
Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ANA KLEANIALLY DOS SANTOS AMARO

Nº Sinistro: 3180174732

Vitima: ANA KLEANIALLY 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



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.

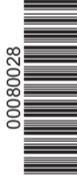
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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 n°: 13051304

A/C: ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO

Nº Sinistro: 3180174732
Vitima: 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 **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
AMARO

PARECER

Diagnóstico: Fratura do segundo e terceiro metatarsos da mão direita.
Fratura distal do radio direito.
Traumatismo lâcero 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 lâcero 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "SILVIO PANTALEAO GHIU".

**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 KLEANIALLY DOS SANTOS AMARO

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

Identificação - Orgão 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 ás 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

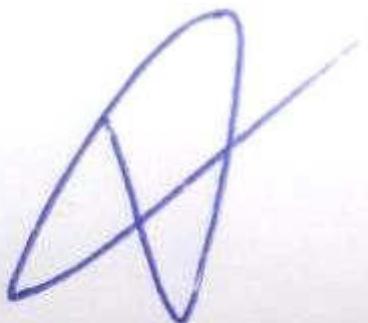
Região Corporal

% 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 KLEANIALLY DOS SANTOS AMARO

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

Identificação - Orgão 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 ás 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

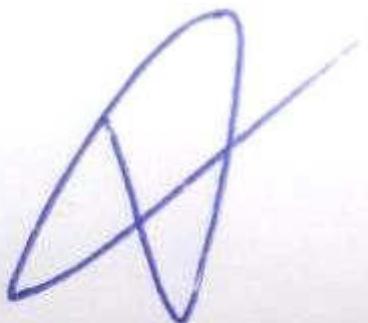
Região Corporal

% 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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

049.494.273-85

Nome completo da vítima

Ana Kleonielly dos Santos Amano

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Hna Kleonielly dos Santos Amano	049.494.273-85	poussu-me
Endereço	Número	Complemento
Rua Manoel Tavares Lopes	295	Casa
Bairro	Estado	CEP
Frei Damiao	Ceará	63044090
Email	Telefone (DDD)	
	(85) 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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3587		00022850	0
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(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

RECEBIDO

Ana Kleonielly dos Santos Amano

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
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

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

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 3587 / PIRAJA
CONTA : 013.00022650-0
NOME : ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 23/03/2018

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Dúvidoria 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

C E R T I D Á O

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/YBR125 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

SABEMI SEGURADORA S/A
18 ABR 2018

RECEBIDO

CARTÓRIO PARIZ

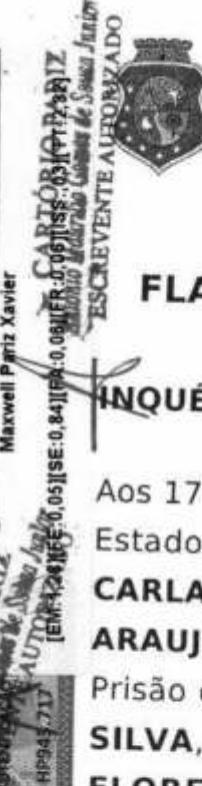
A presente fotocópia confere com a original exhibida
nestas Notas. CONFERIDO (*Hélio*). DOU FÉ. Juazeiro
do Norte - Ceará, 06/03/2018.

Maxwell Pariz Xavier

CARTÓRIO PARIZ
Antônio Maurílio Gomes de Souza Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO

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

Antônio Maurílio Gomes de Souza Junior
CARTÓRIO PARIZ
ESCREVENTE AUTORIZADO



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

18 ABR 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) Bem(a), **CARLA NOGUEIRA GUEDES**, Delegado(a), comigo **ORLANDIN GALDINO DE ARAUJO**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, na seqüência 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), 20. 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 Demutram 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

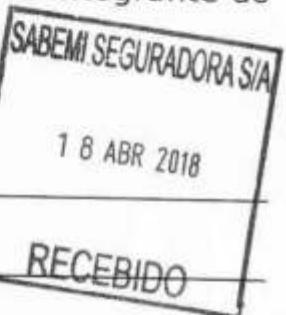
**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**INQUÉRITO Nº 488 - 230 / 2018**

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 KLEANIALLY 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 :



CARTÓRIO PARIZ

Presente fotocópia confere com o original exhibido.
Data: 06/03/2018 Local: Juazeiro do Norte - Ceará, 06/03/2018.

Maxwell Pariz Xavier

RECEBIDO

CARTÓRIO PARIZ

Antônio Maurício Gomes de Souza Junior

ESCREVENTE AUTORIZADO

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

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

Hna Kleonilly dos Santos Amorim

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 Lider 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.

Juizelmo do Monte 04 de Abril de 2018

Local e Data

Ana Kleonilly dos Santos Amorim

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento 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 Cristina Medeiros Silva Ana Cristina 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 Antônio Bezerra Rulim
192 Centro Médico Adm.
192 Base Juazeiro do Norte



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 Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

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	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2018	20/02/2018	21/03/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda de cores desta carta.

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE
Mês: Dez/2017 EU00 27,95

DICR = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
96,96	27,00%	26,17

Padrão Individual		
Mensal	Trimestral	Anual
5,87	18,15	20,30
0,00	0,00	6,75
3,17	6,35	12,70
0,00	0,00	5,88
2,85	8,55	8,99

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0308.00EB.2402.556B.0000.8692.E86F.BC2E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Ld. Atual	Ld. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 14799	14654	1,00	145	0,00	0,00	0,27940	39,60
						0,40124	16,00
						0,60187	45,29

DESCRÍPCAO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,38
MULTA MORATORIA REF 01/2018	1,43
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,32

VENCIMENTO

27/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

74,32

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	21,37
Transmissão	2,13
Distribuição	14,61
Encargos Setoriais	5,62
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	29,86
TOTAL	72,89

HISTÓRICO DE CONSUMO (milhões 12 meses)

152	145	155	153	159	159	156	156	126	133	174	146	172
152	145	155	153	159	159	156	156	126	133	174	146	172

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido dia (CO₂)

62,67

Compensando dia (CO₂)

0,00

Obs: Cifra Ecologica (%CO₂)

0 100

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.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Año	Valor
12/2017	105,82
01/2018	102,42

Consta desta fatura R\$ 3,69 referente à PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,68% e COFINS:3,14%
 PIS: 1,68% 2005 - MNEEL + IPI ... 10.637,82 + 10.633,03

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

SABEMI SEGURADORA S/A

18 ABR 2018

RECEBIDO

Nº do Cliente: 7573190-8 Referência: Fev/2018
 Data de Emissão: 20/02/2018 Total a Pagar (R\$): 74,32
 N° da Nota Fiscal: 514002003 Nº de Controle: 00075731900 00021 39232 35
 838 10000000-0 74320031000-1 00075731900-9 00213923200-8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ana Kleonilly dos Santos Amaro,

RG nº 2008097035480, data de expedição 30/07/2008, Órgão SSPDS - 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>Ensia</u>
Bairro	<u>Frei Domíão</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 Kleonilly dos Santos Amaro



DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA REGILANIA F ALENCAR
 End. Leitura: RU ANTONIO VALTER HONORATO TELES, 70, JOSE GERALDO D
 Cidade: JUICEIRO
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 021 Setor: 006 Quadra: 0009 Lote: 0272 Cep: 63033-030
 Subsolo: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE LEITURA

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(s)	Média Semanal (m³)
FCUR	A12FI+329G	397	409	12	11

DATAS

Leitura Atual: 15/03/2018 Emissão: 15/03/2018 Lacre Águas: 9
 Leitura Anterior: 11/02/2018 Próxima Leitura: 13/01/2018 Lacre Engoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cop	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	1-11	1-11	0-22	1-11	1-11
Analisa	1-10	1-10	1-15	1-15	1-15
Em conformidade	1-10*	1-23	1-27	1-37	1-15

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

JUROS DE 0,033% R\$ 0,00
 MULTA DE 2%

Valor (R\$)

32,72

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Engoto (m³)
MAR/17	11	0
ABR/17	10	0
MAY/17	9	0
JUN/17	10	0
JUL/17	10	0
AGO/17	11	0
SET/17	12	0
OUT/17	13	0
NOV/17	11	0
DEC/17	10	0
JAN/18	11	0
FEV/18	10	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

PIS: 0,31
 COFINS: 1,58

SUBSÍDIO

VALOR DO SERVIÇO
 VALOR DO SUBSÍDIO
 VALOR TOTAL A PAGAR

Valor (R\$)
 46,94
 13,72
 33,22

MÊS/ANO

03/2018

VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

33,22

CHAMADA PARA PAGAR FATURA

I: 352967053937839 L: 2509 H: 10:26:43 R: 046 P: 001
 Banco: Bradesco, BNL, Itaú, BB, Banco do Brasil, Caixa
 Econômica Federal, Santander, InfraBras, Outros Pessoas

A Cagece disponibiliza o atendimento online 24 horas por dia de sua fatura. Altere a fatura se desejar. Consulte sua agência.



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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0191, 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: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; Ceará: 2055-7916. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0191.



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 nº 9.613/98.

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

Declaro Profissão: Melusu-me Renda: Melusu-me e apresento os documentos comprobatórios:
Melusu-me declararam

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		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Rua Antônio Vatter Honório Teles</u>	<u>Juazeiro do Norte</u>	<u>Ceará</u>	<u>63033-030</u>
<u>Centro</u>	<u>CEP</u>	<u>Telefone comercial(DDD)</u>	<u>(88) 999.09.1667</u>

Juazeiro do Norte 04 de AbriL de 2018
Local e Data

Maria Regilomia Ferreira Alencar
Assinatura do Declarante





FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ANA KLEANIALLY 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 + HISTÓRIA 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 Diagnóstica: CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE DE MOTO COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHODIREITO E TORNOZELOD

ACIDENTE SEM CAPACETE NEGA CEFALÉIA, VOMITOS, NAUSEAS OU SINCOPE

NEG CERVICALGIA

ABD E TORAX SEM ALTERAÇÕES

SABEMI SEGURADORA S/A
18 ABR 2018

RECEBIDO

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 KLEANIALLY DOS SANTOS AMARO

Endereço: RUA MANOEL TAVARES LOPES 185

Idade: 25 ano(s) 8 Prontuário: 49748

Bairro: FREI DAMIAO

UF: CEARÁ Sexo: Feminino

CEP: 63010-000

Num: 185

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização:

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: SR Pós-Anestesico Leito: 08

Internação: 17/02/2018 13:51 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório:

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico:

PACIENTE FOI VÍTIMA DE FRATURAS DE 2º E 3º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 5º 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 SAMAAN 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 PERFUSÃO 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 KLEANIALLY DOS SANTOS AMARO

Dt. Nascimento: 24/05/1992

Enfermaria: Sala Cirúrgica

Leito: 03G

Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Circulante:

Instrumentador:

Procedimentos Propostos

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

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050462	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	S
0408020407	TRATAMENTO CIRÚRGICO 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
-----------------------	-------------	--------------------	----------

DESCRÍÇÃO 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 CIRÚRGICOS
- 03 - LMC COM 5000 ML DE S.F. 0,9% EM FERIMENTO NO DORSO PÉ DIR E 5º PODODACTILO DIR
- 04 - REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO 2º E 3º METATARSO A DIR
- 05 - OSTEOSINTSE 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 - OSTEOSINTSE 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 - OSTEOSINTSE COM 03 FIOS DE KIRSCHNER 1.5MM
- 12 - CURATIVO
- 13 - IMOBILIZAÇÕES



Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.743 / CRM-PE 23.779

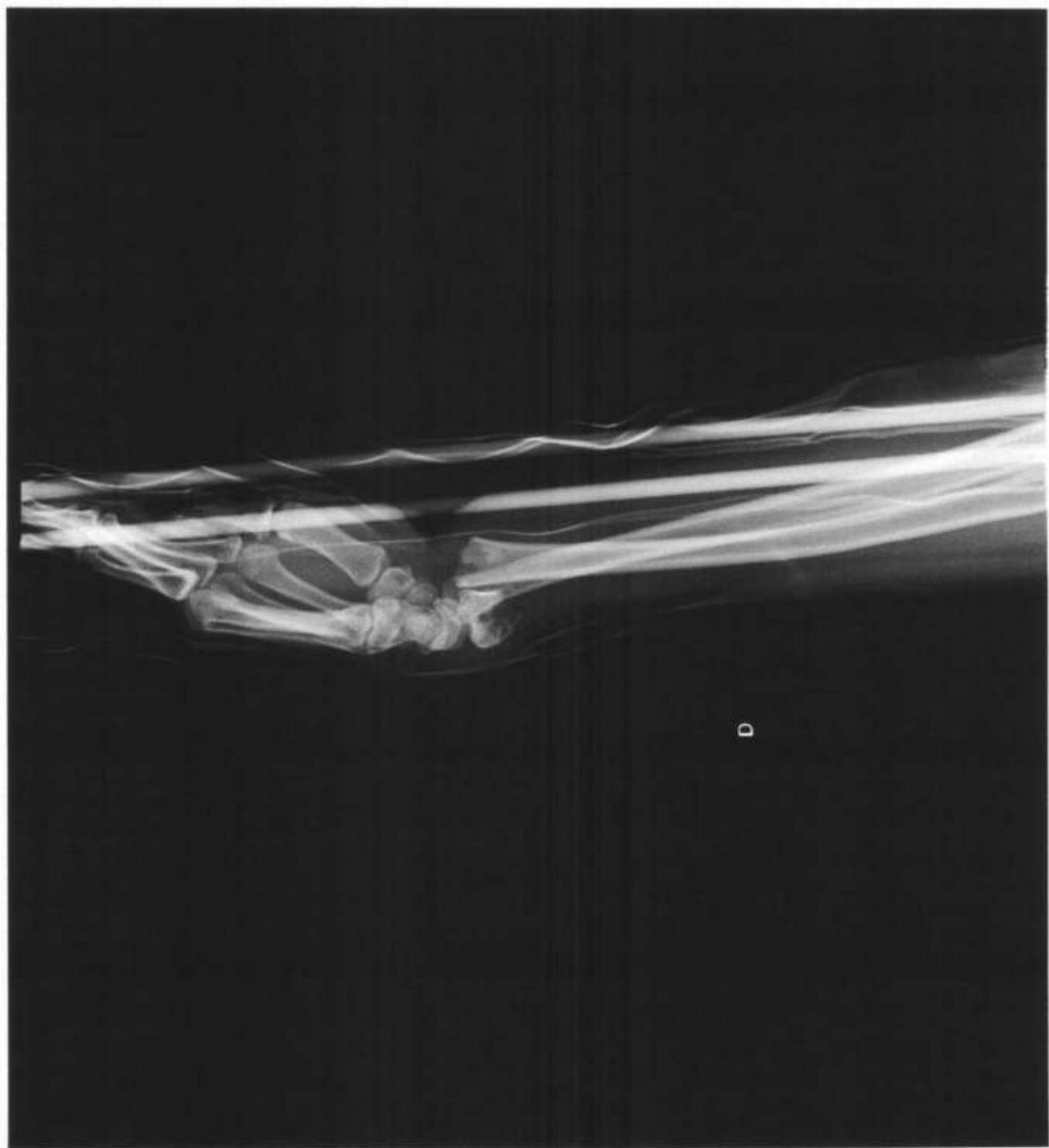
Data

17/02/18

Assinatura Cirurgião | CREMEC

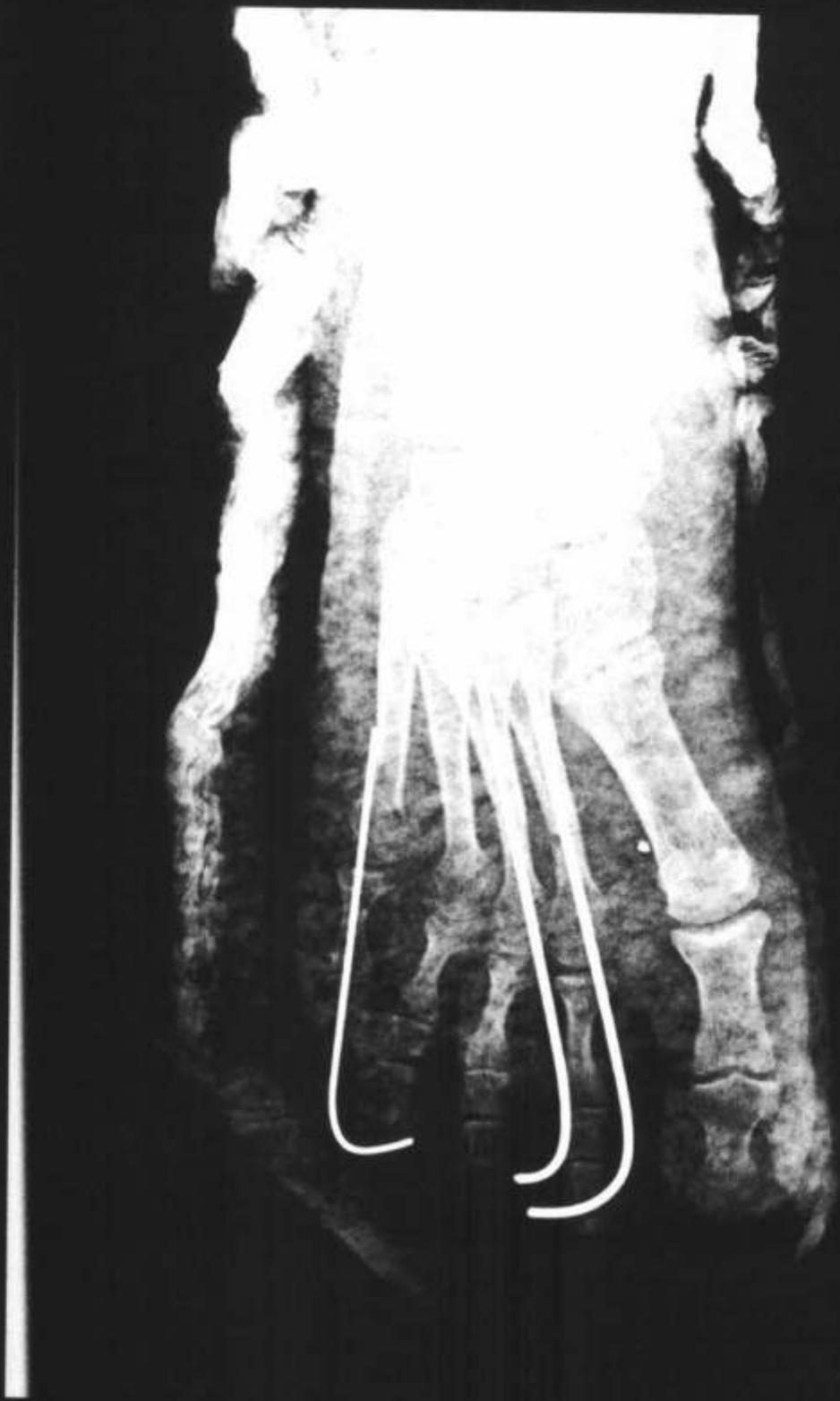
Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

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





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)

Antônio M. C.

O paciente Ano é do sexo masculino, do santo Amaro sofreu acidente de moto no dia 17/02/2018 que resultou em fratura do punho (extremidade distal do rádio) fechado e fratura do pé ($2^{\circ}, 3^{\circ}$ e 5° metatarsos) fechado. Recebeu tratamento ortopédico com gessos = 60 dias (punho e pé direitos). Apesar de seguir o protocolo clínico com de 60% do movimento do punho fechado e 50% do pé fechado. Recebeu ato definitivo 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 Amaro



SABEMI SEGURADORA S/A
18 ABR 2018

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

FOLHA 67
HEMOCÉ



ANA KLEANIELLY DOS SANTOS AMARO

FILIAÇÃO: VICENTE EUGÉNIO AMARO

ADRIANA VIEIRA DOS SANTOS

SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: 24/05/1992

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: FORTALEZA - CE

DOCUMENTO: C. I. 2000097030460 30/07/2008 555POS CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 040.494.273-85

TIT. ELEITOR:

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: GRUCECE - 03/12/2010

1898

Assinatura do emissor

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE RECEBIDO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO

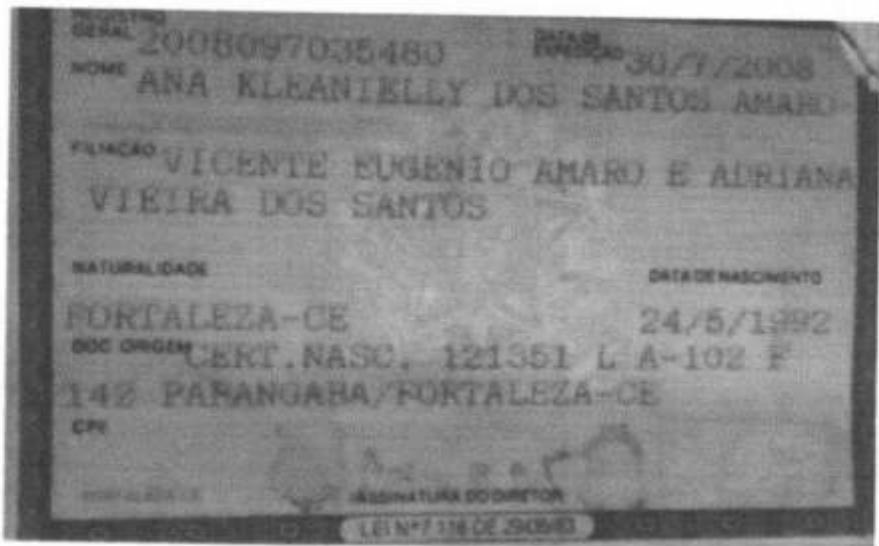
NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO

LEGENDA

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



DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA REGILANIA F. ALencar
 End. Leitura: RU ANTONIO VALTER HONORATO TELES, 70, JOSE GERALDO D
 Cidade: JUICEIRO
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 021 Setor: 006 Quadra: 0009 Lote: 0272 Cep: 63033-030
 Subsolo: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE LEITURA

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(s)	Média Semanal (m³)
FCUR	A12FI+329G	397	409	12	11

DATAS

Leitura Atual: 15/03/2018 Emissão: 15/03/2018 Lacre Água: 9
 Leitura Anterior: 11/02/2018 Próxima Leitura: 13/01/2018 Lacre Egoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cop	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	1-11	1-11	0-22	1-11	1-11
Analíticas	1-10	1-10	1-15	1-15	1-15
Em conformidade	1-10*	1-23	1-27	1-37	1-15

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

JUROS DE 0,033% R\$ 0,00
 MULTA DE 2%

Valor (R\$)

32,72

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Agoto (m³)
MAR/17	11	0
ABR/17	10	0
MAY/17	9	0
JUN/17	10	0
JUL/17	10	0
AGO/17	11	0
SET/17	12	0
OUT/17	13	0
NOV/17	11	0
DEC/17	10	0
JAN/18	11	0
FEV/18	10	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição Valor (R\$)
 PIS 0,31
 COFINS 1,58

SUBSÍDIO

Descrição Valor (R\$)
 VALOR DO SERVIÇO 46,94
 VALOR DO SUBSÍDIO 13,72
 VALOR TOTAL A PAGAR 33,22

MÊS/ANO

03/2018

VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

33,22

CHAMADA PARA PAGAR FATURA I: 352967053937839 L: 2509 H: 10:26:43 R: 046 P: 001

Bancos: Bradesco, BNLB, Itaú, BB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Trilbybank, Outros: Paybox. A Cagece disponibiliza o atendimento online para efetuar o seu pagamento. Altere a sua senha. Consulte sua agência.



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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0191, 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: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental, Ofício: 2055-7976. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0191.



SEGURO OBRIGATÓRIO 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:	01	CPF / CNPJ:	04949427385	PLACA:	0IM5519
RENAVAM:	00489109519	MARCA / MODELO:	HONDA/POP100		
ANO FAB.:	2012	CAT. TANF.:	09	Nº CHASSI:	9E2HB0210CR025558

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15	1,11	272,91
PAGAMENTO		DATA DEQUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	07/09/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

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

MOTOR: HB02E1CQ25558 03256

SABEMI SEGURADORA S/A

18 ABR 2018

RECEBIDO

Carta escrita a Punks

Eu Ana Blanelly dos Santos fui atropelada em 24/05/1992
Rg = 2008097035480 . CPF = 049.494.873-85 residente e domiciliar na
Rua: Manel Tavares Lopes N° 295 no Bairro Faz. Damiao na cidade
de Juazeiro do Norte. Verbo extrato desta carta escrita a punho justifico
a seguradora sobre os consérvios do seguro PVT, o motivo pelo
qual minha moto estava abandonada no dia de meu acidente de trânsito
que sofri. Moro em uma casa humilde pago aluguel, tenho 2 filhos pra cair,
vivo de bico, pago farinha nos carros dos outros quando tem, não tenho
marido para mim ajudar com os despesas, o dinheiro que ganho não sa-
dando para comer e pagar o aluguel, e agora depois do acidente estou na
casa da mamãe, porque não tenho como manter.

Venho pedir humildemente a seguradora vida e aos meus amigos que
mim ajude e marque minha perícia, para que eu possa ser atendida pelo
medico idoso lesionado que sofri no dia 17/03/2018 fui socorrida pelo
sambu para o hospital Regional de Caruaru. Fraturou os ossos do metatarso,
fratura no nível do punho e da mão direita, e passei por procedimento
cirúrgico em ambos os membros lesionados.

Obrigado pela atenção e colaboração da seguradora Lider.



Ass. Ana Klenelly dos Santos Amano

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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura do segundo e terceiro metatarsos da mão direita.
Fratura distal do radio direito.
Traumatismo lâcero 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 lâcero 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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 **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
AMARO

PARECER

Diagnóstico: Fratura do segundo e terceiro metatarsos da mão direita.
Fratura distal do radio direito.
Traumatismo lâcero 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 lâcero 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "SILVIO PANTALEAO GHIU".