

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO

Nº Sinistro: 3180174732

Vitima: ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180174732**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12696896



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

Nº Sinistro: 3180174732

Vitima: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180174732**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO

Sinistro: 3180174732

Vítima: ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180174732** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13051304

A/C: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

Nº Sinistro: 3180174732
Vítima: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO
Data do Acidente: 17/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ

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: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000003587

Conta: 0000022850-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180174732 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do segundo e terceiro metatarsos da mão direita.
Fratura distal do radio direito.
Traumatismo lácero contuso do pé direito com fratura da falange distal do quinto pododáctilo direito.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do punho direito.
Bloqueio articular do pé direito associado a edema residual e deformidade do dorso do pé devido a perda tecidual acarretando alteração da marcha.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura distal do radio direito e do traumatismo lácero contuso do pé direito com fratura da falange distal do quinto pododáctilo direito.
Realizou fisioterapia (20 sessões).
Recebeu alta médica.

Sequelae permanentes:

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 04/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.
Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé direito.

Médico examinador: VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA

CRM do médico: 10674

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180174732

Nome do(a) Examinado(a): ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA MANOEL TAVARES LOPES, 295 -
JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP 63044-090

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 2008097035480 - ssp-ce -
30/07/2008

Data e Local do Acidente : 17/02/2018 - Juazeiro do Norte-CE

Data e Local do Exame : 04/06/2018 RUA PADRE CICERO, 670 - JUAZEIRO
DO NORTE/CE

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO(2 E 3) E FALANGE DISTAL DO 5
PODODACTILO DIREITO E DO PUNHO DIREITO(RADIO DISTAL)

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

OSTEOSINTESE CIRURGICA DE PÉ DIREITO E PUNHO DIREITO
,FISIOTERAPIA E ANTIINFLAMATORIO COM ALTA APÓS CERCA DE 20
SESSOES DE FISIOTERAPIA

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

LIMITAÇÃO DE FLEXOEXTENSÃO EM PÉ DIREITO COM PERDA DE
PARTES MOLES (DEFORMIDADE) EM DORSO DO PÉ COM ALTERAÇÃO
DA MARCHA E DOR A PALPAÇÃO COM EDEMA DE MODERADA A GRAVE
INTENSIDADE , PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E
EXTENSÃO COM COMPROMETIMENTO DA FORÇA IPISALATERAL

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

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

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

LIMITAÇÃO DE FLEXOEXTENSÃO EM PÉ DIREITO COM PERDA DE
PARTES MOLES (DEFORMIDADE) EM DORSO DO PÉ COM ALTERAÇÃO
DA MARCHA E DOR A PALPAÇÃO COM EDEMA DE MODERADA A GRAVE

INTENSIDADE , PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E EXTENSÃO COM COMPROMETIMENTO DA FORÇA IPISALATERAL

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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “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.

Região Corporal

PÉ DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

PUNHO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



Dr. Victor Hugo B. Pedrosa
- Médico do Trabalho
CREMEC - 10674

VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA CRM : 10674 / UF :CE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180174732

Nome do(a) Examinado(a): ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA MANOEL TAVARES LOPES, 295 -
JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP 63044-090

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 2008097035480 - ssp-ce -
30/07/2008

Data e Local do Acidente : 17/02/2018 - Juazeiro do Norte-CE

Data e Local do Exame : 04/06/2018 RUA PADRE CICERO, 670 - JUAZEIRO
DO NORTE/CE

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO(2 E 3) E FALANGE DISTAL DO 5
PODODACTILO DIREITO E DO PUNHO DIREITO(RADIO DISTAL)

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

OSTEOSINTESE CIRURGICA DE PÉ DIREITO E PUNHO DIREITO
,FISIOTERAPIA E ANTIINFLAMATORIO COM ALTA APÓS CERCA DE 20
SESSOES DE FISIOTERAPIA

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

LIMITAÇÃO DE FLEXOEXTENSÃO EM PÉ DIREITO COM PERDA DE
PARTES MOLES (DEFORMIDADE) EM DORSO DO PÉ COM ALTERAÇÃO
DA MARCHA E DOR A PALPAÇÃO COM EDEMA DE MODERADA A GRAVE
INTENSIDADE , PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E
EXTENSÃO COM COMPROMETIMENTO DA FORÇA IPISALATERAL

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

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

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

LIMITAÇÃO DE FLEXOEXTENSÃO EM PÉ DIREITO COM PERDA DE
PARTES MOLES (DEFORMIDADE) EM DORSO DO PÉ COM ALTERAÇÃO
DA MARCHA E DOR A PALPAÇÃO COM EDEMA DE MODERADA A GRAVE

INTENSIDADE , PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E EXTENSÃO COM COMPROMETIMENTO DA FORÇA IPISALATERAL

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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “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.

Região Corporal

PÉ DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

PUNHO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



Dr. Victor Hugo B. Pedrosa
- Médico do Trabalho
CREMEC - 10674

VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA CRM : 10674 / UF :CE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

049.494.273-85

Ana Kleanielly dos Santos Amaro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ana Kleanielly dos Santos Amaro		CPF titular da conta 049.494.273-85	Profissão neutro-me
Endereço Rua Manoel Tavares Lopes		Número 295	Complemento Casa
Bairro Fnei Damião	Cidade Juazeiro do Norte	Estado Ceará	CEP 63044090
Email		Telefone (DDD) (88) 999091667	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
3587

D/V

CONTA

NRO.
00022850

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Juazeiro do Norte 04 de Abril de 2018

Local e Data

Ana Kleanielly dos Santos Amaro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. NOVA JUAZEIRO DO NORTE
DATA: 23/03/2018 HORA: 16:39:32
TERMINAL: 35871002 CONTROLE: 358710020757

COMPROVANTE DE
TRANSFERENCIA DE VALORES

REMETENTE
CGC/AGENCIA : 3587 / PIRAJA
CONTA : 013.00027318-2
NOME : MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

FAVORECIDO
CGC/AGENCIA : 3587 / PIRAJA
CONTA : 013.00022850-0
NOME : ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 23/03/2018

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Superintendência da Polícia Civil
20ª Delegacia Regional de Juazeiro Do Norte
Rua Beata Maria de Araújo, nº 02, Romeirão, J. do Norte/CE - CEP.:63.050-720
Fone/fax: (88) 3102-1116 / 31021118 — E-mail: drjuazeiro@policiacivil.ce.gov.br

CERTIDÃO

NARCÉLIO DE SOUSA SILVA, Escrivão de Polícia Civil em exercício na 20ª Delegacia Regional de Juazeiro do Norte/CE, no uso de suas atribuições legais etc. ...

CERTIFICO, a pedido verbal da senhora **ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO**, RG Nº 2008097035480 SSP/CE, **QUE CONSTA** no Sistema de Informações Policiais — SIP, a ocorrência Inquérito Policial Nº 488 — **280/2018**, registrado nesta Delegacia Regional de Juazeiro do Norte/CE, em 17/02/2018, por volta de 15 h 00 min 00 s; **CONSTA** no citado inquérito a pessoa de **ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO**, filha de Vicente Eugenio Amaro e Adriana Vieira dos Santos, nascida aos 24/05/1992, natural de Fortaleza/CE, como vítima de **lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB)**; **CONSTA** a pessoa de **REGINALDO FERNANDES DA SILVA**, RG: 2007635802-4 SSPDS como infrator do referido delito, o qual conduzia o veículo **YAMAHA/YBRI25 FACTOR K1**, Placa: **PMG4797**; **QUE** entregamos à solicitante **cópia** (extraída do SIP3W) de Termo de Depoimento de **CARLOS MATEUS BEZERRA FLORES** (policial militar que prendeu o infrator), bem como a Guia 488 - 741 / 2018.

O referido é verdade. Dou Fé Pública.

Dada e lavrada na 20ª Delegacia Regional de Polícia Civil de Juazeiro do Norte, Estado do Ceará, em 1º de março de 2018.

Narcélio de Sousa Silva
Escrivão de Polícia Civil



CARTÓRIO PARIZ

A presente fotocópia confere com a original exibida nestas Notas. CONFERIDO *(Assinatura)*. DOU FÉ. Juazeiro do Norte - Ceará, 06/03/2018.

Maxwell Pariz Xavier

CARTÓRIO PARIZ
Antonio Maurício Gomes de Sousa Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO

[EM:1,28][FE:0,05][SE:0,84][FA:0,06][FR:0,06][SS:0,03][TT:2,32]

Antonio Maurício Gomes de Sousa Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO

CARTÓRIO PARIZ
A presente fotocópia confere com o original exibida
nestas Notas. CONFERIDO (). DOU FE. Juazeiro
do Norte - Ceará - 06/03/2018.
Maxwell Pariz Xavier
CARTÓRIO PARIZ
ESCREVENTE AUTORIZADO
[INSCRIÇÃO Nº 05117/2018] [Nº 05117/2018] [Nº 05117/2018]
HP943717

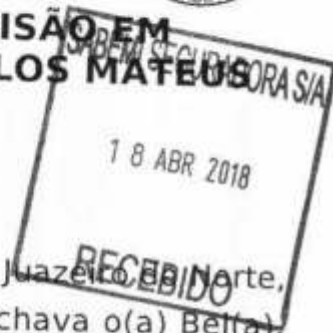


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



**TERMO DE DEPOIMENTO EM AUTO DE PRISÃO EM
FLAGRANTE QUE PRESTA O CONDUTOR: CARLOS MATEUS
BEZERRA FLORES**

INQUÉRITO Nº 488 - 230 / 2018



Aos 17 dia(s) do mês de Fevereiro de 2018, nesta cidade de Juazeiro do Norte, Estado do Ceará, onde pela(s) 16:14 hora(s) presente se achava o(a) Bel(a) **CARLA NOGUEIRA GUEDES**, Delegado(a), comigo **ORLANDIN GALDINO DE ARAUJO**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, na sequência do Auto de Prisão em Flagrante Delito em que é autuado **REGINALDO FERNANDES DA SILVA**, passou-se à inquirição do CONDUTOR **CARLOS MATEUS BEZERRA FLORES**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), 2o. grau completo, agente de transito, filho(a) de **CICERO FERREIRA FLORES** e **MARIA DA GLORIA BEZERRA DANTAS**, nascido(a) em 25/11/1989, natural de Juazeiro do Norte/CE, CPF: 035.793.533-06, RG: 96029532048 SSP, residente à Rua Beata Maria de Araujo - Sede do Demutran, 0, Romeirão - Juazeiro do Norte/CE, telefone (88) 8808-1710. Testemunha sem impedimento legal, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas de falso testemunho, inquirida pela Autoridade, que providenciou a incomunicabilidade das partes, DISSE: QUE, Que é Agente de Trânsito do Demutran de Juazeiro do Norte e hoje por volta das 11h a equipe foi acionada via CIOP's sobre a ocorrência de uma colisão entre dois veículos, com vítima, na Rua Manoel Tavares Lopes, Nº657, Bairro Frei Damião, Juazeiro do Norte; Que ao chegarem no local a SAMU já havia levado a criança e estava fazendo os atendimentos na mãe da criança, condutora de uma das motocicletas; Que ao chegarem no local estavam as duas motocicletas ao solo, cerca de um metro de distância uma da outra, e estavam ao solo a mulher(vítima) e o homem(autor); Que no local do acidente a via era de mão dupla e a motocicleta da vítima de placas OIM5518, Honda POP 100, cor vermelha, estava caída ao solo quase ao centro da via, e a outra motocicleta, de placas PMG4797, Yamaha Factor, cor vermelha, estava caída ao solo na via mais a direita, sentido Juazeiro do Norte para Barbalha; Que o condutor da motocicleta de placas PMG4797, chama-se Reginaldo Fernandes da Silva, RG 2007635802-4 e CPF 606535373-60, e não possui habilitação e ainda estava

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

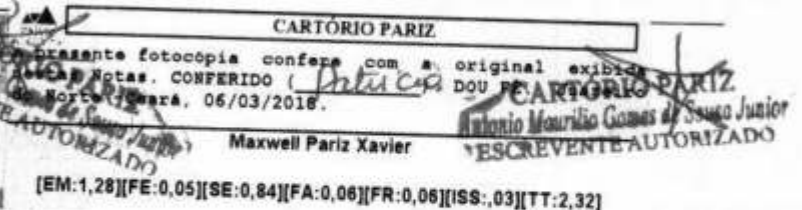
**INQUÉRITO Nº 488 - 230 / 2018**

visivelmente embriagado, conforme Exame de Bafômetro que foi feito e teve como resultado 1,06lts (ar alveolar), em anexo; Que a condutora da motocicleta de placas OIM5518, chama-se Ana KLEANIelly dos Santos Amaro e estava com seu filho Hwdson Jose Kawã Pereira dos Santos, de 1 ano e seis meses de idade, na motocicleta em comento; Que Ana Kleanielle foi socorrida para o Hospital Regional e a criança para o Hospital infantil Maria Amélia; Que segundo a mãe de Ana Kleanielly, Adriana Vieira dos Santos Amaro, a criança sofreu apenas escoriações leves, mas a filha (Ana) está com quase todos os dedos do pé quebrado e também o pulso quebrado; Que quando chegaram no local Reginaldo estava ao solo, mas quando o declarante foi pedir o documento dele, Reginaldo levantou-se e ficou tentando evadir-se do local, contudo, a população que estava no local não permitiu; Que em razão de ele querer evadir-se do local, a equipe do Demutram pediu apoio a Polícia Militar; Que quando a Polícia Militar chegou, Reginaldo já estava tentando evadir-se novamente do local e a PM foi pegá-lo já a quase 100 metros do local; Que então a Polícia Militar levou Reginaldo para a UPA e lá o Demutran fez o teste do Bafômetro e em seguida vieram para a Delegacia Plantonista para que fossem feitos os procedimentos cabíveis; Acrescenta que os dois veículos em comento irão para o depósito do Demutram; Que a condutora do outro veículo, Ana Kleanielly também não possui habilitação;. Nada mais disse nem lhe foi perguntado pelo que mandou a autoridade que fosse encerrado este termo, que depois de lido e assinado, fica este fazendo parte integrante do Auto de Prisão Flagrante Delito epigrafado.

Autoridade Policial: _____

DEPOENTE : _____

Escrivã(o) de Policia : _____



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ana Kleanielly dos Santos Amaro

CPF da Vítima

049.494.273-85

Data do Acidente

17-02-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Juazeiro do Norte 06 de Abril de 2018

Local e Data

Ana Kleanielly dos Santos Amaro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

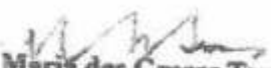


SAMU
192
CEARÁ

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 à Sra. ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO, portadora do RG 2008097035480 inscrita no CPF 049.494.273-85, no dia 17/02/2018, às 11h30, no município de Juazeiro do Norte/CE, na rua Manuel Tavares Lopes, vítima de colisão moto com moto, sendo encaminhada para o Hospital Regional do Cariri - HRC. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 21 de Fevereiro de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Marco Antonio Bezerra Rullim
Coordenador Médico Adm.
192 Base Juazeiro do Norte



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434

Nº DO CLIENTE
7573190-8

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeirino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02047251/0001-70 | CGF 06.105.948-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 514002003

Rota 14 13000 14 740000 - 7 Data de Emissão 20/02/2018

Nome ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO

End. Postal RU MANOEL TAVARES LOPES 00295

FREI DAMIAO - JUAZEIRO DO NORTE - 63044090

Medidor 7925362

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICA de Potência

RG / CPF / CNPJ 049494273-85

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Fev/2018
Data de Apresentação 20/02/2018
Previsão Próxima Leitura 21/03/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda reverso desta conta.

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE
Mês Dez/2017
DICI = 0.00 F
EUSO 27.66

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 96.96
Alíquota 27.00%
Valor do Imposto 26.17

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5.07	10.15	20.30	0.00	0.00	6.75
FIC	3.17	6.35	12.70	0.00	0.00	5.00
DMIC	2.06			0.00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0300.DCEB.E402.F56B.D0C0.8692.EB6F.BC2E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Inc.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 14799	14654	1.00	145	0.00	00 70 45	M: 2.2405 B: 48124 L: 60107	7.42 20.00 27.09
28/02/18	22/01/18		29 DIAS		145		62.19

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS	VALOR (R\$)
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	62.19
MULTA MORATORIA REF 01/2018	9.38
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1.43
	1.32

VENCIMENTO

27/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

74,32

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	21.07
Transmissão	2.13
Distribuição	14.51
Encargos Setoriais	5.02
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	25.66
TOTAL	72.89

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

152	145	155	153	159	159	150	158	126	133	174	148	172
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão (kg CO₂) 62.67
Compensação (kg CO₂) 0.00
Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 207,44. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor (R\$)
12/2017	105.02
01/2018	102.42

Consta desta fatura R\$ 3,69 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,68% e COFINS:3,14%
(Inc. 1º Bico, 100.0005 - ANEEL e 100.637/03 e 10.033/03)

Para o mês de fevereiro-18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

Nº do Cliente: 7573190-8

Data de Emissão: 20/02/2018

Nº da Nota Fiscal: 514002003

Referência: Fev/2018

Total a Pagar (R\$): 74,32

Nº de Controle: 0007573190 00021 39232 35

83810000000-0 74320031000-1 0007573190-9 00213923200-8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ana Kleonirly dos Santos Amaro

RG nº 2008097035480, data de expedição 30/07/2008, Órgão SSPD5-CE

CPF nº 049.494.273-85, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Manoel Tavares Lopes</u>
Número	<u>Nº 295</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Frei Damião</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63044090</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 999091667 (88) 988783618</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte-CE 04 Abril 2018

Assinatura do Declarante: Ana Kleonirly dos Santos Amaro





Nº de Inscrição:

022032878

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA REGILANIA F ALENCAR

End. Entrega: RU ANTONIO VALTER HONORATO TELES, 70, JOSE GERALDO O

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63033-030

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021

Setor: 000

Quadra: 0009

Lote: 0272

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R12F143290	387	409	12	11

DATAS

Leitura Atual: 15/03/2018

Emissão: 15/03/2018

Lacre Água: 9

Leitura Anterior: 14/02/2018

Próxima Leitura: 13/04/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2018

Nº de Análises	Clore	Turbidez	Cov	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidos	141	141	002	141	141
Analisados	145	145	145	145	145
Em conformidade	142	123	127	137	145

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
24 DE MARÇO: DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
32,72	Mês/Ano
0,02	Água (m³)
0,48	Esgoto (m³)
	Jan/17
	Fev/17
	Mar/17
	Abr/17
	Mai/17
	Jun/17
	Jul/17
	Ago/17
	Sep/17
	Out/17
	Nov/17
	Dez/17
	Jan/18
	Fev/18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,31	Valor do Serviço	46,94
COFINS	1,58	Valor do Subsidio	13,72
		Valor Total a Pagar	33,22

MÊS/ANO

03/2018

VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

33,22

Chamada para pagamento: 1: 352967053937839 L: 2509 H: 10:28:43 R: 046 P: 001

Banco: Bradesco, Itaú, Bradesco, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Trócaire, Outros Pagáveis. A Caixa Econômica Federal é responsável pelo serviço de cobrança em nome de sua instituição. Atente para o serviço. Consulte sua agência.

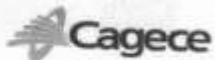
Central de Atendimento Cagece 0800 275 0195

Cagece Atende

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 150, Site de ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos do Saneamento Ambiental (ARCE) 305 2815. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3836.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 022032878

Codigo de Responsável: 352967053937839 - 2509

Mês/Ano: 03/2018

Local: 021

Setor: 000

Quadra: 0009

Lote: 0272

Comp: 0000

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 04/04/2018

Total (R\$):

33,22

8267000000 1 33220009300 0 02203287801 3 01001522015 4



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mania Regilamnia Ferreira Alencar inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.221.363 / 28 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Kleanielly dos Santos Amano inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.494.273 / 85 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ana Kleanielly dos Santos Amano, inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.494.273 / 85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: meus-m-e Renda: meus-m-e e apresento os documentos comprobatórios: meus-m-e declaran

☒ 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 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 Antonio Vallen Honorato Teles</u>		Número <u>70</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Jose Geraldo da Cruz</u>	Cidade <u>Juazeiro do Norte</u>	Estado <u>Ceara</u>	CEP <u>63033-030</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(88) 999091667</u>	

Juazeiro do Norte 04 de Abril de 2018
Local e Data

Mania Regilamnia Ferreira Alencar
Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

Pront.: 49748 Data Nasc.: 24/05/1992 Idade: 25 ano(s) 8 mes(es) e 24 dia(s) Admissão: 17/02/2018 12:09

Mãe: ADRIANA VIEIRA DOS SANTOS

Sexo: Feminino RG: 2008097035480

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63010-000 Bairro: FREI DAMIAO

Tel.: 88 98805-6172

Endereço: RUA MANOEL TAVARES LOPES 185

Num: 185

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador ANA QUITERIA GONCALVES AQUINO

Horário 17/02/2018 12:13

Queixa: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, SEM USO DE CAPACETE, REFERE DOR EM MSD-
PUNHO+ MID EM TORNOZELO + ESCORIAÇÕES + HISTORIA DE TONTURA

Fluxograma: TRAUMA MAIOR
MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FELIPE GUSTAVO CORDEIRO FEITOZA CRM: 6 Nº: 412375 Horário 17/02/2018 12:16

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE DE MOTO COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHODIREITO E TORNOZELO
ACIDENTE SEM CAPACETE NEGA CEFALIA, VOMITOS, NAUSEAS OU SINCOPE
NEG CERVICALGIA
ABD E TORAX SEM ALTERAÇÕES



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	17/02/2018 12:21	Sim	Pendente
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	17/02/2018 12:21	Sim	Pendente
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	17/02/2018 12:21	Sim	Pendente
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	17/02/2018 12:21	Sim	Pendente
RX BACIA AP (0204060095)	17/02/2018 12:21	Sim	Pendente



Dr. Felipe Feitoza
MASTOLOGIA / CIR. GERAL
CRM 8841

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO	Idade: 25 ano(s) 8	Prontuário: 49748
Endereço: RUA MANOEL TAVARES LOPES 185	UF: CEARÁ	Sexo: Feminino
Bairro: FREI DAMIAO	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	
CEP: 63010-000	Num: 185	

Localização	
Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: SR Pós-Anestesico	Leito: 08
Internação: 17/02/2018 13:51	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório	Cancelada
Tipo de Saída: Alta	Não

Resumo Clínico

PACIENTE FOI VÍTIMA DE FRATURAS DE 2° E 3° METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 5° PDD DIREITOS; FRATURA DE RÁDIO DISTAL À DIREITA; TODOS FIXADOS COM FIOS DE KIRSCHNER PERCUTÂNEOS E ALINHAMENTO ÓTIMO. BOA EVOLUÇÃO NO PÓS-OP., ALTA COM ORIENTAÇÕES.

Exames Realizados

OS NECESSÁRIOS.

Terapêutica Utilizada

CIRÚRGICA.

Diagnóstico

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S923	FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
Não	S913	FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE
Não	S62	FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

Condições da Alta

Curado

Data Programada da Alta: 21/02/2018

Observações Complementares

PACIENTE VÍTIMA FX'S PÉ/MÃO (D), BOA EVOLUÇÃO PÓS-OP. E CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR. NÃO PISAR COM O PÉ (D), NÃO MOLHAR IMOBILIZAÇÕES E RETORNO AMBULATORIAL IMPRETERIVELMENTE EM 2 SEMANAS. VIA NAC.

Responsável

Médico: ANDRE LUIS SANTANNA

Data: 21/02/2018



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

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	17/02/2018 12:21	Sim	Realizado
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	17/02/2018 12:21	Sim	Realizado
RX BACIA AP (0204060095)	17/02/2018 12:21	Sim	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico: FELIPE GUSTAVO CORDEIRO FEITOZA CRM 8841 17/02/18 14:19

Prescrição	Horário:
DIPIRONA 2ML EV AGORA E 6/6H	
CEFAZOLINA 2G EV AGORA E 1G EV 8/8H	
TRAMAL 50MG +100ML EV 8\8H	
PROFENID 100MG 1AMP+100ML SF EV 8\8H	
RL 1000ML EV EM 12H	
RL 1000ML EV	
DIETA ZERO	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
17/02/2018 17:06	SAMIR SAMAN FILHO	<p>##### ORTOPEDIA #####</p> <p>AVALIO PTE QUE REFERE ACIDENTE DE MOTO HOJE. DOR MSD E MID. NEGA ALERGIAS / GESTAÇÃO.</p> <p>EF BEG, EUPNEICA, ORIENTADA, GCS=15 SEM DOR A PALPAÇÃO VERTEBRAL, MSE, BACIA E MIE DOR + DEFORMIDADE ANATOMICA NO PUNHO DIR FCC QDS DIR FCC PE DIR COM DOR A PALPAÇÃO PERFUSAO DISTAL OK</p> <p>RX: FRATURA FECHADA PUNHO DIR: FRATURA EXPOSTA MTTs DIR</p> <p>CD: CURATIVO ESTERIL JEJUM ATB AO CENTRO CIRURGICO</p>



ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 17/02/18 23:39

Paciente: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

Prontuário: 49748

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: MARCELO NOGUEIRA LIMA

1º Auxiliar:

Enfermeiro: VERONICA PEREIRA CHAVES MACEDO

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 24/05/1992

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 03G

Anestesiologia: ** Não informado **

2º Auxiliar:

Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050462	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	S
0408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO	N

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050462	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	S
0408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO	N

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

X

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Contaminada

Tipo de Anestesia:

Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 01 - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
- 02 - ASSEPSIA / ANTI SEPSIA / MONTAGEM DE CAMPOS CIRURGICOS
- 03 - LMC COM 5000 ML DE S.F. 0,9% EM FERIMENTO NO DORSO PE DIR E 5º PODODACTILO DIR
- 04 - REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO 2º E 3º METATARSOS A DIR
- 05 - OSTEOSINTESE COM 02 FIOS DE KIRSCHNER 2.0 MM COM AUXILIO DE RADIOSCOPIA
- 06 - REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º PD A DIREITA
- 07 - OSTEOSINTESE COM 01 FIO DE KIRSCHNER 1.5MM
- 08 - SUTURA
- 09 - VISUALIZADA COM AUXILIO DE RADIOSCOPIA DE FRATURA RADIO DISTAL A DIR
- 10 - REDUÇÃO INCRUENTA
- 11 - OSTEOSINTESE COM 03 FIOS DE KIRSCHNER 1.5MM
- 12 - CURATIVO
- 13 - IMOBILIZAÇÕES

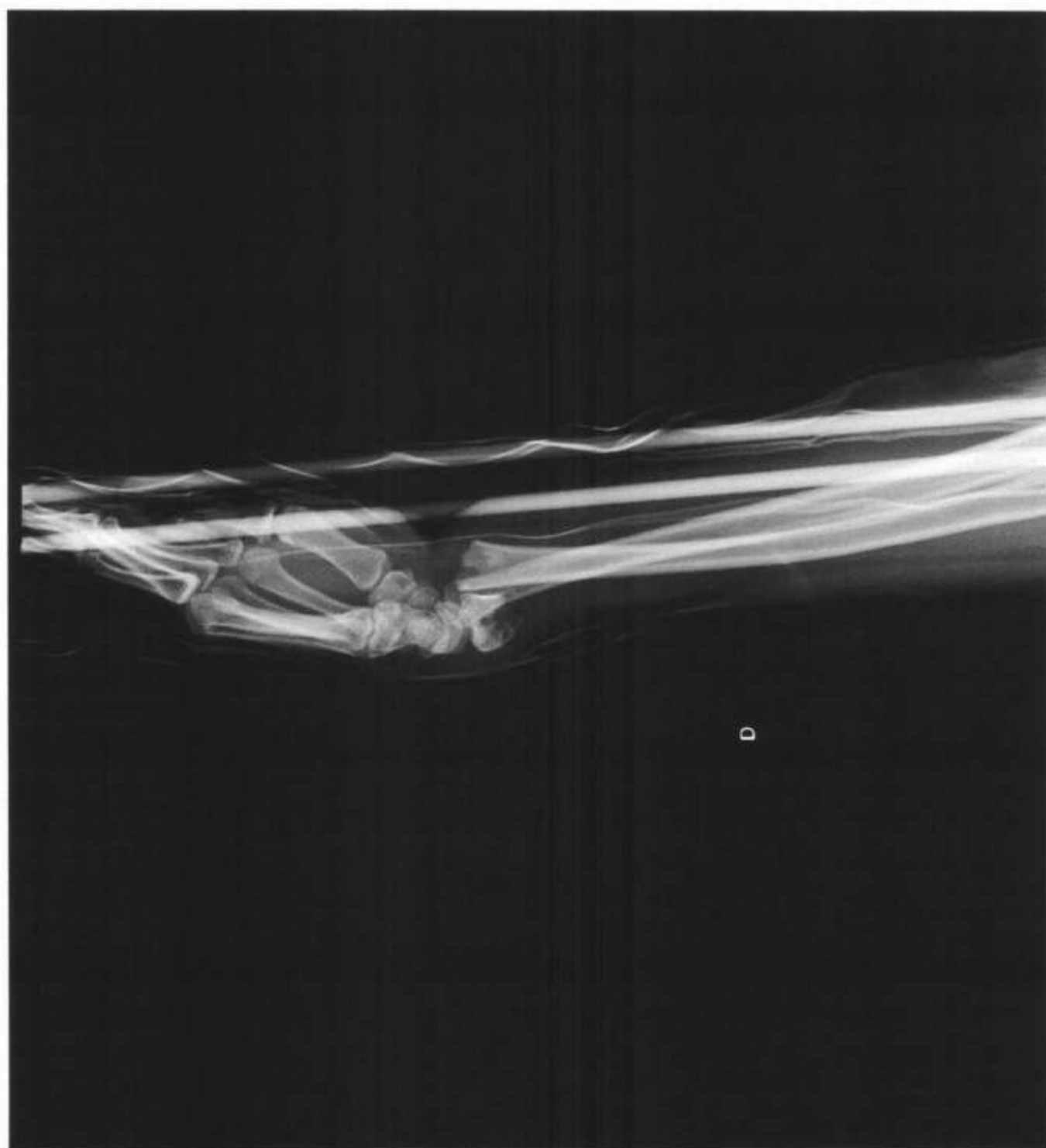


Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 15.743 / CRM-PE 23.779

Data

17/02/18

Assinatura Cirurgião | CREMEC





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



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



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



Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Atestado Médico
O paciente Auro Klia mi-
ll, do santo Amaro sofreu
acidente de moto no dia
17/02/2018 que resultou em
fratura do punho (extra mi-
gode distal do rádio) direito
e fratura do pé (2º, 3º e 5º meta-
tarsos) direito. Recebeu tratamen-
to (osteosíntese com parafusos = 60 dias
no punho e pé direitos). Apre-
sento sequelas motoras
(limite de 60% do movimento
do punho direito e 50% do pé
direito). Recebeu alta definitiva
no dia 09/05/2018.

10/05/2018

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332



TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o 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
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.33458.58-4

4498490

0030

CE

Ana Kleanielly dos Santos Amorim



SABEMI SEGURADORA S/A

18 ABR 2018

RECEBIDO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

9247101
HEMOC



ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO

FILIAÇÃO: VICENTE EUGENIO AMARO

NASCIMENTO: 24/05/1992

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: FORTALEZA - CE

DOCUMENTO: C. 1.200.009.703.545.0 30/07/2008 SSP/OS CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 040.494.273-95

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: 1898F

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/CE - 03/12/2010

ASSINATURAS DO EMPREGADOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SUP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

REGISTRO
GERAL 2008097035480 DATA DE NASCIMENTO 30/7/2008

NOME ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO

FILIAÇÃO VICENTE EUGENIO AMARO E ADRIANA VIEIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE PORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 24/5/1992

DOC ORIGEM CERT. NASC. 121351 L A-102 F

142 PARANGABA/PORTALEZA-CE

CPI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARREIRA DE SOUSA

Ana Kleanelly dos Santos Amaro

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SABEMI SEGURADORA S/A

18 ABR 2018

RECEBIDO



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

022032878

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA REGILANIA F ALENCAR

End. Entrega: RU ANTONIO VALTER HONORATO TELES, 70, JOSE GERALDO O
Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63033-030

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021

Setor: 000

Subsetor: 00

Quadra: 0009

Subquadra: 00

Lote: 0272

Comp: 0000

CEP:

ECONOMIAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R12F143290	387	409	12	11

DATAS

Leitura Atual: 15/03/2018

Emissão: 15/03/2018

Lacre Água: 9

Leitura Anterior: 14/02/2018

Próxima Leitura: 13/04/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cop	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enxutas	141	141	002	141	141
Análises	145	145	145	145	145
Em conformidade	142	123	127	137	145

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
24 DE MARÇO: DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
32,72	Mês/Ano
0,02	Água (m³)
0,48	Esgoto (m³)
	Jan/17
	Fev/17
	Mar/17
	Abr/17
	Mai/17
	Jun/17
	Jul/17
	Ago/17
	Sep/17
	Out/17
	Nov/17
	Dez/17
	Jan/18
	Fev/18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,31	Valor do Serviço	46,94
COFINS	1,58	Valor do Subsidio	13,72
		Valor Total a Pagar	33,22

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/2018	04/04/2018	33,22

CHAMAR PARA SEU PREÇO: 1: 352967053937839 L: 2509 H: 10:26:43 R: 046 P: 001

Banco: Bradesco, Itaú, Bradesco, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tróia, Outros Pagador. A Caixa Econômica Federal é responsável pelo serviço de cobrança em nome de sua fatura. Atente para o serviço. Consulte sua agência.

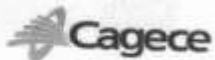
Cagece 0800 275 0195

Cagece Atende

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 150, Site de ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos do Saneamento Ambiental (ARCE) 305 2015. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3836.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE
Inscrição: 022032878

Código de Responsável: 352967053937839 - 2509

Mês/Ano: 03/2018

Local: 021

Setor: 000

Subsetor: 00

Quadra: 0009

Subquadra: 00

Lote: 0272

Comp: 0000

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 04/04/2018

Total (R\$):

33,22

8267000000 1 33220009300 0 02203287801 3 01001522015 4



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

CE Nº 012257299428 - 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 10/09/2015

VIA CPF / CNPJ
01 04949427385

PLACA
01M5519

RENAVAM
004B9109519

MARCA / MODELO
HONDA / POP100

ANO FAB.
2012

CAT. TARIF.
09

Nº CHASSI
9C2HB0210CR025558

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)
129,04

DENATRAN (R\$)
14,34

CUSTO DO SEGURO (R\$)
143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4,15

IOS (R\$)
1,11

TOTAL A SER PAGO Pelo SEGURO (R\$)
292,01

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE OUTUBRO
09/09/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: HB02E1CQ25558

03256



Carta escrita a Punho

Eu Ana Kleanielly dos Santos Amaro nascida em 24/05/1992
Rg=2008097035480. Cpf=049.494.273-85 residente e domiciliada na
Rua: Manoel Tavares Lopes Nº 295 no Bairro Frei Damião na cidade
de Juazeiro do Norte. Venho através desta carta escrita a punho justificar
a seguradora líder dos convênios do seguro OPV, o motivo pelo
qual minha mãe estava atrasada no dia de meu acidente de trânsito
que sofri. Moro em uma casa humilde pago aluguel, tenho 2 filhos pra criar,
vivo de bico, faço faxina nas casas dos outros quando tem, não tenho
marido para mim ajudar com os despesas, o dinheiro que ganho me dá
dando para comer e pagar o aluguel, e agora depois do acidente estou na
crua de mamãe, porque não tenho como mim manter.

Por esse motivo não posso pagar as taxas da mãe.

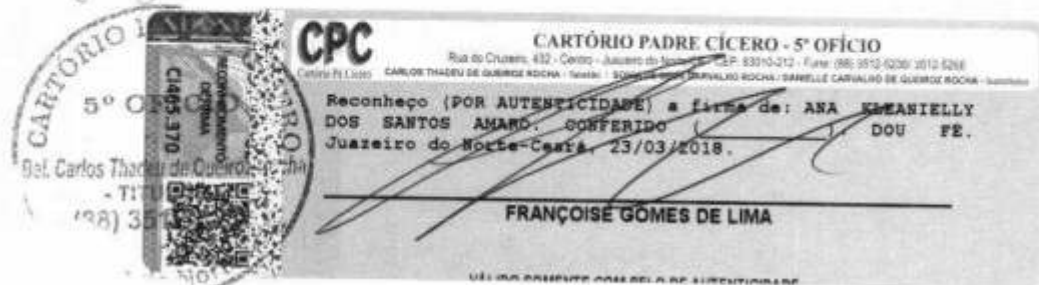
Venho pedir humildemente a seguradora líder e aos seus analistas que
mim ajude e marque minha perícia, para que eu possa ser avaliada pelo
medico das lesões que sofri no dia 17/03/2018 fui socorrida pelo
samu para o hospital Regional de Cariri. Fraturei os ossos do metacarpo,
fratura no nível do punho e da mão direita, e passei por procedimento
cirurgico em ambas lesões sofidas.

Grata pela atenção e elaboração da seguradora líder.

5º OFÍCIO

Ars: Ana Kleanielly dos Santos Amaro

Juazeiro do Norte - CE 22/03/2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180174732 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO METATARSO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO, NO MOMENTO. SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO, EM CASO DE CIRURGIA FOLHAS DE SALA DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IVONE S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180174732 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO METATARSO E DO PUNHO DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO DO DR. JOFRÂNIO B.F.DE CALDAS, CREMEC 6795 DE 10/05/2018

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IVONE S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180174732 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO METATARSO E DO PUNHO DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO DO DR. JOFRÂNIO B.F.DE CALDAS, CREMEC 6795 DE 10/05/2018

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IVONE S. Valice

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180174732 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do segundo e terceiro metatarsos da mão direita.
Fratura distal do radio direito.
Traumatismo lácero contuso do pé direito com fratura da falange distal do quinto pododáctilo direito.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do punho direito.
Bloqueio articular do pé direito associado a edema residual e deformidade do dorso do pé devido a perda tecidual acarretando alteração da marcha.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura distal do radio direito e do traumatismo lácero contuso do pé direito com fratura da falange distal do quinto pododáctilo direito.
Realizou fisioterapia (20 sessões).
Recebeu alta médica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.
Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé direito.

Médico examinador: VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA

CRM do médico: 10674

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180174732 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KLEANIelly DOS SANTOS AMARO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do segundo e terceiro metatarsos da mão direita.
Fratura distal do radio direito.
Traumatismo lácero contuso do pé direito com fratura da falange distal do quinto pododáctilo direito.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do punho direito.
Bloqueio articular do pé direito associado a edema residual e deformidade do dorso do pé devido a perda tecidual acarretando alteração da marcha.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura distal do radio direito e do traumatismo lácero contuso do pé direito com fratura da falange distal do quinto pododáctilo direito.
Realizou fisioterapia (20 sessões).
Recebeu alta médica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.
Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé direito.

Médico examinador: VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA

CRM do médico: 10674

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

