

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160325573 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO SA DE OLIVEIRA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **ST CARAUBA nº 0 - ZONA RURAL - VICOSA DO CEARA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2004028075521 - SSP**  
Data local do exame: **16/06/2016 PARNAIBA/PI**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURAS DE FÊMUR, TÍBIA E ULNA ESQUERDOS.**

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR E DA ULNA. REALIZOU FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

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

**ALTERAÇÃO DA MARCHA COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO ACOMETIDO. NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO.**

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

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

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

**MIE**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

**MSE**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**PI - PARNAIBA, 16/06/2016**

**Médico Perito: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO CRM: 3165**

  
**ISMAR MARQUES FILHO**  
**MÉDICO**  
CPF: 791.120.723-20 CRM/PI 3165



Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2016

Carta nº: 9153235

A/C: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3160325573 ASL-0895038/16  
**Vitima:** ANTONIO SA DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 27/09/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2016

Carta nº: 9172560

A/C: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160325573 ASL-0895038/16  
Vítima: ANTONIO SA DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 27/09/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2016

Carta nº: 9255837

A/C: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160325573 ASL-0895038/16  
Vítima: ANTONIO SA DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 27/09/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 00000727-7

Conta: 0000011603-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160325573 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO SA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/06/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO, TIBIA ESQUERDA E ULNA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO E MS ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70% / MS ESQUERDO: 25% DE 70% / TOTAL: 35%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



VAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

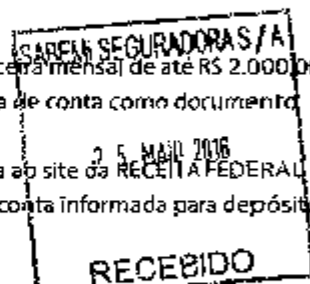
EU, Antônio Sá de OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 20040 28075321 EXPEDIDO POR SSPD5-CE EM 11/06/2016CPF 020084813-04 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Sá de Oliveira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 727-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11603-3

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

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

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

Vitoria do Gama 08 de janeiro de 2016

LOCAL E DATA

Antônio Sá de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

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



Bradesco

Dia & Noite

SON Bradesco Dia & Noite  
Franz Genesio da - 00 17 00

Data 29/01/2016 Hora 21:06 Term 05/16/3  
V. Trans 482 Banco 207 Agência 0/27  
Conta 001603-3 Valor **500,00**

Favorecer  
Banco 207  
Agência 027 - VITÓRIA (RJ) LARAA  
Conta 001603-3

Etiqueta: ANTONIO DA SILVA LARAA

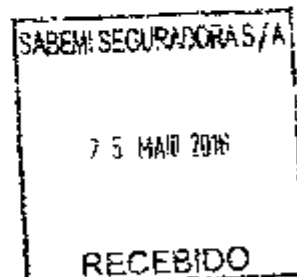
Nome: ANTONIO FAPIL DE ARAUJO  
Tipo/Conta: 00 Vlt/Gal Loo: 05

Comece Expresso Bradesco  
Seu cartão de cheques em segundos  
Seu pedido na Bradesco  
Não espere mais pelo cartão.

Ata Bradesco  
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Rescaldos e Informações  
0800 704 9333  
Disponível 24 horas, 7 dias por semana

Bradesco - 0800 727 9333  
Plano de atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h às 18h, sábado feriados

Atendimento  
Dia e Noite







PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE  
FONE: (88) 3632.1119  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



12950003686

CNS: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_  
Paciente: Antônio São de Oliveira DN: 03/10/88  
Sexo: M Estado Civil: S  
Nome da Mãe: Tereza Alves de Sá Oliveira Nome do Pai: Raimundo Novais de Oliveira  
Endereço: St. Coraúbas Município: Viçosa do Ceará  
Data / Hora do atendimento: 27/09/15 Horas 19:39  
Profissão: Agricultor Religião: \_\_\_\_\_  
Documento: não trouxe  
Assinatura do Paciente ou Responsável: Ericilio B. da Rocha

Sinais Vitais:

PA  x  MM Hg FR  Inc/min FC  Bat/min Temp.  °C. Peso:

Queixa Principal

HDA: Post. anterior de acidente de trânsito com x. muito  
apresentando ao exame físico fratura da tíbia + fíbula +  
ulna à E

Exame Físico:

RECEBIDO  
25 MAIO 2016

Hipótese Diagnóstica Fratura tíbia + fíbula + ulna à E

Diagnóstico Definitivo \_\_\_\_\_

CID:

Dr. Ricardo B. da Rocha  
MÉDICO  
CREMEC 15.347  
Assinatura e Carimbo

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Sá de OliveiraRG nº 200402805521 data de expedição 11 / 06 / 2004 Órgão SSP DE CE

CPF nº 020.681.813-04 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>São Carumba</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9 9404 - 4796 / 99927 - 3954</u>
E-mail	<u>afavicosa@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

CONTATOS  
**FÁBIO ARAÚJO**  
(88) 9 9927 - 3954 TIM  
(88) 9 9404 - 4796 CLARO  
E-mail: afavicosa@gmail.com

Local e Data: Vicosa do Ceará, 02-01-2016

Assinatura do Declarante:

Antônio Sá de Oliveira

SABEMI SEGURODORA S/A

25 MAR 2016

RECEBIDO

Nº DO CLIENTE  
3860063-3

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B - SÉRIE S-4)

38 31145 01 021400 - 0 Data de Emissão: 22/01/2016

TEREZA ALVES DE OLIVEIRA  
ST CARALUBA 00001  
NORTE - VICOSA CEARA - 62300000

24253111 0000 890N

01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA 0,00  
782779143-34

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO	
Atividade	Data de Emissão	Data de Vencimento	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento
Residencial	22/01/2016	23/02/2016	99,99	99,99

TAXAS		TAXAS	
Taxa de Distribuição	0,00	Taxa de Distribuição	0,00
Taxa de Transmissão	0,00	Taxa de Transmissão	0,00
Taxa de Uso	0,00	Taxa de Uso	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTRATO FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O ESTABELECIMENTO DO CONSUMO									
Período	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
22/01/15	3072	1,00	69	0,00	59	0,00	59	0,00	59

VALOR (R\$)	
VR. CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL	43,04
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-20,84
MULTA MORATORIA REF 10/2015	0,38
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,10
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS ( R\$ 2,18 )	

CONTATOS  
FÁBIO ARAÚJO  
(88) 9 9927 - 3954 TIM  
(88) 9 9404 - 4796 CLARO  
E mail: afevicsa@gmail.com

VENCIMENTO 01/03/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 23,68

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Energia	14,29	Energia	14,29
Transmissão	0,00	Transmissão	0,00
Distribuição	0,00	Distribuição	0,00
Encargos Sociais	0,00	Encargos Sociais	0,00
Tributos	0,00	Tributos	0,00

CONSUMO: 3072 kWh - 1,00 kWh/kWh

38,47 0,00

informações importantes e avisos de vencimento

Estamos enviando a você, juntamente com esta conta, todas as informações importantes para a sua conta. Para consultar os nossos serviços, visite o site: www.coelce.com.br

A COELCE AGRADECE E PRESENTA: PELA PARTICIPAÇÃO NAS 2016 PRESENTES

SABEM SEGURO S/A  
25 MAR 2016  
RECEBIDO

2º Via

Cagece

AGÊNCIA REGULADORA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ

0016789229



ANDRÉ FABIO DE ARAÚJO

TR LAMARTINE NOGUEIRA 03, SN, SÃO FRANCISCO  
VICOSA DO CEARÁ

62.200.600

003	002	0013	1464	0023
00	000	000	000	000
AGUA	A13F152541	146	157	11
				8
23/02/2016		10/02/2016		13271879
20/01/2016		24/03/2016		
		12/2015		
	030	030	010	003
	030	030	010	030
	030	030	010	030

EMISSÃO : UN-BSI10-10/03/2016 15:00:13

Caro cliente, encontramos quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2015, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do período e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

AGUA		20,46		
JUROS DE 0,33% AO DIA	11	0,28		
			FEV/2015	5
			MAR/2015	5
			ABR/2015	4
			MAI/2015	2
			JUN/2015	2
			JUL/2015	5
			AGO/2015	3
			SET/2015	6
			OUT/2015	8
			NOV/2015	8
			DEZ/2015	11
			JAN/2016	12
			FEB/2016	11
PIS	0,13		VALOR DO SERVIÇO	41,95
COFINS	0,95		VALOR DO SUBSÍDIO	21,21
			VALOR TOTAL PAGAR	20,74

02/2016

07/03/2016

20,74

CENTRAL DE ATENDIMENTO

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

Endereço: Rua da Liberdade, 11 - São Francisco - Fortaleza - CE  
 CEP: 61011-916 - Fone: (85) 3101-1916 - Fax: (85) 3101-1917  
 E-mail: atendimento@cagece.com.br - Site: www.cagece.com.br

Cagece

AGÊNCIA REGULADORA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ

0016789229

02/2016

003

2

0013

1464

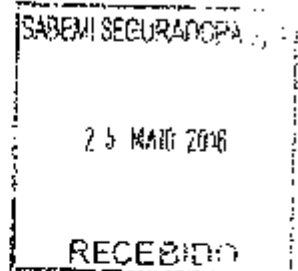
0023

VICOSA DO CEARÁ

07/03/2016

20,74

8260000000-8 20740009400-0 01678922901-6 00066331025-8



**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 A.F. de Araújo Seguros-ME, portador(a) do

RG nº \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_, em

1/1\_\_\_\_\_, CPF/CNPJ nº 22.894.185/0001-68,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antônio

Silva de Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

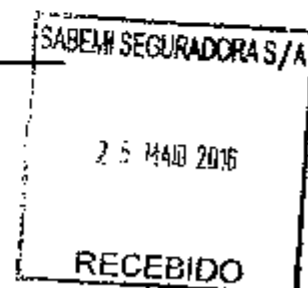
da vítima Antônio Silva de Oliveira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresário Renda Mensal: R\$ 1.500,00

Documentos comprobatórios: Recibo de Prô-Labore

Antônio Fábio de Araújo  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Humberto Oliveira da Conceição  
RG nº 2009466218-3, data de expedição 26/07/2008  
Órgão SSPOS-CE, portador do CPF nº 045.027.593-78 com  
domicílio na cidade de Vicosa do Ceará no Estado de  
Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Distrito de Marbomex nº 51N complemento Zona Rural,  
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha  
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Antônio Sá de Oliveira.

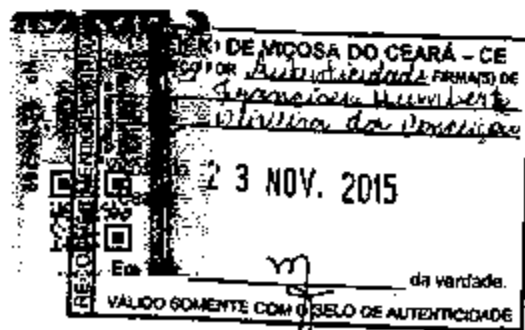
Veículo: MOTOCICLETA  
Ano: 2014/2015  
Modelo: HONDA CG 150 FAN ESDI  
Placa: PMC 8867  
Chassi: 902KC1680FR564923  
Data do Acidente: 27.09.2015.

Local e Data: Vicosa do Ceará, 23 de Novembro de 2015.

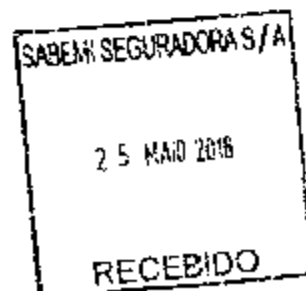


Francisco Humberto Oliveira da Conceição

Assinatura do Declarante



Maria Mary de Oliveira Carneiro  
Escritorinha





PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE

FONE: (88) 3632.1119

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

12930003686

CNS: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Nº Prentuário: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_  
Paciente: Antonio São de Oliveira DN: 03/10/88  
Sexo: M Estado Civil: S  
Nome da Mãe: Tereza Alves de Sá Oliveira Nome do Pai: Raimundo Nouate de Oliveira  
Endereço: St. Ebraubas Município: Viçosa do Ceará  
Data / Hora do atendimento: 27/09/15 Horas: 19:39  
Profissão: Agricultor Religião: \_\_\_\_\_  
Documento: não trouxe

\* Brício B. da Rocha

Assinatura do Paciente ou Responsável

Sinais Vitais:

PA  x  MM Hg FR  Inc/min FC  Bat/min Temp.  °C. Peso:

Queixa Principal

HDA: Posto anterior de acidente de trânsito moto x moto  
operando no mesmo local fratura de fêmur + tíbia +  
ulna e C

Exame Físico:

SABEMISEGURADORAS S/A
25 MAR 2016
RECEBIDO

Hipótese Diagnóstica Fratura fêmur + tíbia + ulna e C

Diagnóstico Definitivo

CID:

Dr. Ricardo Dantas Silva  
Médico

CREMEC 15347  
Assinatura e Carimbo

### Observação de Enfermagem

[illegible]

### Consumo de Material, Gases, Oximetria, Respirador

<p>28/09/15</p> <p>1) Alteração de ang IM D9K</p> <p>2) Síndrome 2-18 mil MEU<sup>9K</sup></p> <p>3/6m x murmurado</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>02. Liga</span> <span>h Desl.</span> <span>h Oximetria: Liga</span> <span>h Desl.</span> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Az. Liga</span> <span>h Desl.</span> <span>h Oximetria: Liga</span> <span>h Desl.</span> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Respirador Liga</span> <span>h Desl.</span> <span>h Oximetria: Liga</span> <span>h Desl.</span> </div>     <p>28.09.15 às 10:30 - note no teste ativo, afébrio, orientado, aceita o apresenta fratura da femur + escorregou pelo corpo + ferida múltiplas no abdômen</p>
--	--

### Controle de Exames Solicitados

28/03/05 14:00 Rx de MSE e ag. urda o de MSE,  
é apifético e faz uso de penobarbital  
sem dose. Tem MSE, com 1 x d., feito imobilização de  
MSE e limpeza em escumacos,  
que os cuidados e encaminhando  
Referência - P. 13: 320 x 90 mm - G. rec.

Destino:

☐ Alta    ☐ À Pedido    ☐ Decisão Médica    ☒ Transferência para: Tranqueiro  
☐ Óbito    ☐ IML    ☐ Atestado de Óbito, Data e Hora de Ocorrência: \_\_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo do Médico**

28-09-15 A.S. 12-26 anos, em observação, devido queima de  
fumo e 5 subm. E, estando suspenso, no-temos piores  
representando das, segue nos cuidados da enfermagem  
sob prescrição médica. @ 29-09-15 12h 3:55 - PTE  
F. 10-11-15 12h 3:55 - PTE



# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Aten: 9089761 01. Atender: 29/09/2015 - 14:42  
 Reg.: 100170111 03 01 07/14 Asser: 03/10/1993  
 Nome: ANTONIO DA DE OLIVEIRA  
 End.: ACARUÁIA  
 ZONA RURAL; VIOGA DO CEARÁ-CE; CEP: 62300000

ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☐

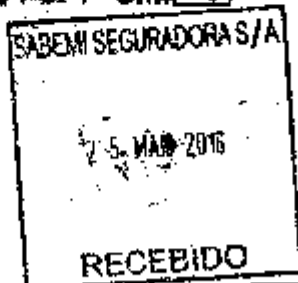
## ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Amarelo

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 14:22

PROCEDÊNCIA: Vieira do Ceará

☐ PROCURADORIA: SIM ☒



NÃO ☒

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☒ OUTRAS AMBULÂNCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

Santa Casa de M. de Souza  
 SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 PP. Ana Lúcia  
 Andréia R. Montenegro  
 COORDENADORA

HDA DO ACOLHIMENTO:

Paciente 26 anos vítima de acidente de moto, trauma no M.E. + M.S.E. + abdô, sem deambular.

PA: 1 PULSO:            FR:            TEMP.:            PESO:           

TIPO DE ACIDENTE:

Acidente de trânsito de moto

- ☐ Acidente com objetos cortos-contusos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão acidental:
- ☐ Queimaduras:
- ☐ Atropelamento:
- ☐ Carro
- ☐ Mordedura de animais:
- ☐ OUTROS
- ☐ Acidente por arma de fogo
- ☐ Afogamento
- ☐ Queda. De onde?
- ☐ Produto químicos farmacêuticos
- ☐ 1º Grau
- ☐ 2º Grau
- ☐ 3º Grau Por:
- ☐ Água
- ☐ Óleo
- ☐ Álcool
- ☐ Elétrico
- ☐ Corpo estranho
- ☐ Bicicleta
- ☐ Outros
- ☐ Moto:
- ☐ com capacete
- ☒ sem capacete
- ☐ Doméstico
- ☐ Selvagem
- ☐ Ofídico

LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio
- ☒ Via Pública
- ☐ Escola
- ☐ Outros

# Tipo de Trauma

- ☒ ABDOMINAL
 ☐ TORÁCICO
 ☐ ORTOPÉDICO
 ☐ POLITRAUMA  
☐ VIOLÊNCIA SEXUAL  
☐ MÃE:
 ☐ OUTROS
 ☐ PAI
 ☐ PADASTRO
 ☐ DESCONHECIDO

## Exame físico - exame médico:

### Nome do Médico:

Dr. ~~Marcelino~~ <sup>Phádis</sup> ~~amor~~, ~~agente~~ ~~atleta~~, natural de V. Serra

Vítima de colisão moto-mot, sem lesões clínicas, fraturas E (tor-  
so médio, com escavações no Rx) e silva E (tórax médio, sem escavações no Rx).  
Encontramos a vítima, a qual estava ligada com uma tala de sua musculatura.

### Conduta:

### Diagnóstico:

Ass. Médico - CRM

## Motivo do Atendimento

- ☐ CLÍNICO
 ☐ CARDIOLÓGICO
 ☐ NEUROLÓGICO
 ☐ OFTALMOLÓGICO  
☐ CIRÚRGICO
 ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO
 ☐ OTORRINO
 ☐ ODONTOLÓGICO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO
 ☐ OUTROS

## Destino do Atendimento: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO  
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE  
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO
 ☐ CIRÚRGICO

## Observação: Destino

- ☐ INTERNADO:
 ☐ CLÍNICO
 ☐ CIRÚRGICO  
☐ ALTA  
☐ TRANSFERÊNCIA
 ☐ HOSPITAL DE ORIGEM
 ☐ OUTROS

## Alta do Paciente

Santa Casa de M. de Sob.  
 S.A.M.E.  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 PP. *Andreia R. Montenegro*  
 Andreia R. Montenegro  
 COORDENADORA

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_

2315

sol: 12/10

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

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Identificação do Estabelecimento		12 - FONEB:	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		2529149	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <b>PSA</b>		1 - CNES:	
Identificação do Paciente			
3 - NOME DO PACIENTE: <b>ANTONIO SA OLIVEIRA</b>		6 - Nº PRONTUÁRIO: <b>158263</b>	
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <b>102604204870541</b>		8 - DATA NASCIMENTO: <b>03/10/1988</b>	
9 - SEXO: <b>M</b>		10 - RAÇA/COR: <b>10.1</b>	
11 - NOME DA MÃE/PAC: <b>KEZA ALVES DA SA OLIVEIRA</b>		13 - TELEFONE DE CONTATO:	
12 - NOME DO RESPONSÁVEL:		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): <b>JOSE CAVALCANTE PARANGABA SÍTIO CARABAS SIN - VICOSA DO CEARÁ</b>		18 - UF: <b>CE</b>	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <b>FORTALEZA</b>		19 - CEP: <b>62300000</b>	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <b>PACIENTE COM FRATURA DE ANTEBRAÇO + FEMUR, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO</b>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):			
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>FRATURA DE ANTEBRAÇO + FEMUR</b>			
24 - CID 10 PRINCIPAL: <b>S708</b>			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO: <b>S722</b>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>TTO CIRÚRGICO</b>			
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <b>0408020407</b>			
29 - CLÍNICA: <b>TRAUMA</b>			
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <b>EMERGÊNCIA</b>			
31 - DOCUMENTO: <b>( ) CNS ( ) CPF</b>			
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <b>Georgina Maria Figueiredo</b>			
33 - DATA SOLICITAÇÃO: <b>12/10/2015</b>			
34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO):			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
35 - CNPJ DA SEGURADORA:			
36 - CNPJ DA EMPRESA:			
37 - Nº DO BILHETE:			
38 - CNAL DA EMPRESA:			
39 - SÉRIE:			
40 - CÉDULA:			
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:			
42 - EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
44 - COD. ÓRGÃO (MÉDICO):			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (CONSULTAR):			
46 - DOCUMENTO: <b>( ) CNES ( ) CPF</b>			
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONS-ELHO):			
Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1 - via - SMS e 2 - via - Prontuário do paciente			



## REGISTRO DE ATENDIMENTO

☐ URGÊNCIA/EMERGÊNCIA  
☐ AMBULATÓRIO  
☒ INTERNAÇÃO

## ATENDIMENTO

Dia Mês Ano Hora  
12 10 2015 21:20

☐ 1º Atendimento  
☐ Retorno

Registro Nº 15004708

Prestador Nº 00158263

19710

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE	PACIENTE		Procedência		Profissão		Data Nascimento		IDADE	
	ANTÔNIO SA DE OLIVEIRA		IJE		AGRICULTOR		03 10 1988		27 anos	
	SEXO		NATURALIDADE/NACIONALIDADE		ESTADO CIVIL		ESCOLARIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
	1 X MASC 2 FEM		VICOSA DO CEARÁ		Solteiro(a)		-		Idem 200102807557	
ID CV	ENDEREÇO		BAIRRO		MUNICÍPIO		UF		TELEFONE	
	SÍTIO CARAUBAS, CC		ZONA RURAL		VICOSA DO CEARÁ		CE			
	Pai		Mãe							
	RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA		TEREZA ALVES DE SA OLIVEIRA							
INF. INTERNAÇÃO	ACOMPANHANTE		PARENTESCO		TELEFONE					
	SASER SEGURADORAS S/A		62.300.000							
	CONVENIO		SUS		CARTEIRA Nº					
	SEGURADO		2.5 MAIO 2015							
INF. INTERNAÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE		MÉDICO RESPONSÁVEL							
	SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR		JOSE NEWTON MACEDO							
	POSTO CLÍNICA		RECEBIDO		Nº FOLHETO		REGISTRO			
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				0663		LAURINDA			
INF. INTERNAÇÃO	DIAGNÓSTICO									
	S526 - Frac da extremidade distal do radio e cubito									
	PROCEDIMENTO SOLICITADO									
	C408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS									

MÉDICO SOLICITANTE	CONDIÇÕES DO PACIENTE		b.O.R + insensibilização funcional de cotovelo e	
			ombro (R) após 2 semanas com medicação (N.C). R.O.P.	
			Gostaria de, clinicamente avaliar.	
MÉDICO RESPONSÁVEL	IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES)			

MÉDICO RESPONSÁVEL	15.10.15. Feito exame clínico de punção			
	do cotovelo com 0408020519			
	16.10.15 Feito exame clínico			
	atendendo com 0408020531			
MÉDICO RESPONSÁVEL	DADOS DA ALTA			
	CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO		PROCEDIMENTO SISREG	
	S723 + S523		0408020407	
	MOTIVO DA ALTA		DATA: 19/10/15	
MÉDICO RESPONSÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO <input type="checkbox"/> A REVELAR <input type="checkbox"/> AFEICAO <input type="checkbox"/> OBITO		HORA	

ANTÔNIO SA DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



## Boletim de Descrição Cirúrgica

Data:

15/04/16

Paciente

ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Prontuario

158.263

Leito:

663

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tum. da glândula Prostática

Operação/Procedimento:

Tx. Cirúrgico

Código:

40200087P

Diagnóstico Pós-Operatório:

D. Prostática

Assepsia/antisepsia ☒Aposição de campos estéreis ☒

Cirurgião:

Antonio S. de Oliveira

Auxiliar 1:

Claudio José Ferreira  
C.R.C. 142.823-87

Auxiliar 2:

044078

Anestesiologista:

Cristina

EXAMES RADIOLOGICO  
TRANSOPERATORIO:☐ Sim ☐ Não

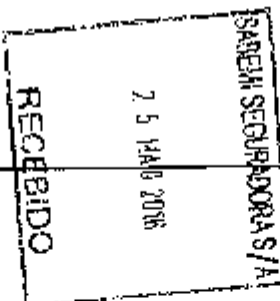
EXAME HISTOPATOLOGICO:

- ☐ Solicitado  
☐ Não Solicitado  
☐ Enviado do Laboratório  
☐ Entregue à Família

Antibiótico pré-operatório: ☐ Profilático ☐ Limpa ☐ Terapêutico ☐ Contaminada ☐ Pré-Operatório ☐ Infectada ☐ Transoperatório ☐ Potencialmente contaminada ☐ Não

Antibióticos Utilizados:

Dreno/Localização:



Descrição da Operação:

1. Solicito Son. Anest. e  
 2. Asser. da anest.  
 3. Adormec. no COFA  
 4. Lg. + Anest. EPTAL  
 5. Corte UPR  
 6. Pincel. A. de H.  
 7. UPR.

Assinatura do cirurgião/CRM



# Boletim de Descrição Cirúrgica

Data:

16/10/15

Paciente

ANTONIO SÁ DE OLIVEIRA

Prontuário:

188263

Leito:

663

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura A-ULNA FL

Operação/Procedimento:

TT - CMC

Código:

040820431

Diagnóstico Pós-Operatório:

D - m - t - m

Assepsia/antissepsia ☒

Aposição de campos estéreis ☒

Cirurgião:

Auxiliar 1:

Auxiliar 2:

Anestesiologista:

EXAMES RADIOLOGICO  
TRANSOPERATORIO:

☐ Sim ☐ Não

EXAME HISTOPATOLOGICO:

☐ Solicitado  
☐ Não Solicitado  
☐ Enviado do Laboratório  
☐ Entregue à Família

☐ Profilático

☐ Terapêutico

☐ Pré-Operatório

☐ Transoperatório

☐ Não

☐ Limpa

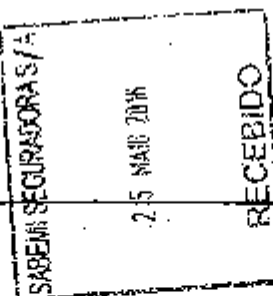
☐ Contaminada

☐ Infectada

☐ Potencialmente  
contaminada

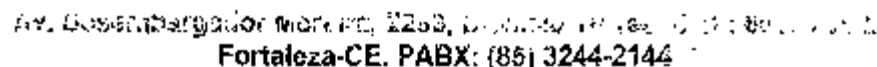
Antibióticos Utilizados:

Dreno/Localização:



1 - Fratura da ulna com  
a artéria no antebraço  
2 - A ulna com  
um fratura de  
4 - A ulna com  
a artéria e a ulna  
5 - A ulna com  
a artéria e a ulna

Assinatura do cirurgião/CRM



Data: 15/01/15	Paciente: Antonio Sô de Oliveira	Leito: 663	Prontuário: 58.243
----------------	----------------------------------	------------	--------------------



# PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 11/12/15		Paciente: Antonio Sá de Oliveira		Leito: 663		Prontuário: 158.263		
Item	Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto
			8h	100x60	36.4			P
1. Dieta Geral		SND	15h	110x70	36			R
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h		14.22.08	22h	120x80	37			P
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN		SM. 11h	Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 hora	
4. Omeprazol 20mg VO 24/24h		06	Glicemia					
5. Heparina Sódica 5000UI 24/24h		06	Evolução de Enfermagem:					mr. pct.
6. SSV		Após	orientar. p. m. l. a. d. o					
7. 98-150ml		06	unha de do. ad. a					
8. Cipro 400mg IV AL		12.06	dieta de m. d. o					
9. 12/12L			c. s. e. m. p. b. l.:					
10. 12/12L		SN						
11. 12/12L			Noite					
12. 12/12L			A. t. a. t. a. c. i. o. n. e. m. e. n. t. o. r. i. e. n. t. a. d. o. e. m. a. p. o. s. m. o. l. i. t. o. s. e. g. u. e. p. o. b. e. n. d. o. s. d. e. f. e. i. t. o. s.					
13. 12/12L								
14. 12/12L								
15. 12/12L								
16. 12/12L								
17. 12/12L								
18. 12/12L								
19. 12/12L								
20. 12/12L								

Dr. José Roberto Mendes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5113

RECEBIDO  
25 MAIO 2016  
FARM. SEGURADORA S/A

Dr. José Roberto Mendes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5113





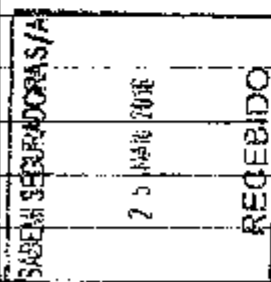
Av. Desembargador Mourão, 2203, Laranjeira Torres, CEP: 60170-002  
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

# PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 19/10/15		Paciente: Antonio Sai de Oliveira		Leito: 663		Prontuário: 158263		
Item	Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Vist
			8h	130x70	36,4	-	-	☉
1. Dieta Geral		5h	15h	120x90	31	-	-	L
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h		1/2 22:06	22h					
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN		9:13/30						
4. Omeprazol 20mg VO 24/24h		06	Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	
5. Heparina Sódica 5000UI 24/24h		06	Glicemia					
6. SSVV		06	Evolução de Enfermagem:					
7. Colite e artrose		06	pt. renovado curativo e					
8. ALTA HOSPITALAR		06	retirado o Drene e encen-					
		06	ta-se de Alta Hospitalar					
		06	tando: Pac. competente					
		06	orientado, medicado					
		06	o mesmo enfermeiro					
		06	de alta hospitalar -					
		06	pt. com alta					
		06	hospitalar as 16					
		06	30. 10. 15					

Dr. José Mendes Mota  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3143

Alta  
Jirania Sousa Barros  
Enfermeira  
COREN-CE 132138





Paciente: <b>ANTONIO SA DE OLIVEIRA</b>	Idade: <b>27</b>
Diagnóstico: Ex de dor no braço direito e mão direita (27/9/11)	
Evolução/ Parecer	Assinatura
12/10/11 dor + incapacidade funcional no braço direito e mão direita após acidente com motocicleta (116). RBS, Glasgow 15, Catena-Morrell 10/10/11. Hb: 12,0 g/dl. Hematócrito 38%. Hct 38%. Ex de dor no braço direito e mão direita. Hemograma: Leucócitos 12.500/mm³, hemoglobina 12,0 g/dl, hct 38%. RBS com a presença de leucócitos na urina. Na urina	
13/10/11 dor + incapacidade funcional no braço direito e mão direita. Dr. José Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113	
14/10/11 dor + incapacidade funcional no braço direito e mão direita. Dr. José Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113	
15/10/11 dor + incapacidade funcional no braço direito e mão direita. Dr. José Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113	
16/10/11 dor + incapacidade funcional no braço direito e mão direita. Dr. José Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113	
17/10/11 dor + incapacidade funcional no braço direito e mão direita. Dr. José Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113	
18/10/11 dor + incapacidade funcional no braço direito e mão direita. Dr. José Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113	
19/10/11 dor + incapacidade funcional no braço direito e mão direita. Dr. José Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113	



VALIDO EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

CPF: 4028075521 DATA DE EMISSÃO: 11/6/2004

NOME: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

PAI: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA E  
MÃE: ELZA ALVES DE SA OLIVEIRA

ESTADO: CEARÁ-CE DATA DE NASCIMENTO: 3/10/1985

CIDADE: CARIACI N.º 7 L. M. ESP. F. 1

CELESTINO-UIÇARA-CE

PC: RYAL-CE

LE Nº 7.146 DE 2008

SABEN SEGURADORA S/A

25 MAR 2016

RECEBIDO

CPF

4028075521

CPF

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COLAGEM ÚNICA

ANTONIO SA DE OLIVEIRA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160325573 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO SA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/06/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO, TIBIA ESQUERDA E ULNA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO E MS ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70% / MS ESQUERDO: 25% DE 70% / TOTAL: 35%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160325573

**Cidade:** Viçosa do Ceará

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANTONIO SA DE OLIVEIRA

**Data do acidente:** 27/09/2015

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora  
S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS DE FÊMUR, TÍBIA E ULNA ESQUERDOS.

**Descrição do exame médico pericial:** ALTERAÇÃO DA MARCHA COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO ACOMETIDO. NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR E DA ULNA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/06/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## 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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### BENEFICIÁRIO/VITÍMA

Nome: Antônio Sá de Oliveira  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 2004028079521 CPF: 020.681.813-04  
Endereço: Sítio Carumbas Bairro: Zona Rural  
Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

### PROCURADOR:

Nome: Antônio Fábio de Araújo  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Empresário  
Identidade: 2004099079243 CPF: 006.892.523-90  
Endereço: Gr. Carmontine Pequena Bairro: São José  
Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

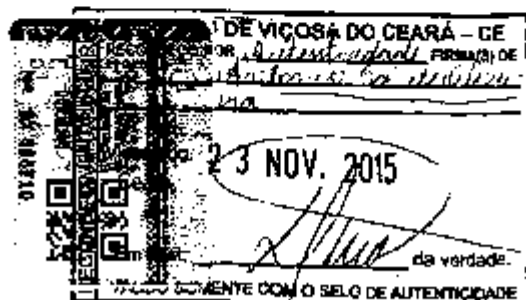
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Antônio Sá de Oliveira

Vicosa do Ceará, 23 de Novembro de 2015  
Local e data



x Antônio Sá de Oliveira  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)



Louisanna Kelly Pereira Siro  
Escritorinha Substituta

