



**Prefeitura de
Fortaleza**
Coordenadoria de Ciência,
Tecnologia e Inovação

ATESTADO MÉDICO

NOME: JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ACOMPANHADO NO INSTITUTO DR JOSE FROTA NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DEVIDO A FRATURA DE TÍBIA DIREITA SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO.

PACIENTE EVOLUI COM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO CLINICA E RADIOGRÁFICA DE FRATURA

RELATA AINDA DOR RESIDUAL EM TORNOZELO DIREITO, PROXIMO A MALEOLO MEDIAL

ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA DESTE AMBULATORIO.

CID: S82.2

FORTALEZA, 22 DE FEVEREIRO DE 2018

Dr. Caio Prado S. Costa
Residente Traumatologia
CREMEC: 15413

Dr. Caio Prado S. Costa
Residente Traumatologia
CREMEC: 15413

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 22. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 122 - 424 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **21/05/2018 15:20:10**
 Data / Hora da Ocorrência: **20/01/2017 21:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CENTRAL DO ICARAI**
 Complemento:
 Bairro: **ICARAI** Município: **CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX AO POSTO**

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

30 OUT 2018

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SIDICLEI MARTINS DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **08/08/1975** CPF: **696.466.273-15**
 RG: **20170528590** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **LUZIA MARTINS DE OLIVEIRA**
SEBASTIÃO TEIXEIRA DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA ANTÔNIO AFRODIZIO GUERRA, 44**
 Bairro: **ICARAI**
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98582-8502**

UF: CE
ENTRADA

Nome: **JOSE AILTON CARLOS LIMA FILHO**
 Nascimento: **14/10/2004** CPF:
 RG: **20078971572** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **EUDENIR BATISTA SILVA**
JOSE AILTON CARLOS LIMA
 Endereço: **RUA ENGENHEIRO JOÃO NOGUEIRA, 1736 BLOCO 10 APT4**
 Bairro: **CARLITO PAMPLONA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Afirma o declarante, advertido das penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB, que conduzia o veículo modelo HONDA/CG 160 START, Chasi 9C2KC2500HR005876, Renavam 25864050300, ano de fabricação 2016, de cor vermelha e apresentando placa PNC7731; Relata que junto ao declarante, como garupa, estava seu enteado, JOSÉ AILTON CARLOS LIMA FILHO, menor de idade; Ressalta que transitava na Avenida Central do Icarai, sentido Cumbuco/Fortaleza, quando nas proximidades do Posto de Gasolina fora surpreendido por um veículo de placa PMG-2739 que restou por avançar a preferencial para realizar um conversão na via pública; Que, não conseguira parar o veículo a tempo, vindo a colidir com o automóvel citado; Que, o declarante e JOSÉ AILTON vieram a cair ao solo; Que, neste momento o declarante e seu enteado foram auxiliados por populares da região, onde estes acionaram o SAMU; Que, os profissionais do Serviço de Atendimento Médico de Urgência realizaram os primeiros atendimentos no local e conduziram os mesmos para o Instituto Doutor José Frota; Que, nesta unidade de saúde, o declarante fora diagnosticado com fratura em seu fêmur esquerdo, e JOSÉ AILTON com trauma na face e tornozelo direito, assim como edema nos lábios; Acresce ainda o declarante que fora necessária intervenção cirúrgica para sua devida recuperação; Que na

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE REDENCAO

fls. 9



Impresso nº 2018314582

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 539 - 1780 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2018 15:23:52**
Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2016 01:20:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA**
Complemento:
Bairro: Município: **REDENCAO/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ROMARIO LEITÃO PEREIRA**
Nascimento: **08/09/1992** CPF:
RG: **2006014082322** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **LUCIA LEITÃO PEREIRA**
RAIMUNDO PEREIRA NETO
Endereço: **RUA PAU BRASIL, 387**
Bairro: **PARANGABA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO**
Nascimento: **19/03/1998** CPF: **072.282.743-18**
RG: **20150636789** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAÚJO**
ANTONIO PEIXOTO DE ARAÚJO
Endereço: **NÃO INFORMADO CURRAIS II**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **REDENCAO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99737-1814**

Histórico

QUE estava de garupeiro na motocicleta HONDA CG 150 TITAN, PLACA OSB4797, COR BRANCA, ANO 2014/2014 e quem pilotava era FRANCISCO ROMÁRIO LEITÃO PEREIRA; QUE ROMÁRIO perdeu o controle da motocicleta em uma curva e os dois sofreram um acidente colidindo com um muro; QUE estava sem capacete no momento do acidente; QUE ROMÁRIO sofreu apenas escoriações não tendo interesse em dar entrada no seguro DPVAT; QUE do acidente o noticiante teve fratura exposta e pancada na cabeça; QUE ficou internado no IJF durante 3 (três) meses e após esse tempo ficou fazendo tratamento;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE REDENCAO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****GABRIELA MORORÓ VARELA AGUIAR - MAT.: 30118782****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** X Janygleison Costa de Araújo



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

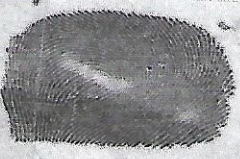
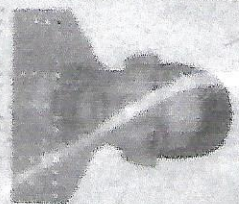


CERTIDÃO NARRATIVA

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 ao Sr. JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO, portador do RG2015063678-9 inscrito no CPF 072.282.743-18, no dia 04/12/2016, às 1h16, no município de Aracoiaba/CE, na CE 464, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital I.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 27 de Abril de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS PRIVILEGIADAS	
 Polegar Direito	 Polegar Esquerdo
Janygleison costa de araujo ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 2015063678 - 9	DATA DE EXPEDIÇÃO 16/07/2015
NOME JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO	
FILIAÇÃO ANTÔNIO PEIXOTO DE ARAÚJO RAZMUNDA NEIDE COSTA DE ARAÚJO	
NATURALIDADE REDENÇÃO - CE	DATA DE NASCIMENTO 19/03/1998
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 10230 FOLHA: 142 LIVRO: A-11 BARREIRA - CE	
CPF	
1 VTA	P.: 101
ASSINATURA DO DIRETOR LEI N° 7.116 DE 29/08/83	

MINISTÉRIO DA FAZENDA	
Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
Número 072.282.743-18	
Nome JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO	
Nascimento 19/03/1998	
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	

2076126

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

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

enel

fls. 12

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 555946070
Rota 01 27092 06 107000 - 0 Data de Emissão 02/01/2019
Nome RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAUJO
End. Postal PV CURRAIS II
SEM BAIRRO 2709-100 - REDENCAO - 62790000
Medidor 9249917 Poste 0000 0000
Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 989000643-04 CGF
Nome do Responsável

DATAS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda desta conta.	Conjunto	Mês
Jan/2019	02/01/2019	04/02/2019		Nov/2018	EUSD 64,00
				DICRI = 0,00 P	
ICMS			Padrão Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			10,58	21,17	42,34
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			Apuração Individual		
A251.FICC.55B2.D9EA.300C.FEE7.E062.E0EB			Mensal	Trim.	Anual
			7,59	15,19	30,39
			5,68	0,00	0,00
				0,00	0,00
				0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
FP 27433	27038	1,00	340	0,00	340	0,36319	123,47		
02/01/19	04/12/18		29 DIAS		340		123,47		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	123,47
MULTA MORATORIA REF 10/2018	1,63
JUROS DO MES	0,53

VENCIMENTO 15/02/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 125,63

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	64,00
Transmissão	6,26
Distribuição	36,31
Encargos Setoriais	9,89
Tributos (IOMIS PIS/COFINS) ...	6,26
TOTAL	123,47

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

122	340	393	382	190	204	168	162	190	156	200	209	76
NEJ	Jan	Feb	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
132,74	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

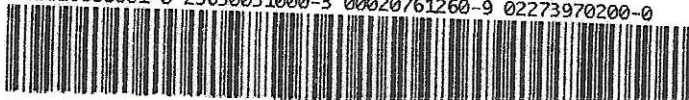
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 6,26 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,91% e COFINS:4,17% (Art. 9 Res. 100.2005 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.833-03)
Bandeira verde em dez-18, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.aneel.gov.br - Notifica-se: Estado do CE publicou DECRETO 32847 sobre a isenção de IOMIS classe RURAL. Favor, comparecer a Loja ENEL em até 120 dias da primeira notificação com o formulário anexado sob pena de perda da isenção

Nº do Cliente: 2076126 Referência: Jan/2019
Data de Emissão: 02/01/2019 Total a Pagar (R\$): 125,63
Nº da Nota Fiscal: 555946070 Nº de Controle: 0002076126 00227 39702 03

83820000001-0 25630031000-3 00020761260-9 02273970200-0



No. HOSPGESTOR: 30413

LEITO: 2132

NOME: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

DATA DE INTERNACAO: 04/ 12/ 2016

DATA DA ALTA: 01/03/2017

BE/PRONT: 5481273

CIDADE DE ORIGEM: REDENCAO

NASCIMENTO: 19031988

IDADE: 28

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA) + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS- 1. TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS 2. NAO PISAR 3. RETORNO AO OPERATORIOS: AMBULATORIO DO DR. JONATAS E SALES EM 2 SEMANAS

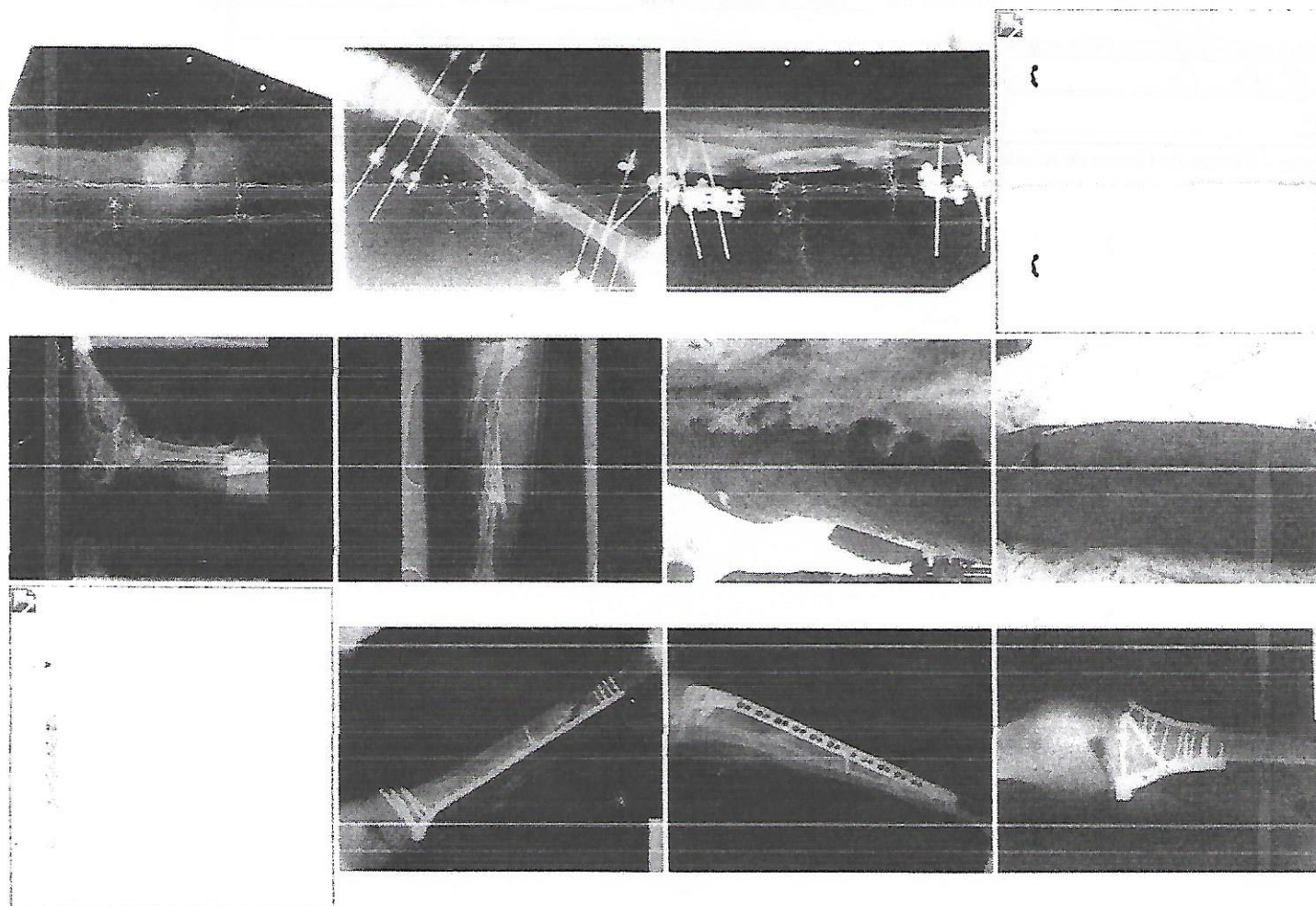
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: SALES

RESIDENTE DO LEITO: CESAR AUGUSTO



Mapa de Cirurgias

Dias Int. #	Hora	Leito	Cirurgiao	Residente	Material	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 22/12/2016 - Quinta-Feira							
88	10 13:30	2132	JONATAS BRITO	CESAR AUGUSTO	PLACAS EM T E L PARA PLATO TIBIAL + CX BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES FRAGMENTOS + CX PARA FUSOS CANULADOS 7.0 MM + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + KIT BÁSICO: CX	INTENSIFICADOR	SUSPENSA

OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E
SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO
MACON + CAIXA DE HASTE DE TIB

fls. 14

FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ BE:5481273

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
02-01-2017 15:10:59

MAPA DO DIA 29/12/2016 - Quinta-Feira

88 5 A SEGUIR 2132

JONATAS
BRITO

CESAR
AUGUSTO

PLACAS EM TEL PARA PLATO TIBIAL + CX
BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES
FRAGMENTOS + CX PARAFUSOS
CANULADOS 7.0 MM + CX PEQUENOS
FRAGMENTOS + KIT BÁSICO: CX
OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E
SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO
MACON

INTENSIFICADOR DE
IMAGEM +
PROLONGADOR DE MESA

REALIZADA

FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ BE:5481273

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
02-01-2017 15:41:52

MAPA DO DIA 01/02/2017 - Quarta-Feira

88 18 13:30 2132 SALES

PLACA TACO DE GOLFE (DIREITA) LONGA -
CX GRANDES FRAGMENTOS BLOQUEADOS;
+ CX BASICA TO PARA MMII + KIT BÁSICO: CX
OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E
SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO
MACON

INTENSIFICADOR DE
IMAGENS + MESA
RADIOTRASPARENTE

REALIZADA

FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ BE:5481273

Marcado por:
CESAR AUGUSTO L em:
06-02-2017 17:56:35

Dr. Igor Moura de Sá Médico Radiologista Ass.: _____ Data: 02/02/17 Imprimir	Retornar dia: <u>02/02/17</u> Hora: _____ para Dr. <u>Sales / Santos</u>
--	---

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas



LAUDO MÉDICO

Nome: Janygleison Costa Araújo

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NESTE HOSPITAL DEVIDO A FRATURA DE tíbia direita(diáfise) e tíbia esquerda(platô tibial), tendo realizado tratamento cirúrgico para as duas fraturas. No momento, paciente em recuperação, sem deambular. Inicia processo de reabilitação motora.

CID: S82.1 S82.2

Fortaleza 16 de março de 2017

Dr. Ernane Osório
Médico
Crem. 17577



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

SPD

fls. 16

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO		ID Paciente: 5481273
Data de Nascimento: 19/03/1998	Idade: 19 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR GUILHERME		Data do Exame: 24/11/2017

LAUDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO JOELHO/ PERNA

TÉCNICA:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice sem uso de contraste venoso, com imagens processadas e analisadas em Workstation.

Traços de Fratura Cominutiva interessando:

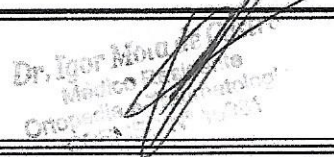
Diáfise Tibial + placa metálica e parafuso

Fratura da Diáfise Fibular com calo ósseo

SILVANA PINHEIRO
CRM 3914

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO		
LEITO:	2132		
DATA DE INTERNACAO:	04 12 2016	DATA DA ALTA:	01/03/2017
BE/PRONT:	5481273	CIDADE DE ORIGEM:	REDENCAO
IDADE:	28		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA) + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS 2. NAO PISAR 3. RETORNO AO AMBULATORIO DO DR. JONATAS E SALES EM 2 SEMANAS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	SALES		
RESIDENTE DO LEITO:	CESAR AUGUSTO		

Ass: 	Retornar dia: <u>04/03/2017</u> Hora: _____ para Dr. <u>SALES / Sorente</u>
Data: <u>01/03/17</u>	Dispensa do trabalho por: <u>60 (sessenta) dias</u>
Imprimir	

NOGUEIRA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Edson Nogueira * Nayara Nogueira

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da RG N.º 2015063678-9 SSPDS-CE., inscrito no CPF de N.º 072.282.743-18, residente e domiciliado no Povoado Currais II, N.º s/n, Currais II, CEP 62.790-000, Redenção, Ceará.

OUTORGADO: JOSÉ EDSON NOGUEIRA COSTA e NAYARA FAÇANHA NOGUEIRA COSTA FEITOSA, brasileiros, casados, advogados, inscritos na OAB-CE. N.ºs 6.755 e 23.596, com escritório para receber Intimações na Rua Raimundo Nogueira, N.º 339, Centro, CEP N.º 62.880-000, Horizonte, Ceará.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o abaixo assinado denominado(a) neste ato de OUTORGANTE, nomeia e constitui seu bastante procurador o OUTORGADO acima qualificado, ao qual confere amplos poderes com a Cláusula "Ad Judicia", podendo receber Intimações, interpor Recursos, fazer Acordos ou Transigir, produzir provas, passar recibos, dar quitação e, tudo requerer, assinar e substabelecer.

Horizonte, 15 de fevereiro de 2019.

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Não podendo arcar com custas processuais e honorários sem prejuízo de seu sustento e de familiares, pelo que declara para os devidos fins, expresso com esteio no Decreto-Lei N.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, que é POBRE NA FORMA DA LEI, pelo que assume inteira responsabilidade, requerendo os benefícios da Justiça Gratuita, como dispõe a Lei N.º 1060/1950.

DECLARANTE



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 27/04/2018 11:16:51

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 04/12/2016 04:42:57	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 707609225790593	NOME: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO			Registro: 5481273	
CPF:	RG:	D. NASC: 19/03/1998	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:
NOME DA MÃE: RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAUJO			NOME DO PAI: ANTONIO PEIXOTO DE ARAUJO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAMINHO DO SUSTO		Nº: S/N	BAIRRO: CURRAIS II	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 85-99621-0093	MUNICÍPIO: REDENCAO	UF: CE	CEP: 62791000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USB 33 CONDUTOR CLAUDIO		PARENTESCO: MANOEL/IRMAO		TELEFONE: 85-99621-0093	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: PACIENTE VITIMA DE COLISJAO MOTO-MURO SEM CAPACETE, EVOLUINDO COM CEFALIA, LACERAÇÃO NA REGIAO OCCIPITAL, FRATURA EXPOSTA NO MID.					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190023532

Vítima: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000004367

Conta: 00000018799-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

