



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Vanderli Rocha da Silva</u>		
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Gerente</u>
Identidade/Origem Expeditor: <u>2234378-92. SSP/CE. JJ. 06. 92</u>		CPF: <u>750413673-53</u>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <u>Diadato José Romalho</u>		
Bairro: <u>Auto da Cruz</u>	Complemento:	
CEP: <u>63870-000</u>	Cidade: <u>Boa Viagem</u>	Estado: <u>CE</u>

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF 016.548.623-63, com escritório na Pça. Mons. José Candido, 103, Centro, Boa Viagem – CE, CEP 63870-000;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) procurador(es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem CE de 16/11 de 20 17

Vanderli Rocha da Silva
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: <i>Vanderlei Rocha da Silva</i>		
Nacionalidade: <i>brasileira</i>	Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>cardeiro</i>
Identidade/Orgão Expedidor: <i>2234378-92-SSP/CE, 13.06.92.</i>		CPF: <i>63870-000</i>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <i>Quilato José Romário.</i>		
Bairro: <i>alto dos Ourinhos</i>	Complemento:	
CEP: <i>63870-000</i>	Cidade: <i>Bom Jardim</i>	Estado: <i>CE</i>

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Bom Jardim, CE de 16/11 de 2017

Vanderlei Rocha da Silva
Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CÉRTICA NACIONAL DE IDENTIDADE

VANDERLI ROCHA DA SILVA

NOME/IDMIDADE/ORGANISMO
 223437892 830 CE

CIVILidade ORGANISMO
 750.613.673-53 02/11/1978

NOME
 JOAQUIM MARTINS ROCHA

MARIA JOSE ROCHA DE
 SILVA

SEXO DATA
 MASCULINO 02/11/1978

1º NOME
 JOAQUIM MARTINS

VALIDADE 1ª EMISSÃO
 03/10/2014 15/10/2014

1ª OBSERVAÇÃO:

João Roberto da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

DATA DE EMISSÃO
 11/01/2014

8113818-17
 8113818-17

DETRAN-CE (CEARA)

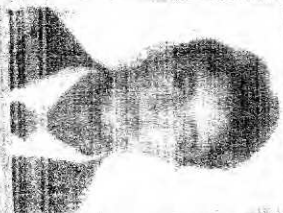
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

16-1

TESTADO POR MARIA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Vanderli Rocha da Silva

fls. 11

224378-92

VANDERLI ROCHA DA SILVA

Josquin Martim Rocha

Maria José Rocha da Silva

Bom Viagem Co.

02.11.74

Cert. Nasc. 124643, Liv. A-05, Fl. 197

Cert. de Ofício

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

VANDERLI ROCHA DA SILVA

Nº de Inscrição

750413673-53

Data do Nascimento

02/11/1974





Esta é a segunda via de
NOV/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE	
2221611	PV 1
VENCIMENTO	
TOTAL A PAGAR (R\$)	

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 499810428

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 03 036040 04 048600
Nome MARILENE SOARES
Endereço Postal

Medidor 9463474
Poste 0000 0

End. da Unidade RU DEODATO JOSE RAMALHO 00040 ALTO DA QUEIROZ BOA
Consumidora VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ 814.885.213-87 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
31904	31634	1	270	0	270

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	270	0,73789	199,23

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
08/11/2017	08/12/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7142.B0AF.920B.FFF9.5421.ED44.19B0.628C

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
199,23	27%	53,79

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	68,69
TRANSMISSÃO	6,86
DISTRIBUIÇÃO	46,65
ENCARGOS SETORIAIS	16,14
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	60,89

OUTROS PAGAMENTOS

CORRECAO MONETARIA DO MES	1,47
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,75
JUROS DO MES	4,35
MULTA MORATORIA	4,37
JUROS DO MES	4,43
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	31,30
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 15,03)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

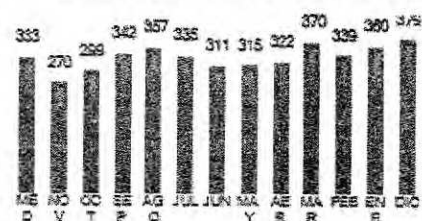
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 76,97

Conjunto BOA VIAGEM

Mês SET/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	2,25	3,42	0,00
FIC (un)	3,36	6,72	13,45	1,00	4,00	0,00
DMIC (h)	3,03			2,25		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 2221611-1 N° da Nota Fiscal: 499810428 Total a Pagar (R\$): 246,90
Data de Emissão: 04/12/2017 Referência: NOV/2017 N° de Controle: 0002221611 00204 4325 2 70

83850000002-4 46900031000-2 00022216110-8 02044325234-8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI

DECLARANTE:

Nome: <i>Wanderlei Rocha da Silva</i>		
Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>carban</i>
Identidade/Orgão Expeditor: <i>2234378-92-SSP/CE, 11.06.92</i>		CPF: <i>750.413.673-93</i>
Endereço/Av., Rua/Nº: <i>Quilato Jose Barmantino.</i>		
Bairro: <i>auto da Cruz</i>	Complemento:	
CEP: <i>638-70-000</i>	Cidade: <i>Bom Jardim</i>	Estado: <i>Ceará</i>

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado(a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Bom Jardim - CE, 04 de Dezembro de 2012.

Wanderlei Rocha da Silva
DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
UNIDADE POLICIAL DE CARIDADE/CE



➤ **DADOS DA OCORRÊNCIA**

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 0482/2017

DATA DA COMUNICAÇÃO: 27/06/2017 às 9h:30 min.

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 07/06/2017 às 23:00 hs

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: BR 020 – ALTO RECREIO – BOA VIAGEM/CE

HISTÓRICO: O queixoso informa que no dia, local e horas acima citados, encontrava-se pilotando a motocicleta de marca HONDA/BIZ 125 ES, placa OSP 8864/CE, ano 2008/2008, cor CINZA, chassi 9CZJA04208R141620, licenciada em nome de MARIA DE FATIMA DE SOUSA VALE, relata que saia do trabalho e ia com destino a sua residencia, quando no meio do trajeto, um cachorro cruzou afrente da motocicleta em que guiava, vindo a colidir com animal e veio a cair ao solo, a vítima foi socorrido para o Hospital de Boa Viagem, depois foi transferido para o Hospital São Francisco em Canindé, a vítima sofreu fratura de fêmur esquerdo, onde passou por intervenção cirurgica. Nada mais disse, vai devidamente assinado.

➤ **DADOS DA VITIMA:**

NOME: VANDERLI ROCHA DA SILVA

RG: 2234378-92 SSP/CE CPF: 750413673-53

DATA DE NASCIMENTO: 02/11/1974

FILIAÇÃO: Joaquim Martins Rocha

Maria Jose Rocha da Silva

ENDEREÇO: Rua Deodato Jose Ramalha nº40 – Alto da Queiroz – Boa Viagem/Ce.

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 28488-1-3

Cláudio Sérgio Landim Barrocas
 Chefe da Unidade Policial
 Mat.: 28488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Vanderli Rocha da Silva*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 011825768417

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 566804581 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME MARIA DE FATIMA DE SOUSA VALE

BOA VIAGEM/CE

CPF / CNPJ 98193996372 PLACA OSP8864

PLACA ANT. / UF *****/CE CHASSI 9C2JA04208R141620

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC. + COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CIL. 10CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA ***** VENC. COTA ÚNICA **/**/** VENC. / COTAS 1 *****

FAIXA I.P.V.A. *** PARCELAMENTO / COTAS ***** 2 ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

BOA VIAGEM LOCAL 19/04/2016 DATA

Assinatura: Igor Ponte
DETRAN-CE

EXPEDIDOR

fls. 15

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 011825768417 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 2016 DATA EMISSÃO 19/04/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 98193996372 PLACA OSP8864

RENAVAM 566804581 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2008 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2JA04208R141620

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO LOTE/DOC 771800700 LÍDER - DPVAT

MOTOR: JA04E28141620 CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

OUT 2104

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, **MARIA DE FATIMA DE SOUSA VALE** -RG: 3526770/2000 data de expedição: **08-10-2000** Órgão: **SSP CE** - Portadora do CPF nº **981.939.963-72** com domicílio na cidade de **BOA VIAGEM**, no Estado do **CEARÁ** - onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) : **MARIA ANTONIA AMARO** BAIRRO: **ALTO DA QUEIROZ** nº **313** Complemento: **CASA** declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo Mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a Vítima **VANDERLI ROCHA DA SILVA** cujo o condutor era: **VANDERLI ROCHA DA SILVA**

Veículo: **MOTOCICLETA**

Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES**

Ano/Modelo: **2008/2008**

Placa: **OSP 8864**

Cor: **CINZA**

Chassi: **9C2JA04208R141620**

Data do Acidente: **07/06/2017**

Local e Data: **BOA VIAGEM - CE 06 DE JULHO DE 2017.**

Maria de Fatima Sousa Vale
Assinatura do Declarante

Vanderli Rocha da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima)

UJK 02 RECONHECIMENTO DE FIRMA CP093.381	Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de <i>Maria de Sousa Vale</i>
	Boa Viagem CE 06 JUL. 2017 Em testemunho <i>[assinatura]</i> da verificação <i>[assinatura]</i>
() Joaquim Bezerra Sobrinho - Titular () Antonia Alves de Sousa - Substituto VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 07/06/17 HORÁRIO: 23:30 ATENDIMENTO Nº _____

Nome: Sig. Vanderli Rocha da Silva

DADOS DO PACIENTE
NOME: Vanderli Rocha da Silva SUS: _____
SEXO: mas DATA DE NASCIMENTO: 02/11/74 IDADE: 42 ESTADO CIVIL: casado

NOME DA MÃE: Maria Jose Rocha da Silva

NATURALIDADE: Boa Viagem PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: Deodoro José Romalho BAIRRO: Queiroz

CIDADE: Boa Viagem ESTADO: CE TELEFONE: (33) 996381132

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: _____ X _____ mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg

EIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração de consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito+cianose+ falta de ar; ☐ Vômito+perda de consciência ou dor tórax por mais de 30min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☒ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemia (diagnosticadas) ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controladas; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes);	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematemese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Broncoespasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escoltados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora de crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia Intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite;	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente: Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

Marilene Soares

Assinatura do responsável



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



NOME: _____

DATA: 08, 06, 17

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Ataque de pânico de forma leve
endurecimento das pernas e unhas
manuais.

PRESCRIÇÃO:

1x, pelo @ AP/P
Dipirona 500mg + AS 500mg ✓ 23:50
- Dito pânico frágil ✓

EVOLUÇÃO MÉDICA:

JOÃO P. TORRES FILHO
MÉDICO
CREMEL: 13192

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Rachell M. Cavaleante de França
Diretora Geral
da Saúde Adília Maria

DIREÇÃO GERAL

Rachell M. Cavaleante de França
Diretora Geral

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 Centro – CANINDÉ-CEARÁ

CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 343-2110 Fax: (085) 343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



FOLHA DE RELATÓRIO DE ALTA

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ		
1. NOME DO PACIENTE: VANDERLI ROCHA DA SILVA		
PRONTUÁRIO: 1270525	ENFERMARIA: POSTO 2	LEITO:
Data de Internação 08/06/2017	Data de Alta 14/06/2017	Tempo de Permanência DIA:

RESUMO CLÍNICO

Paciente, 42 anos, admitido por FRATURA DE FEMUR foi submetido OSTEOSINTESE DE FEMUR Com boa evolução pos-operatoria

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE FEMUR E

TERAPÊUTICA UTILIZADA

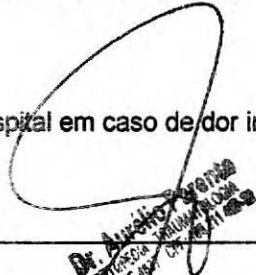
OSTEOSINTESE DE FEMUR E

MARCAR RETORNO COM DR. MARCUS

CONDIÇÕES DE ALTA

Boa evolução clínica, sem sinais flogísticos locais

Retornar ao hospital em caso de dor intensa, sangramento anormal ou outra anormalidade

 Dr. Aurélio Pinheiro Melo ORTOPEDIA - UNIDADE ALTA UNID. 14/06/2017	14/06/2017
Assinatura e Carimbo do Médico	DATA DA ALTA



EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO ESQUERDO
NOME: VANDERLI ROCHA DA SILVA **IDADE:** 42 anos
DATA DO LAUDO: 09-06-2017
MÉDICO SOLICITANTE: DR MARCOS JUCIE

LAUDO

Foram realizados cortes axiais e coronais do joelho, sob a técnica helicoidal, sem uso de contraste iodado, que revelaram:

Importante derrame articular (hemartrose).

Fratura cominutiva multifragmentar irregular da região posterior do côndilo lateral do femoral.

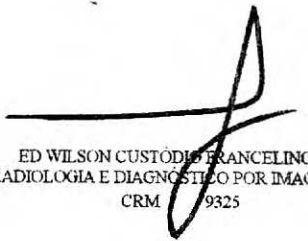
Projeções meniscais sem anormalidade detectáveis ao método.

Coxins gordurosos com densidades homogêneas.

Grupos musculares focalizados sem anormalidades apreciáveis.

CONCLUSÃO:

1. Importante derrame articular (hemartrose).
2. Fratura cominutiva multifragmentar irregular da região posterior do côndilo lateral do femoral.


ED WILSON CUSTÓDIO FRANCELINO
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 9325



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Acompanhe o Processo

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170393371 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** VANDERLI ROCHA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** VANDERLI ROCHA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 75041367353**Posição em 04-12-2017 09:10:57**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
06/10/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)