

**Peticionamento Intermediário de 2º Grau****!** **Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **TJCE.20.00052255-4** em **21/01/2020 15:57:58**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

**Orientações**

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

**Peticionante**

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

**Protocolo**

**Processo** : 0153646-58.2018.8.06.0001

**Protocolo** : TJCE.20.00052255-4

**Tipo da petição** : Petições Intermediárias Diversas

**Data/Hora** : 21/01/2020 15:57:58

**Partes****Documentos Protocolados**

**Petição\*** : 2600837\_ELABORAR JUNTADA DE DOCS\_01 - 1.pdf

**Documentação** : 2600837\_ELABORAR JUNTADA DE DOCS\_Anexo\_02 - 1-12.pdf

**Downloads**

**Documentos** : Realizar download dos documentos da petição

**Recibo** : Realizar download do recibo



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

**Processo:** 01536465820188060001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALDEMAR DE ASSIS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 16 de janeiro de 2020.

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEMAR DE ASSIS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05441-0

CONTA: 00000003971-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO14122017050000000002370544100000003971168750 PAGO

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170464709      **Cidade:** Novo Oriente      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDEMAR DE ASSIS      **Data do acidente:** 10/05/2016      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE JOELHO DIREITO. COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CLÍNICO CONSERVADOR. REALIZOU FISIOTERAPIA [40 SESSÕES]. ALTA EM NOVEMBRO DE 2017. EVOLUIU COM CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA EDEMA RESIDUAL MODERADO EM JOELHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MEDIA DE MOVIMENTOS [FLEXO - EXTENSÃO]

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** \*NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

**Médico examinador:** MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO

**CRM do médico:** 16205

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





NOVO ORIENTE

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

BOLETIM DE ATENDIMENTO

EXTERNO

Nº

DATA: 10/05/16



00000000000000000000000000000000

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: VALDEMAR DE ASSIS

Nome do Pai:

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DE ASSIS

CNS:

Estado Civil: Solteiro Sexo: M DN: 230353 Idade: 63

Profissão: Desempregado RG:

CPF:

Endereço: AV. D. J. M. F. L

Cidade: N.O

2 - SINAIS E SINTOMAS

3 - DIAGNÓSTICO

Plat. if dor, edema em joelho  
(D) p/ fixar, aumentar de intensidade

4 - CONDUTA

Ass. do Paciente ou Responsável:

Ass. do(a) Médico(a)

PESSOAL  
MEDICO  
INTERNAÇÃO  
EXTERNO  
CONSULTA  
AMBULATÓRIO

SABEMI SEGURADORA S/A

12 SET 2016

RECEBIDO



Unidade de Origem: H.O.P. e maternidade Dr. José Maria F. Leitão

Distrito Sanitário:

Nome: Valdemar de Anis

Endereço: trecho Taubá

Sexo: M  F

Data de Nasc.: 23/03/53

Município: NOVO Oriente

Prontuário:



Ocupação:

**Motivo do Encaminhamento**

Repreve queda de moto, com fratura em joelho (D), relata dor e dificuldade para caminhar.

Resultado de Exames:

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica: FRATURA EM JOELHO "D"

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para Tratamento:

Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: AVALIAÇÃO E CONDUTA

Profissional: TRAUMATOLOGISTA

Unidade de Referência: H.S. L. CRATEús

10/05/16 Data 17:00 Hora

1/1 Data 1/1 Hora

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (1)**

Unidade de Referência:

Município:

Resumo Clínico/Cirúrgico

Prontuário N.º

Alta

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

CID

Secundário 1

CID

Secundário 2

CID

SABEM/SEGURADORA SA

23 AGO 2017

RECEBIDO

Nº

DATA: 01/05/66

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

## 1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: VALDEMAR DE ASSIS

Nome do Pai:

Nome da Mãe: MARIA NAS DORES DE ASSIS

CNS:

Estado Civil: Sexo M DN 23.03.53 Idade 63

Profissão: RG: CPF:

Endereço: AV. 07 M. F. L Cidade: N.D.

## 2 - SINAIS E SINTOMAS

## 3 - DIAGNÓSTICO

Part. 1/ dor, edema no pênis  
(D) gás fúria, arrebatamento, histérico

## 4 - CONDUTA

Ass. do Paciente ou Responsável:

Ass. do(a) Médico(a)





## RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Valdemar de Assis**, RG:2008923752-2/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de trânsito, no dia 10 maio de 2016, no município de Novo Oriente - CE, com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Novo Oriente - CE.

- Com diagnóstico inicial de fratura do joelho direito.
- Seguindo tratamento conservador e fisioterapia.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

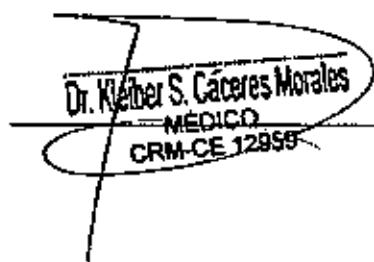
- Refere dor e dificuldade para a movimentação da região precitada.
- Apresenta limitação funcional para a flexo extensão total do joelho direito por possível lesão do ligamento cruzado posterior e lateral externo.

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão – Região corporal (seqüela): Joelho direito.

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( x ) 75% intensa ( ) 100% completa.

Atenciosamente,

  
Dr. Kleiber S. Cáceres Morales  
MÉDICO  
CRM-CE 12959

SABEMI SEGURADORA S/A  
27 NOV 2017  
RECEBIDO

Crateús, 24 de novembro de 2017.

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

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

Sinistro: **3170464709 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **VALDEMAR DE ASSIS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DOR JOSE MARIA LEITAO nº 1346 - CENTRO - NOVO ORIENTE/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20089237522 - SSP**

Data local do exame: **11/12/2017 TAUÁ/CE**

### Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA DE JOELHO DIREITO. COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**

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 complicações.

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CLÍNICO CONSERVADOR. REALIZOU FISIOTERAPIA [40 SESSÕES]. ALTA EM NOVEMBRO DE 2017. EVOLUIU COM CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA + EDEMA RESIDUAL MODERADO EM JOELHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MÉDIA DE MOVIMENTOS [FLEXO - EXTENSÃO]**

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.

#### DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

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)

Região Corporal(Sequela)

**JOELHO DIREITO**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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.

**NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - TAUÁ, 11/12/2017**

**Médico Perito: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO CRM:16205/CE**



Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PE

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, Valdemar de LuccaPORTADOR(A) DO RG Nº 2008923752EXPEDIDO POR SSP/CEEM 23/09/14 ECPF 71051850363-219 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Pescador

E RENDA MENSAL DE R\$ Reais NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 Mese(s), 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 juntamente com o documento de abertura da conta:

**SEGURO DPVAT**

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Estatuto ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresarial) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁK II, 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 Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, fratativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento PROTOCOLO 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.**

12 SET 2016

**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 do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 354 N° da AGENCIA (com dígito, se existir) 5441-0 N° da CONTA (com dígito, se existir) 3971-3

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

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGENCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

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 tigre para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.  
ELIEZIO DE PINHO BONJAGO - ME  
RUA DEDALEIANO ARAGAO 189  
TERM.NET-150 00027762 DATA 25/06/2016  
DATA: 25/06/2016 HORA DE BRASILIA: 08:44

\*\*\* EXTRATO DE CONTA CORRENTE \*\*\*

VALDENAR DE ASSIS 08:44HR  
AGENCIA 5441 CTA 0003971-3 25/06/2016

DISPONIVEL  
- TOTAL DISPONIVEL ..... 000000  
+ CONTA CORRENTE ..... 000000  
TOTAL DE RECARGOS ..... 000000

AB.BRADESCO : 5441 - NOVO ORIENTE  
CORRESP.BANCO:060 - ORIENTE VARIEDADES  
NSU: 026566762273 AUTENTIFICAÇÃO: 067387

LIA LUDWIKA BIRAN SIC  
CÓDIGO 774 9933

NSU NEDD: 016014 HORA REDF: 08:44:46

SABERIA DE SEGURANÇA S/A

12 SET 2016

REC.000



# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 528 / 2016

## Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **24/08/2016 15:55:19**

Data / Hora da Ocorrência: **10/05/2016 17:00:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO LOCALIDADE DE EMAUS**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **NOVO ORIENTE/CE**

Ponto de Referência: **PRÓXIMO A LOCALIDADE DE OLHO D'ÁGUA**

## Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VALDEMAR DE ASSIS**

Nascimento: **23/03/1953** CPF:

RG: **20089237522** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA DAS DORES DE ASSIS**

Endereço: **AVENIDA JOSÉ MARIA LEITÃO, 1349**

Bairro: **TRECHO TAUÁ**

CEP:

Município: **NOVO ORIENTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

## Histórico

OBS: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE  
INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO  
QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE É  
CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 299, 339 E 340 DO CPB).

O DECLARANTE AFIRMA QUE NÃO POSSUI CARTEIRA DE HABILITAÇÃO; QUE  
NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE  
TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES,  
ANO DE FAB. E MODELO 2014/2014, COR VERMELHA, PLACA OSA-9100-CE,  
CHASSI 9C2JC4120ER022464, LICENCIADA E REGISTRADA EM NOME DE  
MARIA HELENA ALVES ANCHIETA; QUE AFIRMA O DECLARANTE QUE O  
ACIDENTE OCORREU NA LOCALIDADE DE EMAUS - NOVO ORIENTE/CE  
QUANDO AO SE DIRIGIR DA REFERIDA LOCALIDADE EM DIREÇÃO A ESTA  
URBE COLIDIU COM UMA VACA QUE ATRAVESSOU A VIA LHE FECHANDO;  
QUE DO ACIDENTE O DECLARANTE RESTOU LESIONADO COM FRATURA E  
ESCORIAÇÕES NO JOELHO DIREITO; QUE POPULARES O SOCORRERAM PARA  
O HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE, CONFORME CÓPIA QUE  
APRESENTA NESTE ATO. E NADA DISSE.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

**MARCIO CRISTIANI SOARES SILVA - MAT.: 300065-1-8**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

***Marcelo Almeida Lima***

VISTO DO DELEGADO(A):

**JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 529 / 2016

  
Areytico Sallers  
Antonia Joyete Sallers Sallers  
Auriane Janete Sallers Sallers



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

DATA: 10/05/16

## 1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: WILDEMAR DE ASSIS

Nome do Pai:

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DE ASSIS

CNS:

Estado Civil:

Profissão:

Endereço: AV. D. J. M. F. L.Sexo: M

RG:

DN: 23.03.83 Idade: 63

CPF:

Cidade: Nº

## 2 - SINAIS E SINTOMAS

## 3 - DIAGNÓSTICO

Plant. c/ dor, edema e pál  
(D) c/ frio, arrebito, hist

## 4 - CONDUTA

ental ilíaco ab. corr.

Ass. do Paciente ou Responsável:

Ass. do(a) Médico(a)

SABEM SIGUERDURA BIA

12 SET 2016

RECEBIDO