 Poste 0000 B97N

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIYA REIOA de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 632180583-49 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Data de Referência	Data de Apresentação	Período de Faturamento
Set/2016	19/09/2016	19/09/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO

Tempo de Interrupção no Serviço (min)

Contorno 100% 100% 100%

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor da Imposta	Normal	Atual	Normal	Atual
17,58	12,00%	2,11	1,07	10,15	26,79	0,10

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

Normal	Atual	Normal	Atual
3,72	3,41	15,75	1,25

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. A	Let. B	Let. C	Let. D	Let. E	Let. F	Let. G	Let. H	Let. I	Let. J	Let. K	Let. L	Let. M	Let. N	Let. O	Let. P	Let. Q	Let. R	Let. S	Let. T	Let. U	Let. V	Let. W	Let. X	Let. Y	Let. Z
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

VALOR CONSUMO DO MÊS 69,09

ICMS COMPLEMENTAR BAIYA REIOA-COIN CONTAZ B97 9,83

MULTA MORATORIA REF 03/2016 0,79

CORREÇÃO MONETARIA DO MÊS 0,06

JUROS DO MÊS 0,37

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 15,56

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIYA REIOA 1,93

26/09/2016 97,63

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Consumo	69,09
ICMS	9,83
Multa Moratória	0,79
Correção Monetária	0,06
Juros	0,37
Iluminação Pública	15,56
PIS-COFINS	1,93
Total	97,63

CONSUMO CONJUNTO - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo (kWh)	Emissão (kg CO ₂)
66,13	0,60

CONTAS EM ATRASO

Valor em atraso: 97,63

Valor em atraso: 97,63

Nº do Cliente: 287435-0 Referência: Set/2016

Data de Emissão: 19/09/2016 Total a Pagar (R\$): 97,63

Nº da Nota Fiscal: 436522692 Nº do Contrato: 0000247435 00505 39442 31



SEQUENCIA LIXE PRET - 1 24/09/2016 11:49 - 0000287435

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA RIBOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

RG nº 192321490, data de expedição 01/08/2014, Órgão SSP - CE.

CPF nº 632.186.583-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 2 *T296*



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA SÃO BENEDITO
Número	Nº 1458
Apto / Complemento	
Bairro	FRANCISCANOS
Cidade	JUAZEIRO DO NORTE
Estado	CEARA
CEP	
Telefone de Contato	(88) 98857-0463 / 99665.2156
E-mail	luizcozina@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 14/10/2016

Assinatura do Declarante: RM⁰¹ Raimundo B. de Oliveira

INFORMANTE
287435-0

Rua Padre Manoel, 150
Cidade de São Paulo, SP
CEP 047.251-000

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) SÉRIE B-4 I Nº 436522692

Rota 11 13000 06 193000 - 9 **Data de Emissão** 19/09/2016

Nome MARIA RISONAR LEMOS DE ALIVEIRA

End. Postal RU SAO BENEDITO 01458
FRANCISCANO - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor 2721029 **Posto** 0000 B97N

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIYA **Valor de Potência** 0,00

RG/CPF/CNPJ 632186543-49 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Data de Referência	Data de Apresentação	Período de Referência
Set/2016	19/09/2016	19/09/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO

Tempo de Interrupção no Serviço (min)

Contorno 100% 100% 100%

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Normal	Atual	Normal	Atual
17,58	12,00%	2,11	1,07	10,15	26,79	0,10

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

Normal	Atual	Normal	Atual
3,72	0,01	15,75	1,25

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. A	Let. B	Let. C	Let. D	Let. E	Let. F	Let. G	Let. H	Let. I	Let. J	Let. K	Let. L	Let. M	Let. N	Let. O	Let. P	Let. Q	Let. R	Let. S	Let. T	Let. U	Let. V	Let. W	Let. X	Let. Y	Let. Z
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

VALOR CONSUMO DO MÊS 69,09

ICMS COMPLEMENTAR BAIYA REND-CONV CONFZ B79 9,83

MULTA MORATORIA REF 03/2016 0,79

CORREÇÃO MONETARIA DO MÊS 0,06

JUROS DO MÊS 0,37

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 15,56

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIYA REND 1,93

26/09/2016 **97,63**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Consumo	69,09
ICMS	9,83
Multa	0,79
Correção	0,06
Juros	0,37
Iluminação	15,56
PIS-COFINS	1,93
Total	97,63

CONSUMO CONJUNTO - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo (kWh)	Emissão (kg CO ₂)
66,13	0,60

CONTAS EM ATRASO

Valor em Atraso 97,63

Valor em Pagamento 0,00

Valor em Debito 97,63

Valor em Crédito 0,00

Valor em Saldo 97,63

Nº do Cliente: 287435-0 Referência: Set/2016
Data de Emissão: 19/09/2016 Total a Pagar (R\$): 97,63
Nº da Nota Fiscal: 436522692 Nº do Contrato: 0000247435 00505 39442 31



SEQUÊNCIA LÍDER 16 - 19/09/2016 11:49 - 0000287435

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, NICLEON VIEIRA SILVA

RG nº 1108860, data de expedição 07/11/13.

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 222.660.463-49, com domicílio na cidade de J. DO NORTE, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÃO BENEITO, nº 1458,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima MARIA R. Lemos DE OLIVEIRA, cujo o condutor era MARIA RIZOMAR Lemos DE OLIVEIRA

Veículo: HONDA/CG 150 START

Modelo: HONDA/CG 150 START

Ano: 2015/2015

Placa: PME 4604

Chassi: 9C2KC1670FR200195

Data do Acidente: 03/07/2016

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 10/10/2016

5º OFÍCIO

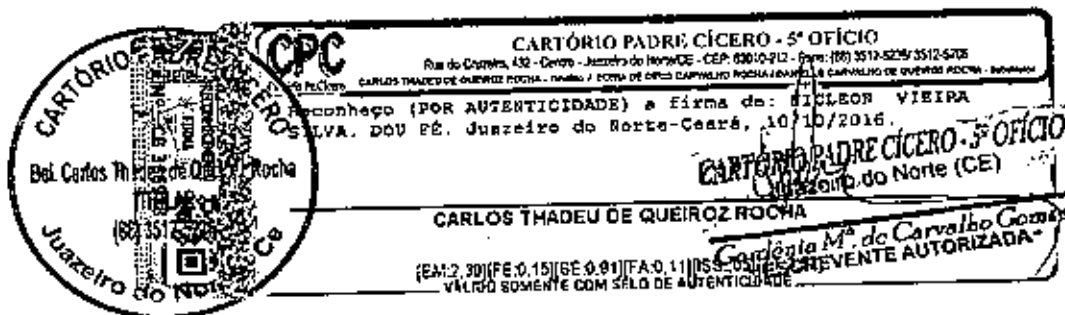
Nicleon Vieira Silva
Assinatura do Declarante

Maria R. Lemos de Oliveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SEBURENOR LINE E OFFER - 94 24/10/2016 11:53 - 0700000291

DOCUMENTO 4 "149"



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, NICLEON VIEIRA SILVA

RG nº 1108860, data de expedição 07/11/13,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 222.660.463-49, com domicílio na cidade de J. DO NORTE, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÃO BENEITO, nº 1458,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima MARIA R. Lemos DE OLIVEIRA, cujo o condutor era MARIA RIZOMAR Lemos DE OLIVEIRA

Veículo: HONDA/CG 150 START

Modelo: HONDA/CG 150 START

Ano: 2015/2015

Placa: PME 4604

Chassi: 9C2KC1670FR200195

Data do Acidente: 03/07/2016

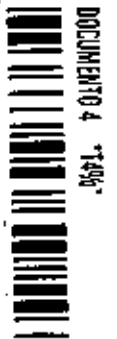
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 10/10/2016

5º OFÍCIO

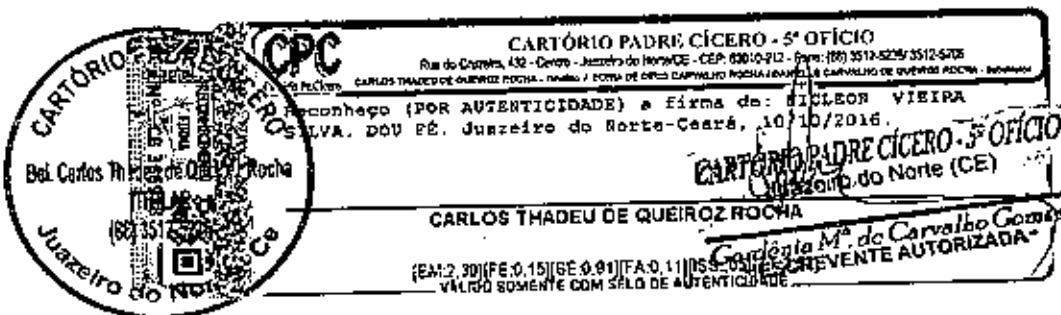
Nicleon Vieira Silva
Assinatura do Declarante

Maria R. Lemos de Oliveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SEBURENOR LINE E OFFER - 9 8 24/10/2016 11:53 - 0700000291



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA, Prontuário: 134702 Admissão: 03/07/2016
Data Nasc.: 10/05/1973 Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) e 24 dia(s) Telefone: 88 88027549
Mãe: MARIA LEMOS DE OLIVEIRA
Sexo: Feminino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: 63010-000 Bairro: FRANCISCANOS
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES Horário: 12:23
Queixa: dor ferimento e deformidade em mid após historia de trauma.
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA

S. 02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 9 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: ANA LIGIA ROCHA PEIXOTO CRM: 11749
Nº Atendimento: 330592 P.A.: Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: ACIDENTE COM UM VEICULO A MOTOR OU NAO-MOTORIZADO, TIPO(S) DE VEICULO(S)
NAO ESPECIFICADO(S)
Comorbidade: NEGA
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR QUEDA DE MOTO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.
AO EXAME:
GLASGOW: 15
TORAX: NDN
ABD: NDN
SEM INSTABILIDADE PELVICA
DEFORMIDADE EM MID COM RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO
NEGA ALERGIAS
J: AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.

DOCUMENTO 5 *TS%*



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Médico: ANA LIGIA ROCHA PEIXOTO CRM: 11749 03/07/16 12:28

Prescrição	Horário:
CUIDADOS DA ORTOPEDIA	12:30
CEFALOTINA 2,0G EV AGORA	12:30
CETOPROFENO 100MG + SF 0,9% 100ML EV LENTO	12:30

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA Prontuário: 134702 Admissão: 04/08/2016
Data Nasc.: 10/05/1973 Idade: 43 ano(s) 2 mes(es) e 25 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: MARIA LEMOS DE OLIVEIRA Telefone: 88 88027549
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458 Bairro: FRANCISCANOS CEP:

Solicitante SAMIR SAMAN FILHO

Data: 04/08/2016 N° Solicitação: 2015083

Nome do Exame	Justificativa
RX PERNA D AP/P (0204060168)	PO

05/09/16 às 10h

SEGUROSIA LINDA PERI - 91 24/08/2016 11:48 - 0000025339

U.S. SERVIÇOS DE SAÚDE
Gratuito e de Qualidade
CARI - CE 15.845 / TEL 13.899

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458
Bairro: FRANCISCANOS
CEP: 63010-000

Prontuário: 134702
Idade: 43 ano(s) 2 mes(es) e 8 dia(s)
UF: CEARÁ **Sexo:** Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: CLINICA CIRURGICA | Enfermaria: 06 Leito: 521
Internação 03/07/2016 22:27 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Resumo Clínico

FRATURA EXPOSTA PERNA DIR - TTO CIRURGICO

Exames Realizados

OS NECESSÁRIOS

Terapêutica Utilizada

OST FIBULA + FIXACAO EXTERNA + LIMPEZA CIRURGICA

Diagnóstico

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 18/07/2016

Observações Complementares

RET EM 14 DIAS AMB ORTOPEDIA - AGENDAR NO NAC!!!!

RX PERNA DIR AP + P NO RETORNO!!!

Responsável

Médico: SAMIR SAMAN FILHO

Data: 18/07/2016

	Agendamento	
Data: 04/08/16	Data:	Data:
Hora: 15:30	Hora:	Hora:
Código 61199	Código	Código

DR. Samir Samaan Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - CE 15.346 / TEOT 13.899



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais



NOME: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1973
SOLICITANTE: Dr. FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL
SETOR SOLICITANTE: CLÍNICA CIRÚRGICA
DATA DO EXAME: 05/07/2016
DATA DO LAUDO: 05/07/2016
EXAME: ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

PRONTUÁRIO: 134702

ENFERMARIA/LEITO: 06.521

RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor convexo multifrequencial de 12 Mhz, exame limitado pela presença de material de ortese, evidenciando-se:

COMPARTIMENTO LATERAL:

Tendões fibulares apresentando aumento de calibre e heterogeneidade textural, com pequeno halo anecoico indicativo de distensão da bainha pelo aumento do fluido sinovial.
Não há evidências de líquido na bainha dos fibulares.

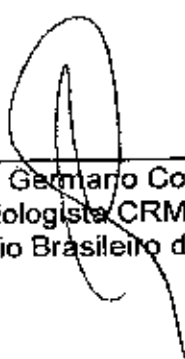
COMPARTIMENTO POSTERIOR:

Tendão do calcâneo com estrutura fibrilar heterogênea, apresentando solução de continuidade na porção proximal a sua inserção, comprometendo praticamente toda espessura do tendão, compatível com ruptura subtotal.

Observa-se infiltrado inflamatório nessa topografia.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. RUPTURA SUBTOTAL DO TENDÃO DO CALCÂNEO.
2. TENOSSINOVITE DOS FIBULARES.
3. CELULITE.



Dr. José H. Germano Correia
Médico Radiologista CRM 4133
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

Relatório de Cirurgia

Data da Conclusão: 03/07/16

Paciente: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: JAMACIR FERREIRA MOREIRA
1º Auxiliar:
Enfermeiro: JESSICA RODRIGUES PATRICIO
Instrumentador:

Prontuário: 134702 Dt. Nascimento: 10/05/1973
Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 01A
Anestesiologia: ** Não Informado **
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

** Não Informado **

** Não Informado **

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

** Não Informado **

** Não Informado **

Eventos e Incidentes:

** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:

** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

** Não Informado **

Grau de Contaminação:	Contaminada	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	-------------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DDH SOB ANESTÉSIA

CUIDADOS INICIAIS

ASSEP/ANTISSEP/CAMPOS ESTÉREIS

AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO TORNOZELO/CALCÂNEO DIR + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS +

IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF DE FO

INCISÃO PARA ACESSO AO M.LATERAL DIR + DISSECÇÃO POR PLANOS ATE FRATURA DE M.LATERAL DIR + REDUÇÃO FUNCIONAL E

FIXAÇÃO DE FRATURA COMINÚDA DE M.LATERAL D COM PLACA E PARAFUSOS

REDUÇÃO FUNCIONAL DE FRATURA COMINÚDA DE DIAFISE/METÁFISE DISTAL DE TIBIA DIR E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO

TRANSARTICULAR EM TORNOZELO DIR

LIMPEZA DE FO + SUTURA DE FERIMENTOS + CURATIVOS

PS: DURANTE EXPLORAÇÃO DE FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DE TORNOZELO/CALCÂNEO DIR OBSERVO PROVÁVEL RUPTURA
MÚSCULO DE TAQUILES DIR. SOLICITO USG DE TORNOZELO DIR PARA CONFIRMAR OU EXCLUIR TAL LESÃO.

Data

03/07/16

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

SECRETARIA DE SAÚDE - JUAZEIRO DO NORTE - CE
16/07/2016 - 11:55:16

RELATÓRIO ANATOMO PATOLÓGICO

NOME MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA		PRONTUÁRIO 134702		LABORATÓRIO	
SEXO ☐ MASCULINO ☒ FEMININO	IDADE 43	COR Sem informação		FONE CONTATO (88) 88027549	
MÉDICO FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL		CRM 16420			
PROCEDIMENTOS PROPOSTOS					
Código	Descrição				Principa
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA				S
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
Código	Descrição				Principa
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA				S

ANATOMO-PATOLÓGICO: NÃO

Natureza e Sede do Material:

Suspeita Clínica:

Dados Complementares:

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458
Bairro: FRANCISCANOS
CEP: 63010-000

Prontuário: 134702
Idade: 43 ano(s) 2 mes(es) e 8 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clínica: CLINICA CIRURGICA I Enfermaria: 06 Leito: 521
Internação 03/07/2016 22:27 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Safda: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

FRATURA EXPOSTA PERNA DIR - TTO CIRURGICO

Exames Realizados

OS NECESSARIOS

Terapêutica Utilizada

OE FIBULA + FIXAÇÃO EXTERNA + LIMPEZA CIRURGICA

Diagnóstico

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 18/07/2016

Observações Complementares

RET EM 14 DIAS AMB ORTOPEDIA - AGENDAR NO NACIIII

RX PERNA DIR AP + P NO RETORNO!!!

R. responsável

Médico: SAMIR SAMAAAN FILHO

Data: 18/07/2016

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

DR. Samir Samaan Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - CE 26.246 / TEOT 13.899



Radiologia Geral - Ultrassonografia - Mamografia - Densitometria
Rua. Januário Feitosa, 55 - Novo Juazeiro - Juazeiro do Norte-CE
(ao lado da Igreja Menino Jesus de Praga)
Fones: (88) 3571.7414 / 8847.0114 / 9666.4423

NOME: MARIA RISOMAR LEMOS
REQUISITANTE: DIMAS AMORIM DE MACEDO
EXAME: RX PERNA DIREITA
DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1973 -43A

DATA: 17/08/2016
CÓD.: 38331
REQUISIÇÃO: 58377
CONVÊNIO: SISTEMA UNICO DE SAU

RX DA PERNA DIREITA

Controle evolutivo evidencia fraturas comutativas nos terços distais da tíbia e da fíbula direita, fixadas com materiais de síntese que encontram-se bem posicionados e sem sinais de afrouxamento.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações.

OBS 1. Este relatório representa a impressão diagnóstica através da interpretação do médico radiologista. O relatório não deve ser considerado absoluto e definitivo, já que as doenças são evolutivas e podem modificar-se de acordo com a história natural da patologia ou investigação mais profunda. Havendo discordância do exame com a clínica do(a) paciente, entrar imediatamente em contato com a RADIOCLÍNICA.

OBS 2. Em caso de retorno para novos exames, favor trazer exames anteriores.

DIG: FWCVL

DR. LAMARCK NICODEMOS SANTANA
MÉDICO RADIOLOGISTA CRM:11093 RQE:5772
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

SEÇÃO DE REGISTRO DE EXAMES - 92.24/10/2016 11:43 - 0000000000

Atendimento: 2818491
Dt Atendimento: 22/09/2016 - 09:27
Dt Alta: 22/09/2016 - 17:11
Paciente: 432784 MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
Leito: 99 ENF 6-1
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 PLANO UNICO
Usuário: JTBARBOSA

CID: T841 COMPLICAÇÃO MECÂNICA DE DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO INTERNA DE

Procedimento de Alta 0408060360 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Observação de Alta
MARIA RISOMAR LEMOS, POI

HDA: PACIENTE INTERNADA NESTE NOSOCOMIO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA DIREITA.
EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTAVEL, SEM NAUSEAS OU VOMITOS, DEAMBULANDO E ACEITANDO
ADIETA.

EXAME FISICO: ECT: EGB, AAA, NORMOCORADO, HIDRATADO

ACV: BNF; RCR EM 2T, SEM SOPRO

ABD: RHA +, SEM VCM

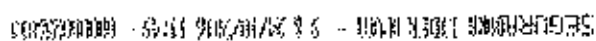
AR: MV + EM AHT, SEM R.A

CD: 1) ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO MÉDICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE E MEDICAÇÃO DOMICILIAR

Dr.(a) RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS (HMSVP)
CRM: C6443

SECRETARIA DE SAÚDE - 98 24/9/2016 11:47 - 000002809

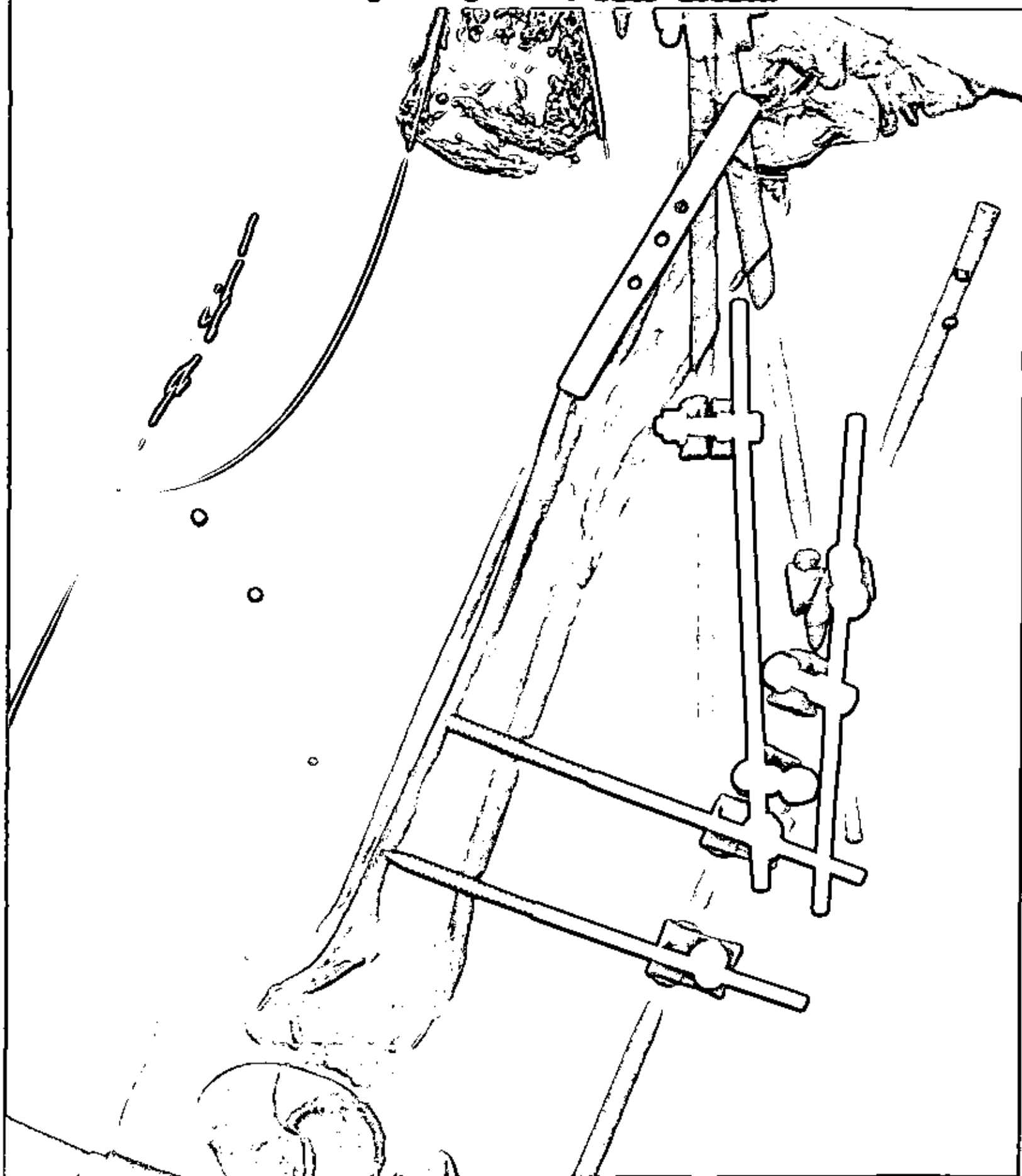
2017年12月15日



000000000 - 97-11 9607/01/87 8 6 - 110111 110111 110111 110111

95/50/50

NOTICE: This image for reference.
Not for diagnostic use.



SEGURADO, MARK W. - 26/10/2006 11:55 - 0000000004

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA, Prontuário: 134702 Admissão: 03/07/2016
Data Nasc.: 10/05/1973 Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) e 24 dia(s) Telefone: 88 88027549
Mãe: MARIA LEMOS DE OLIVEIRA
Sexo: Feminino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: 63010-000 Bairro: FRANCISCANOS
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES Horário: 12:23
Queixa: dor ferimento e deformidade em mid após historia de trauma.
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA

S. 02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 9 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: ANA LIGIA ROCHA PEIXOTO CRM: 11749
Nº Atendimento: 330592 P.A.: Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: ACIDENTE COM UM VEICULO A MOTOR OU NAO-MOTORIZADO, TIPO(S) DE VEICULO(S)
NAO ESPECIFICADO(S)
Comorbidade: NEGA
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR QUEDA DE MOTO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.
AO EXAME:
GLASGOW: 15
TORAX: NDN
ABD: NDN
SEM INSTABILIDADE PELVICA
DEFORMIDADE EM MID COM RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO
NEGA ALERGIAS
J: AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.

DOCUMENTO 5 *TS%*



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Médico: ANA LIGIA ROCHA PEIXOTO CRM: 11749 03/07/16 12:28

Prescrição	Horário:
CUIDADOS DA ORTOPEDIA	12:30
CEFALOTINA 2,0G EV AGORA	12:30
CETOPROFENO 100MG + SF 0,9% 100ML EV LENTO	12:30

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA Prontuário: 134702 Admissão: 04/08/2016
Data Nasc.: 10/05/1973 Idade: 43 ano(s) 2 mes(es) e 25 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: MARIA LEMOS DE OLIVEIRA Telefone: 88 88027549
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458 Bairro: FRANCISCANOS CEP:

Solicitante SAMIR SAMAN FILHO

Data: 04/08/2016 N° Solicitação: 2015083

Nome do Exame	Justificativa
RX PERNA D AP/P (0204060168)	PO

05/09/16 às 10h

SEGUROSIA LINDA PEREIRA - 91.24/10/2016 11:48 - 0000026339

Dr. Sérgio Roberto Filho
Ortopedia e Traumatologia
CARI - CE 15.845 / TEL 13.899

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Endereço: RUA SÃO BENEDITO, 1458
Bairro: FRANCISCANOS
CEP: 63010-000

Prontuário: 134702
Idade: 43 ano(s) 2 mes(es) e 8 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: CLINICA CIRURGICA I Enfermaria: 06 Leito: 521
Internação 03/07/2016 22:27 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

FRATURA EXPOSTA PERNA DIR - TTO CIRURGICO

Exames Realizados

OS NECESSARIOS

Terapêutica Utilizada

OST FIBULA + FIXAÇÃO EXTERNA + LIMPEZA CIRURGICA

Diagnóstico

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 18/07/2016

Observações Complementares

RET EM 14 DIAS AMB ORTOPEDIA - AGENDAR NO NAC!!!!

RX PERNA DIR AP + P NO RETORNO!!!

Responsável

Médico: SAMIR SAMAN FILHO

Data: 18/07/2016

03/08
10:00

Agendamento		
Data: 04/08/16	Data:	Data:
Hora: 15:30	Hora:	Hora:
Código: 61199	Código	Código

DR. Samir Samaan Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - CE 16.346 / TEOT 13.899



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais



NOME: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1973
SOLICITANTE: Dr. FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL
SETOR SOLICITANTE: CLÍNICA CIRÚRGICA
DATA DO EXAME: 05/07/2016
DATA DO LAUDO: 05/07/2016
EXAME: ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

PRONTUÁRIO: 134702

ENFERMARIA/LEITO: 06.521

RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor convexo multifrequencial de 12 Mhz, exame limitado pela presença de material de ortese, evidenciando-se:

COMPARTIMENTO LATERAL:

Tendões fibulares apresentando aumento de calibre e heterogeneidade textural, com pequeno halo anecoico indicativo de distensão da bainha pelo aumento do fluido sinovial.
Não há evidências de líquido na bainha dos fibulares.

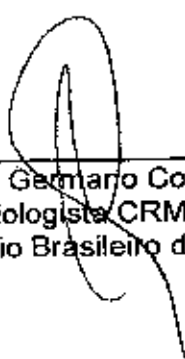
COMPARTIMENTO POSTERIOR:

Tendão do calcâneo com estrutura fibrilar heterogênea, apresentando solução de continuidade na porção proximal a sua inserção, comprometendo praticamente toda espessura do tendão, compatível com ruptura subtotal.

Observa-se infiltrado inflamatório nessa topografia.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. RUPTURA SUBTOTAL DO TENDÃO DO CALCÂNEO.
2. TENOSSINOVITE DOS FIBULARES.
3. CELULITE.


Dr. José H. Germano Correia
Médico Radiologista CRM 4133
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

Relatório de Cirurgia

Data da Conclusão: 03/07/16

Paciente: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: JAMACIR FERREIRA MOREIRA
1º Auxiliar:
Enfermeiro: JESSICA RODRIGUES PATRICIO
Instrumentador:

Prontuário: 134702 Dt. Nascimento: 10/05/1973
Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 01A
Anestesiologia: ** Não Informado **
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

** Não Informado **

** Não Informado **

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

** Não Informado **

** Não Informado **

Eventos e Incidentes:

** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:

** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

** Não Informado **

Grau de Contaminação:	Contaminada	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	-------------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DDH SOB ANESTÉSIA

CUIDADOS INICIAIS

ASSEP/ANTISSEP/CAMPOS ESTÉREIS

AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO TORNOZELO/CALCÂNEO DIR + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS +

IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF DE FO

INCISÃO PARA ACESSO AO M.LATERAL DIR + DISSECÇÃO POR PLANOS ATE FRATURA DE M.LATERAL DIR + REDUÇÃO FUNCIONAL E

FIXAÇÃO DE FRATURA COMINÚDA DE M.LATERAL D COM PLACA E PARAFUSOS

REDUÇÃO FUNCIONAL DE FRATURA COMINÚDA DE DIAFISE/METÁFISE DISTAL DE TIBIA DIR E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO

TRANSARTICULAR EM TORNOZELO DIR

LIMPEZA DE FO + SUTURA DE FERIMENTOS + CURATIVOS

PS: DURANTE EXPLORAÇÃO DE FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DE TORNOZELO/CALCÂNEO DIR OBSERVO PROVÁVEL RUPTURA
MÚSCULO DE TAQUILES DIR. SOLICITO USG DE TORNOZELO DIR PARA CONFIRMAR OU EXCLUIR TAL LESÃO.

Data

03/07/16

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

SECRETARIA DE SAÚDE - JUAZEIRO DO NORTE - CE
16/07/2016 - 11:55:16

RELATÓRIO ANATOMO PATOLÓGICO

NOME MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA		PRONTUÁRIO 134702		LABORATÓRIO
SEXO ☐ MASCULINO ☒ FEMININO	IDADE 43	COR Sem informação		FONE CONTATO (88) 88027549
MÉDICO FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL		CRM 16420		
PROCEDIMENTOS PROPOSTOS				
Código 0408050500	Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA			Principa S
PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
Código 0408050500	Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA			Principa S

ANATOMO-PATOLÓGICO: NÃO

Natureza e Sede do Material:

Suspeita Clínica:

Dados Complementares:

Prontuário: 134702
Idade: 43 ano(s) 2 mes(es) e 8 dia(s)
UF:CEARÁ **Sexo:** Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Data: 18/07/2016

DR. Samir Samaan Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - SE 25.246 / TEOT 13.899

22. GILBERTSON, L. D. F. - 98. *Journal of Polymer Science* - 36, 101-110.



Radiologia Geral - Ultrassonografia - Mamografia - Densitometria
Rua. Januário Feitosa, 55 - Novo Juazeiro - Juazeiro do Norte-CE
(ao lado da Igreja Menino Jesus de Praga)
Fones: (88) 3571.7414 / 8847.0114 / 9666.4423

NOME: MARIA RISOMAR LEMOS
REQUISITANTE: DIMAS AMORIM DE MACEDO
EXAME: RX PERNA DIREITA
DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1973 -43A

DATA: 17/08/2016
CÓD.: 38331
REQUISIÇÃO: 58377
CONVÊNIO: SISTEMA UNICO DE SAU

RX DA PERNA DIREITA

Controle evolutivo evidencia fraturas comutativas nos terços distais da tíbia e da fíbula direita, fixadas com materiais de síntese que encontram-se bem posicionados e sem sinais de afrouxamento.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações.

OBS 1. Este relatório representa a impressão diagnóstica através da interpretação do médico radiologista. O relatório não deve ser considerado absoluto e definitivo, já que as doenças são evolutivas e podem modificar-se de acordo com a história natural da patologia ou investigação mais profunda. Havendo discordância do exame com a clínica do(a) paciente, entrar imediatamente em contato com a RADIOCLÍNICA.

OBS 2. Em caso de retorno para novos exames, favor trazer exames anteriores.

DIG: FWCVL

DR. LAMARCK NICODEMOS SANTANA
MÉDICO RADIOLOGISTA CRM:11093 RQE:5772
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

SEÇÃO DE REGISTRO DE EXAMES - 93 24/07/2016 11:43 - 0000000000

Atendimento: 2818491
Dt Atendimento: 22/09/2016 - 09:27
Dt Alta: 22/09/2016 - 17:11
Paciente: 432784 MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
Leito: 99 ENF 6-1
Molivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 PLANO UNICO
Usuário: JTBARBOSA

CID: T841 COMPLICAÇÃO MECÂNICA DE DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO INTERNA DE

Procedimento de Alta 0408060360 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Observação de Alta
MARIA RISOMAR LEMOS, POI

HDA: PACIENTE INTERNADA NESTE NOSOCOMIO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA DIREITA.
EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTAVEL, SEM NAUSEAS OU VOMITOS, DEAMBULANDO E ACEITANDO
ADIETA.

EXAME FISICO: ECT: EGB, AAA, NORMOCORADO, HIDRATADO

ACV: BNF; RCR EM 2T, SEM SOPRO

ABD: RHA +, SEM VCM

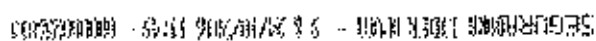
AR: MV + EM AHT, SEM R.A

CD: 1) ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO MÉDICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE E MEDICAÇÃO DOMICILIAR

Dr.(a) RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS (HMSVP)
CRM: C6443

SECRETARIA DE SAÚDE - 98 24/09/2016 11:47 - 000002809

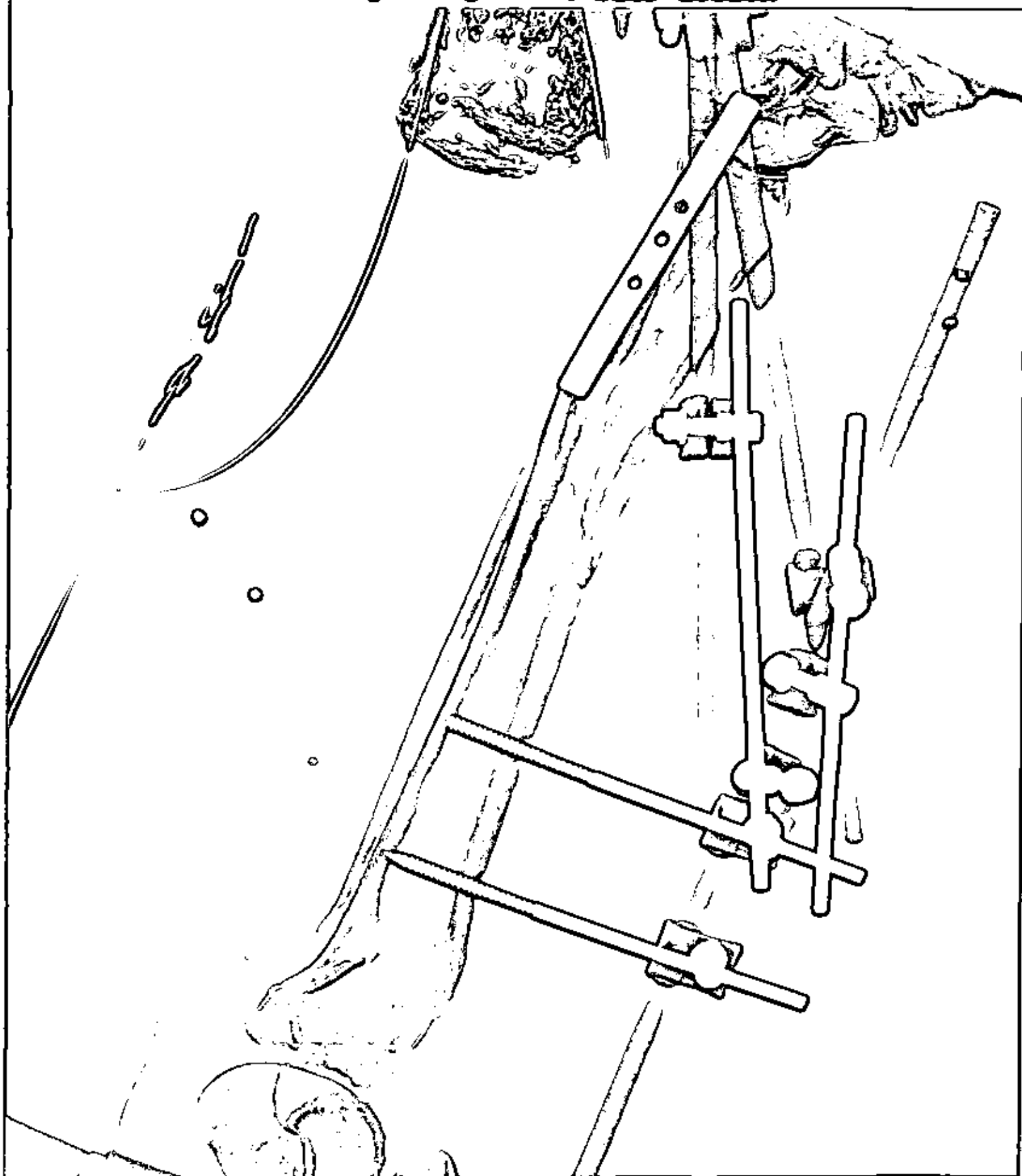
2017年12月15日



000000000 - 97-11 9607/01/87 8 6 - 110111 110111 110111 110111

95/50/50

NOTICE: This image for reference.
Not for diagnostic use.



SEGURADO, MARK W. - 26/10/2006 11:55 - 0000000004

100-443887-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA SAÚDE			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE			
CADEIA NACIONAL DE CONTROLE			
NOME MARIA RIZOMER LEMOS DE OLIVEIRA			
	NÚM. IDENTIFIC. / OUT. EMPREG. W 192321400 SSR CS		
	CID 632.186.583-49	DATA MATRÍCULA/OUT 10/05/1973	
	NOME JOSE CARLOS DE OLIVEIRA MARIA LEMOS DE OLIVEIRA		
PESQUISA CONFIRMADA		AGE 35	CADEN 2
Nº REGISTRO 03398521463		VALIDADEZ 29/07/2019	1ª REGISTRAÇÃO 25/09/2004
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO.			
Assinatura: <i>Maria Rizomer L. de Oliveira</i> ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL CHATO, CE		DATA CÂMBIO 01/08/2014	
<i>[Assinatura]</i> ASSINATURA DO CAMPEIRO		28046810760 CE143012827	

951246516.

OTC@T.T.M.

[illegible][illegible]

DOCUMENTO 7 77%



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES	
DETRAN - CE		CE Nº 012674441919	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RATIFIC.	EXERCÍCIO
01	01051626045	0000000000	2014
NOME: NICLEON VIEIRA SILVA			
MARCA/MODELO: FIAT / PRIMA			
PLACA: 22266046349			
CHASSI: 9C2K01670FR200195			
COR: PRATA			
ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLETO/NAO APPLIC.			
MOTOR: HCNDA/DB150 START			
CATEGORIA: 2º/OCV/1A9CC			
PARTIC: PARTE			
COR PREDOMINANTE: VERMELHA			
VENO: VENO ÚNICA			
COTA ÚNICA: 1			
P: 1			
V: 1			
A: 1			
PREMIO TARIFARIO (R\$): 111,34			
CUSTO DO BILHETE (R\$): 143,38			
DATA DE EMISSÃO: 07/06/2014			
LOCAL: JOAZEIRO DO NORTE			
DATA: 07/06/2014			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE ALTA VELOCIDADE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU EM SEGURO DPVAT			
CE Nº 012674441919 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodetransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	OPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
01	22266046349	PME4604	2014
RENAVAM	MARCA / MODELO	CHASSI	DATA DE EMISSÃO
01051626045	HCNDA/DB150 START	9C2K01670FR200195	07/06/2014
ANO FAB.	CHASSI	PLACA	EXERCÍCIO
2015	09	PME4604	2014
PREMIO TARIFARIO			
FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)
129,04	14,34	143,38	292,01
PAGAMENTO			
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO			
DATA DE OUTRAGO: 06/06/2014			
SEGURODORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.208.800/0001-04			
www.segurodetransito.com.br			
MOTOR: K915E7F200195			
05192			

05192
PME4604
01051626045
88622 03383

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

012674441919
RECIBO CE Nº

ASSINATURA

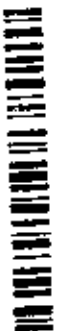
SEGURODORA LÍDER - DPVAT - 91 7/10/2014 11:08 - 0000000000

DOCUMENTO 7 77%



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES	
DETRAN - CE		CE Nº 012674441919	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RATIFIC.	EXERCÍCIO
01	01051626045	0000000000	2014
NOME: NICLEON VIEIRA SILVA			
MARCA/MODELO: QUAZERO DO NORTE /CE			
Placa ANT/UF	Chassi	Placa	
22266046349	PME4604/CE	22266046349	
Placa ANT/UF	Chassi	Placa	
/CE	9C2KC1670FR200195	PME4604/CE	
ESPECIE TIPO	COD. CATEG.	COD. CATEG.	
PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC.	2015	2015	
MARCA/MODELO	CATEGORIA	COD. PRODOMINANTE	
QUAZERO DO NORTE	PARTIC	VERMELHA	
COT. ÚNICA	VENO. COT. ÚNICA	VENO. COTAS	
1	1	1	
P	P	P	
V	V	V	
A	A	A	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	ICF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	
1.29,04	1.11	2.40,15	
OBSERVAÇÕES			
07/06/2016			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE ALTA VELOCIDADE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, QUANDO SEGURO DPVAT		
CE Nº 012674441919 BILHETE DE SEGURO DPVAT		
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		
www.dpvatsegurodotransito.com.br		
SAC DPVAT 0800 022 1204		
VIA	OPF/ONPJ	PLACA
01	22266046349	PME4604
RENAVAM	MARCA/MODELO	CHASSI
01051626045	QUAZERO DO NORTE	9C2KC1670FR200195
ANO FAB.	CH. ÚNICA	CH. ÚNICA
2015	09	09
PREMIO TARIFARIO		
FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
1.29,04	1.11	2.40,15
CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	TOTAL SEGURO (R\$)
4,15	1,11	5,26
PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE OUTRACO
☒ COT. ÚNICA	☐ PARCELADO	06/06/2016
SEGURO LÍDER - DPVAT		
CNPJ 09.208.880/0001-04		
www.seguradoralider.com.br		
MOTORISTA: 01051626045		
05192		



03192
PME4604
01051626045
88622 03383

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

012674441919
RECIBO CE Nº

ASSINATURA

55046900010001 - 91 7/10/2016 11:08 - 11/11/2016

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160683264 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DOS TERÇOS MÉDIO E DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA E EDEMA NA PERNA, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO E MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO. FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosenberg Pereira de Freitas

CRM do médico: 10670

UF do CRM do médico: CE

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1151331/16

Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

CPF: 632.186.583-49

Data do Acidente: 03/07/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

DOCUMENTO 8 *T8%h*



MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA : 632.186.583-49

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/11/2016

Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 632.186.583-49

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/11/2016

Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

CPF: 131.414.327-16

MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARIA RIZOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
DATA DO ACIDENTE 03/04/2016 CPF DA VÍTIMA 632.186.583-49
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SÃO BENEDITO BAIRRO FRANCISCANOS
CIDADE JOÃO PIRENE UF CE CEP 63020-084
E-MAIL luizcagui@gmail.com TELEFONE (88) 98857-0463

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/10/2016
IDENTIDADE 192321490
ASSINATURA Mº RIZOMAR

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

R. de Oliveira

Mania Zisemon Lemos de Oliveira
R. São Benedito, 1458

Tram eiscanias

Qua zeiro do Norte - CE.

63020 - 084

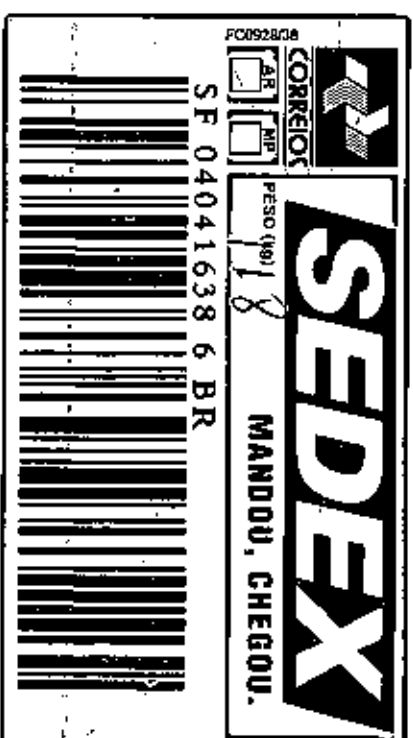
Seguradora lider das Conspicias do Seguro PRIVAT
Q. Senador Kantar, 74

15º andar

Centro

Rio de Janeiro - RJ

20031-205



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1151331/16

Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

CPF: 632.186.583-49

Data do Acidente: 03/07/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

DOCUMENTO 8 *T8%h*



MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA : 632.186.583-49

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/11/2016

Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 632.186.583-49

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/11/2016

Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

CPF: 131.414.327-16

MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARIA RIZOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
DATA DO ACIDENTE 03/04/2016 CPF DA VÍTIMA 632.186.583-49
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SÃO BENEDITO BAIRRO FRANCISCANOS
CIDADE A. DO NORTE UF CE CEP 63020-084
E-MAIL luizcagui@gmail.com TELEFONE (88) 98857-0463

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/10/2016
IDENTIDADE 192321490
ASSINATURA M^o RIZOMAR

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

R. de Oliveira

Mania Zisemon Lemos de Oliveira
R. São Benedito, 1458

Tram eixearios

Quaiziro do Norte - CE.

63020 - 084

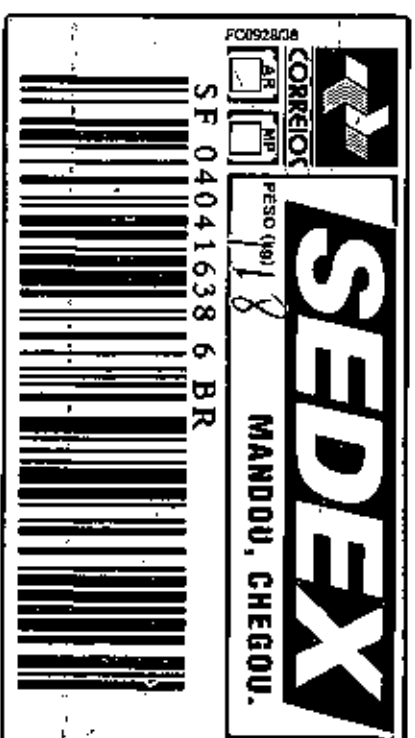
Seguradora lider das Conspicias do Seguro PRIVAT
Q. Senador Kantar, 74

15º andar

Centro

Rio de Janeiro - RJ

20031-205



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160683264 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura exposta na perna (diáfise da tíbia) direita tratado cirurgicamente + Ruptura subtotal do calcâneo direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160683264 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura exposta na perna (diáfise da tíbia) direita tratado cirurgicamente + Ruptura subtotal do calcâneo direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160683264 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura exposta na perna (diáfise da tíbia) direita tratado cirurgicamente + Ruptura subtotal do calcâneo direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160683264 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DOS TERÇOS MÉDIO E DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA E EDEMA NA PERNA, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO E MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO. FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosenberg Pereira de Freitas

CRM do médico: 10670

UF do CRM do médico: CE

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

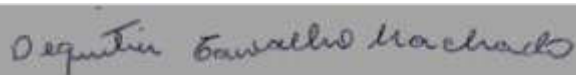
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA** Sinistro: **3160683264** Data: **03/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua São Benedito, 1458 - Franciscanos - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63020-084**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **192321490**

Data local do exame: [**29/11/2016**] **Juazeiro do Norte** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA COMINUTIVA DOS TERÇOS MÉDIO E DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA E EDEMA NA PERNA, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO E MARCHA CLAUDICANTE.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO. FEZ FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Rosenberg P. de Freitas
CPF: 858.639.303-44
MÉDICO - CRM-CE 30.670

Rosenberg Pereira de Freitas - CRM: 10670 - CE

**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

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA** Sinistro: **3160683264** Data: **03/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua São Benedito, 1458 - Franciscanos - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63020-084**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **192321490**

Data local do exame: [**29/11/2016**] **Juazeiro do Norte** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA COMINUTIVA DOS TERÇOS MÉDIO E DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA E EDEMA NA PERNA, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO E MARCHA CLAUDICANTE.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO. FEZ FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Rosenberg P. de Freitas
CPF: 858.639.303-44
MÉDICO - CRM-CE 30.670

Rosenberg Pereira de Freitas - CRM: 10670 - CE