

BRAZIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Services Barra GovBr

(http://www.vlibras.gov.br/)



Documentos de identificação



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 679.752.913-15

Nome: IVONETE GOMES FELIX

Data de Nascimento: 14/01/1969

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 01/09/1993

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:54:46 do dia 05/09/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 7DE4.E1E4.14DE.F937



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

CAIXA

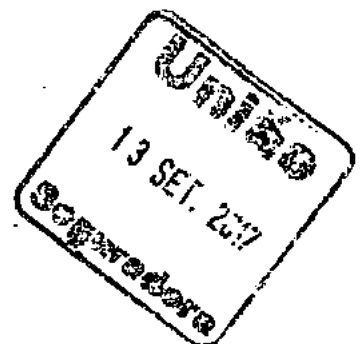
POUPANÇA DA CAIXA

a primeira do Brasil

603689 0000 51853 6824

IVONETE GOMES FELEX

0032 013 00012693-5 05/17



BRAZIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Services Barra GovBr

(http://www.vlibras.gov.br/)



Documentos de identificação



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 679.752.913-15

Nome: IVONETE GOMES FELIX

Data de Nascimento: 14/01/1969

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 01/09/1993

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:54:46 do dia 05/09/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 7DE4.E1E4.14DE.F937



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

CAIXA

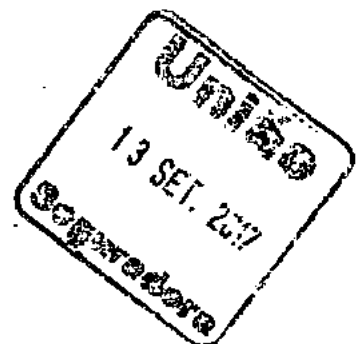
POUPANÇA DA CAIXA

a primeira do Brasil

603689 0000 51853 6824

IVONETE GOMES FELEX

0032 013 00012693-5 05/17



DUT



União

28 AGO. 2017

Seguradora

Outros



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

VALIDA EM TODA
O TERRITÓRIO NACIONAL
951215870

Projeto Habitacao
951215870

DETALHAMENTO DE COTAÇÃO



 EXTRATO PARA DE TAXAS / MULTAS EXTRATO GERADO EM: 09/05/2017		2017.86.068832	4.70514904-7	2017
Nome Proprietário / Solicitante: FRANCISCO MORAIS DA COSTA		Data emissão: 09/05/2017 08:	Nº	Código placa: 0823101306-5
Placa: HWJ1306	Chassi: 9C2JC30101R160998	Município: JUAZEIRO DO	CPF / CNPJ: 050.583.008-69	
Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS				
Código	Descrição (Taxa / Multa)	Orgão	Nº Auto	Data Infração
253	EXPEDIÇÃO DE CRV/CRLV (1)			
301	LICENCIAMENTO DE MOTO 2017 (1)			
				Valor (R\$)
				19,72
				98,61
OBS: Valores Válidos até o dia 10/08/2017				RESUMO
ATENÇÃO: Portar extrato pago, por 60 dias, anexo ao CRLV/2015, até receber o CRLV/2017. Não o recebendo no prazo, procure o Detran imediatamente. Este veículo não terá CRLV postado. Compareça ao DETRAN para emissão do mesmo. Multas em Processamento e em Defesa Prévia Serão Cobradas Posteriormente.				TAXAS 118,33
				MULTAS 0,00
				301 DETRAN 0,00
				312 PRFIRENAINF 0,00
				313 PREF. 0,00
Página Extrato 1/1				Total à Pagar 118,33
Credenciado NAO				
Atendente GETRAN				
Débito IPVA NAO				
856300000010 183300062019 708102017868 068832928003				Via Usuário

 EXTRATO PARA DE TAXAS / MULTAS EXTRATO GERADO EM: 09/05/2017		Data emissão: 09/05/2017 08:19	Nº DAE SEFAZ: 2017.86.0688329-28	Nº Documento 4.70514904-7
Chassi / CPF: 9C2JC30101R160998		Placa: HWJ1306	Débito NAO	Nº Atendimento
Nome Proprietário /		FRANCISCO MORAIS DA COSTA		
Atendente:		GETRAN		
MULAS		Taxa 253 254 301		
DETTRAN - 301 0,00		Total Multas (R\$): 0,00		
PRFIRENAINF - 0,00		Total Taxas 118,33		
PREFEITURA - 313 0,00		Total à Pagar 118,33		
856300000010 183300062019 708102017868 068832928003		Via DETRAN		

Loterias CAIPIA

Loterias CAIPIA

10/05/2017

130 73684002-5

130 73684002-5

10/05/2017

130 73684002-5

130 73684002-5

130 73684002-5

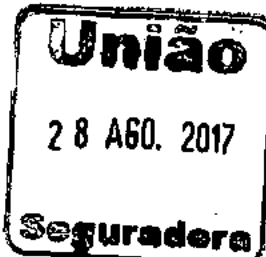
130 73684002-5

130 73684002-5

130 73684002-5

130 73684002-5

130 73684002-5



 SEGURO DPVAT SEGURADORA LÍDER		Exercício: 2017	Nº documento: 4.70514904-7
		Data emissão: 09/05/2017	Código placa: 0823101306-5
		Hora: 08:19:18	Código taxa: 253
Nome Proprietário / Solicitante: FRANCISCO MORAIS DA COSTA			CPF / CNPJ: 050.583.008-69
Placa: HWJ1306	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS		Chassi: 9C2JC30101R160998
Ano fabricação: 2001	Ano / Modelo: 2001		Renavam: 763854557
Código 09	Prêmio líquido 184,80	ISOF (0,38 %): 0,70	Prêmio total (R\$): 185,50
			Código corretor: SUSEP
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL) Via Usuário			
866100000011 855009248607 800076385452 579021117067			Autenticação

 SEGURO DPVAT SEGURADORA LÍDER		Exercício: 2017	Nº documento: 4.70514904-7
		Data emissão: 09/05/2017	Código placa: 0823101306-5
		Hora: 08:19:18	Código taxa: 253
Nome Proprietário / Solicitante: FRANCISCO MORAIS DA COSTA			CPF / CNPJ: 050.583.008-69
Placa: HWJ1306	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS		Chassi: 9C2JC30101R160998
Ano fabricação: 2001	Ano / Modelo: 2001		Renavam: 763854557
Código 09	Prêmio líquido 184,80	ISOF (0,38 %): 0,70	Prêmio total (R\$): 185,50
			Código corretor: SUSEP
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL) Via LÍDER			
866100000011 855009248607 800076385452 579021117067			Autenticação

Loterias S. 01/17

Loterias S. 01/17

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DESCRIÇÃO: sorteios de segunda-feira a sábado, AP

130-730854054-1

10/05/2017 18:19:18

TERM 043269

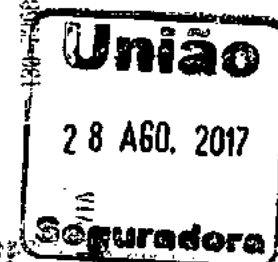
LOT. 05. 10/05/17
LUGAR 19001 - JUAZEIRO DO NORTE
60. VINCULO ADM: 0032

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
DPVAT SEGURO OBRIGATORIO

VALOR DO PAGAMENTO: 185,50

866100000011 855009248607
800076385452 579021117067

130-730854054-1



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11586856

A/C: IVONETE GOMES FELIX

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170472064 ASL-0334677/17

Vitima: IVONETE GOMES FELIX

Data Acidente: 13/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **13/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível
- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11588638

A/C: IVONETE GOMES FELIX

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170472064 ASL-0334677/17
Vítima: IVONETE GOMES FELIX
Data Acidente: 13/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11723139

A/C: IVONETE GOMES FELIX

Sinistro: 3170472064 ASL-0334677/17
Vítima: IVONETE GOMES FELIX
Data Acidente: 13/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

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.seguradoralider.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, 12 de Outubro de 2017

Carta nº: 11803388

A/C: IVONETE GOMES FELIX

Sinistro: 3170472064 ASL-0334677/17
Vítima: IVONETE GOMES FELIX
Data Acidente: 13/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

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: **IVONETE GOMES FELIX**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **104**

Agência: **000000032**

Conta: **000000012696-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PEL _____



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, IVONETE GOMES KELIX

PORTADOR(A) DO RG Nº 2007446775-6 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 24/10/2017 E

CPF 079752913-15 CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO RECUSANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSANTE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA IVONETE GOMES KELIX, 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 aparecerem 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 Lotéticas 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), 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00012696-5
OPERAÇÃO 013

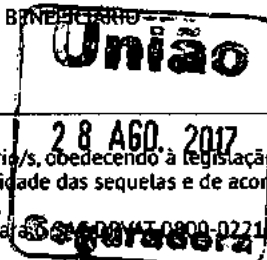
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

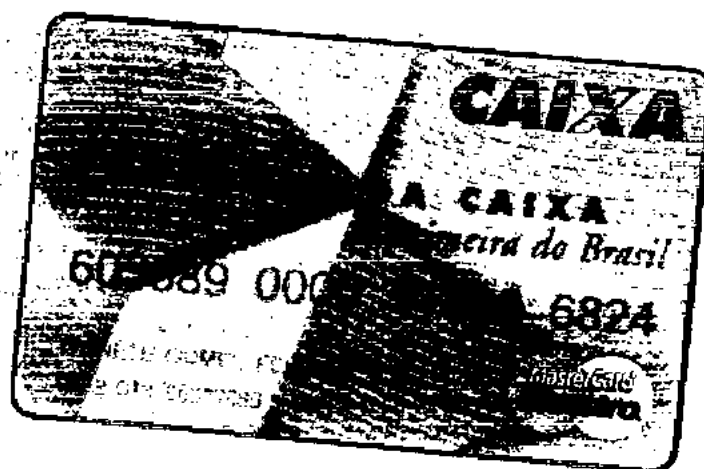
J. DO NORTE 02 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

Ivonete Gomes Felix
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 ou ligue para 0800-0221204.





União
28 AGO. 2017
Seguradora

Nº DO SINISTRO 3170472064

CAMPO PREENCHIDO



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, IVONETE GOMES FELIX

PORTADOR(A) DO RG Nº 2007446775-6 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 29/10/1996 E

CPF 679752913-15 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO RECUSU-ME

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSU-ME (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA IVONETE GOMES FELIX, 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 aparecerem 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 Lotéticas 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), 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00042696-5

OPERAÇÃO 013

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.

V. DO NORTE 05 de SETEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

Ivonete Gomes Felix

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 085937 Série 00041CE



Ivonete Gomes Felix
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome IVONETE Gomes Felix

Loc. Nas. Quebrangulo Est. AL Data 14.01.69

Filiação MANOEL Gomes da Silva e
JOSEFA Ferreira Nunes

Doc. n. 4.376 2V 120 815 175 PC JX CE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em..... Doc. Ident. n.º.....

Exp. em..... Estado.....

Obs.....

Data Emissão 28.10.96

ORT

Agente JX CE

MT 6220812

Assinatura do Funcionário



**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

Nome do(a) Examinado(a): Ivonete Gomes Felix
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Henrique Brasileiro, 564 Casa
Tiradentes Juazeiro do Norte CE CEP: 63031-150
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2007446775-6
Data local do exame: [03/10/2017] Juazeiro do Norte [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 DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO
APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, COM ROTAÇÃO EXTERNA DO PÉ ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA E HIPOTONIA MUSCULAR DO QUADRÍCEPS (++/4+), DIMINUIÇÃO IMPORTANTE DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MIE, LIMITAÇÃO IMPORTANTE PARA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO POR BLOQUEIO ARTICULAR.**
- 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?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- 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?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUIU COM DEFORMIDADE ÓSSEA POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, COM ROTAÇÃO EXTERNA DO PÉ ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA E HIPOTONIA MUSCULAR DO QUADRÍCEPS (++/4+), DIMINUIÇÃO IMPORTANTE DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MIE, LIMITAÇÃO IMPORTANTE PARA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO POR BLOQUEIO ARTICULAR.**
Data da alta: SETEMBRO DE 2017
FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOSSÍNTESE COM APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO INICIALMENTE, FIXAÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR E FIXAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS E ENXERTO DE PELE EM JOELHO ESQUERDO. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÃO
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) 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.
- APRESENTA COMO SEQUELA FUNCIONAL E ANATÔMICA DEFORMIDADE ÓSSEA POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, COM ROTAÇÃO EXTERNA DO PÉ ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA E HIPOTONIA MUSCULAR DO QUADRÍCEPS (++/4+), DIMINUIÇÃO IMPORTANTE DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MIE, LIMITAÇÃO IMPORTANTE PARA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO POR BLOQUEIO ARTICULAR.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- 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 (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- 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): |
| MEMBRO INFERIOR - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- 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 valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Joaquim Freitas Diogo
CPF - 549.070.043-20
CRM/CE - 8133



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEFESA SOCIAL

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 429

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 01/08/2017 09:49

Data / Hora da Ocorrência: 13/05/2017 04:40:00

Endereço da Ocorrência: AV CASTELO BRANCO

Complemento:

Bairro: PIRAJÁ

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

Ponto de Referência: PROX A FARMACIA FERNANDES

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO MORAIS DA COSTA

Nascimento: 15/09/1961 CPF: 050.583.008-69

RG: 2006029166829 Órgão Emissor: SSP CE

UF:

Filiação: ANA MORAIS DA COSTA

MACIEL FIRMO DA COSTA

Endereço: RUA ROBERTO ALMEIDA, 496

Bairro: TIRADENTES

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

CEP:

Telefone: (88) 98843-7893

Nome: IVONETE GOMES FELIX

Nascimento: 14/01/1969 CPF: 679.752.913-15

RG: 20074467756 Órgão Emissor: SSP

Filiação: JOSEFA FERREIRA NUNES

MANOEL GOMES DA SILVA

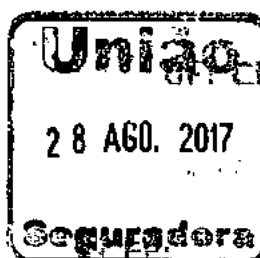
Endereço: RUA JOSE H BRASILEIRO, 564

Bairro: TIRADENTES

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

Telefone: (88) 98869-0416



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HWJ1306 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:

9C2JC30101R160998 Renavam: 763854557 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS Ano

Fabricação: 2001 Ano Modelo: 2001 Combustível: GASOLINA Cor:

LARANJA Proprietário: FRANCISCO MORAIS DA COSTA Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, a vítima FRANCISCO MORAIS DA COSTA noticia que, na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, acima descrito: trafegava na Av. Castelo Branco (via preferencial), bairro Tiradentes, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE. Ocorre que, um caminhão (não sabe dados), vinha na Rua 1ª de Maio (via secundária), e este avançou a preferencial, tendo que a vítima que pilotava a moto acima qualificado, QUE DESVIAR e acabou entrando na contramão, por isso acabou sendo atingida por um carro (PRISMA, PLACA HYZ-1236 JUAZEIRO DO NORTE/CE, PROPRIETÁRIO DENYS HENRIQUE SOUSA DE MEDEIROS); QUE em virtude do sinistro O PILOTO FRANCISCO MORAIS DA COSTA e a pessoa que estava em sua garupa IVONETE GOMES FELIX sofreram lesões, conforme fixas e laudos de



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DEFESA SOCIAL



POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8982 / 2017

atendimentos anexos, sendo ambos socorrido pelo SAMU para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI; QUE com relação ao veículo causador do acidente, o motorista evadiu-se do local sem prestar socorro, nem tampouco identificado. APENAS O VEÍCULO FOI IDENTIFICADO: (PRISMA, PLACA HVZ-1236 JUAZEIRO DO NORTE/CE, PROPRIETÁRIO DENYS HENRIQUE SOUSA DE MEDEIROS, pois ficou no local junto com os passageiros; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE estão recebendo as Guias de exame de corpo de delito para se submeterem a exame na PEFOCE tendo em vista requererem o seguro DPVAT; QUE está sendo orientado (a) que precisa pagar a taxa devida à PEFOCE para a realização do exame de corpo de delito. Foi cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA: CHN DO CONDUTOR, RG DA GARUPEIRA, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA condutor e vítima, CRLV DO VEÍCULO; ANEXA DA GARUPEIRA: CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI DE 13/05/2017 AS 05:48, RELATÓRIOS DE CIRURGIA, RELATÓRIO MÉDICO E FICHA DE EVOLUÇÃO; ANEXA DO PILOTO: CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI DE 13/05/2017 AS 05:44, RELATÓRIOS DE CIRURGIA, RELATÓRIO MÉDICO, RELATÓRIO ULTRASSONOGRAFIA, ATESTADO MÉDICO E BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO FEITO PELO DEMUTRAN; Nada mais disse.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

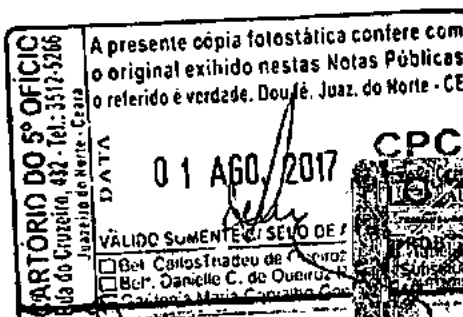
IVANEIDA BALRETO PESSOA - MAT.: 30081412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco de Moura de Costa

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

Ivoneite Gomes Felix





**PREFEITURA MUNICIPAL DE
JUAZEIRO DO NORTE-CE
DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE TRÂNSITO | DEMUTRAN**

**BOLETIM DE
OCORRÊNCIA DE
ACIDENTE DE
TRÂNSITO-BOAT**

Nº. Ocorrência

DADOS DO ACIDENTE

Local da Ocorrência: **CASTELO BRANCO X SÃO BENEDITO** Bairro:

Ponto de Referência: Data: **13/05/2017** Hora: **06:28**

Via pavimentada: ☒ Sim ☐ Não Via sinalizada: ☒ Sim ☐ Não Condições do Tempo: ☒ Ensolarado ☐ Noite ☐ Chuvoso ☐ Outros:

Classificação: ☒ Com vítima ☐ Sem vítima Número de Vítimas: ☐ Morto(s) ☒ Ferido(s) Natureza do Acidente: ☐ Abaloamento ☒ Colisão ☐ Tombamento ☐ Atropelamento ☐ Capotagem ☐ Outros:

VEÍCULO Nº 01

Condutor: Nascimento: Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Endereço: Bairro: Telefone:

Habilitado: ☐ Sim ☐ Não CNH: Categoria: RG: CPF:

Veículo: **GM/PRISMA** Placa: **HYZ-1236** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** UF: **CE**

Chassi: **9B6RM098096190801** Renavam: **00980169543** CRLV: **012168500535** Exercício: **2015**

Proprietário: **DENYS HENRIQUE SOUSA DE MEDEIROS** CPF: **048.907.673-47** ☐ Mesmo do Condutor

Endereço: Telefone: ()

VEÍCULO Nº 02

Condutor: **FRANCISCO MORAIS DA COSTA** Nascimento: **15/09/1961** Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.

Endereço do Condutor: Bairro: Telefone:

Habilitado: ☐ Sim ☐ Não CNH: **03414202683** Categoria: **B** RG: **2006029166320** CPF: **050.583.008-69**

Veículo: **HONDA /FAN** Placa: **HWJ-1306** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** UF: **CE**

Chassi: **9C2JC30101R100998** Renavam: **763854557** CRLV: **011691690176** Exercício: **2015**

Proprietário: CPF: ☒ Mesmo do Condutor

Endereço: Telefone: ()

VEÍCULO Nº 03

Condutor: Nascimento: Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Endereço do Condutor: Bairro: Telefone: ()

Habilitado: ☐ Sim ☐ Não CNH: Categoria: RG: CPF:

Veículo: Placa: Município: UF:

Chassi: Renavam: CRLV: Exercício:

Proprietário: CPF: ☐ Mesmo do Condutor

Endereço: Telefone: ()

VÍTIMA 01

Nome: Nascimento: / /

RG:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Ferimentos: ☐ Leves ☐ Grave ☐ Fatal
Endereço:		
VÍTIMA 02		
Nome:		Nascimento:
RG:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Ferimentos: ☐ Leves ☐ Grave ☐ Fatal
Endereço:		
VÍTIMA 03		
Nome:		Nascimento:
RG:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Ferimentos: ☐ Leves ☐ Grave ☐ Fatal
Endereço:		
TESTEMUNHA 01		
Nome:		Nascimento:
Endereço:		Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
		RG:
TESTEMUNHA 02		
Nome:		Nascimento:
Endereço:		Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
		RG:
AVARIAS DO VEÍCULO 01		
PALAMAMA DIANTEIRO ESQUERDO AMASSADO, PÁRA-CHOQUE DIANTEIRO QUEBRADO, LADO ESQUERDO, PNEU RASGADO, CAPÔ AMASSADO, RETROVISOR LADO ESQUERDO QUEBRADO, FAROL QUEBRADO.		
AVARIAS DO VEÍCULO 02		
TAMPA LATERAL ESQUERDA QUEBRADA, MATA CACHORRO AMASSADO, ESTRIBO DIANTEIRO ESQUERDO AMASSADO, GUIDÃO AMASSADO, PASSADOR DE MARCHA, MANETE DE FREIO DIANTEIRO QUEBRADA, PAINEL QUEBRADO, ESTRIBO DE APOIO DO PASSAGEIRO AMASSADO.		
AVARIAS DO VEÍCULO 03		
União 28 AGO. 2017 Seguradora		
CROQUI DO ACIDENTE:	RUA SÃO BENEDITO	
VEICULO 02	VEICULO 01	
AV. CASTELO BRANCO		
OBSERVAÇÕES DO AGENTE:		
SEGUNDO RELATOS DOS OCUPANTES DO VEICULO 01 E VEICULO 02 TRAFEGAVA NA CONTRAMÃO PELA A AVENIDA CASTELO BRANCO, CONDUTOR DO VEICULO 02 FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL. O CONDUTOR DO VEICULO 01 EVADIU-SE DO LOCAL DA OCORRÊNCIA SEM DEIXAR DOCUMENTAÇÃO.		
AGENTE DE TRÂNSITO		
Nome: LIMA	Matrícula: 21012	Rega dos Santos Segundo DIRETOR ADJUNTO-DEPUTRAN PORTARIA - 227/2017 Assinatura do Agente
Posto/Graduação: ATT	Viatura: MP-10	
Hora Acionada: 06:05	Hora da Chegada: 06:10	Perito Criminalista:
Hora do Término: 06:47	Inspetor do Dia:	



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento à **Sra. IVONETE GOMES FELIX**, portadora do RG 2007446775-6 e inscrita no CPF 679.752.913-15, no dia 13/05/2017, às 5h10, no município de Juazeiro do Norte/CE, na Av. Castelo Branco com a rua São Benedito, vítima de colisão moto com carro, sendo encaminhada para o **Hospital Regional do Cariri - HRC**. 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, 08 de Junho de 2017

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVONETE GOMES FELIX

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000012696-5

Nr. da Autenticação 59866FCA315F536B



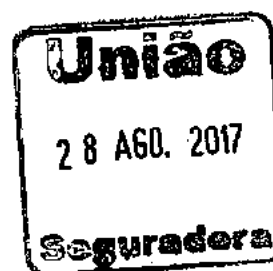
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, IVONETE GOMES FELIXRG nº 2007446775-6, data de expedição 28/01/10, Órgão SSP-CE

CPF nº 679.752.913-15, 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>JOSE HENRIQUE BRASILEIRO</u>
Número	<u>564</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TIRADENTES</u>
Cidade	<u>GUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63031-150</u>
Telefone de Contato	<u>(88)999091667 (88)988783618</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GUAZEIRO DO NORTE-CE 02/08/2017Assinatura do Declarante: Ivonete Gomes Felix

Nº DO CLIENTE

3255702-7

Para agências e distribuidoras, entre em contato com o
sempre que entrar em contato com o cliente.foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.106.848-3

enel

ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 12 | SÉRIE 8-1 | FIC

Rota

Data de Emissão 485352000

Norma 10 13000 15 260800 - 9

17/07/2017

End. Postal MONETE GOMES FELIX

RU JOSE HENRIQUE BRASILEIRO 00564

Medidor TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 63031150

Classe 13468420

Fator de Potência 0,00

RG/CNPJ RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA 0,00

Nome do Responsável 679752913-15

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letura
Jul/2017	17/07/2017	17/08/2017

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
125,14	27,00%	34,05

IMPORTE RESCISÓRIO NO CONTROLE FISCAL

UNIDADE DE GERENCIAMENTO DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntivo			Mês			Apuração Individual		
JUAZEIRO DO NORTE			Jul/2017			ELSD 41,78		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual		
DIC	5,97	18,15	26,38	0,40	0,80	0,80		
FIC	3,17	6,35	12,70	1,00	0,80	0,80		
DMIC	2,96			0,40				

CATE 5000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Const. Fato	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
18793	18618	1,80	183	0,80	38	8,24125	7,23
					83	9,41358	28,95
						9,62835	51,58

VALOR CONSUMO DO MES 87,68

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 10,38

Multa Moratória Ref 06/2017 1,52

Juros do Mes 0,30

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 16,35

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,69

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,91)

VENCIMENTO

TOTAL A

PAGAR (R\$)

RESUMO DO VALOR DE CONSUMO

RESUMO DO CONSUMO (R\$ por mês)

Energia	29,88
Transmissão	2,98
Distribuição	28,29
Encargos Setoriais	7,82
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	39,58

180	183	158	167	154	189	142	193	175	248	154	188	212
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ - ENEL

Compensação suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 5,53 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,78% e COFINS:3,61%
(Lev. 9 Res. 108/2006 - ANEEL e Lei n. 10.537/02 e 10.833/03)

Nº do Cliente:

Referência:

Data de Emissão: 3255702-7

Total a Pagar (R\$): Jul/2017

Nº da Nota Fiscal: 17/07/2017

Nº de Controle: 117,92

485352000

0003255702 00127 39452 92

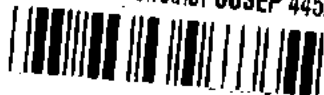
83840000001-4 17920031000-4 00032557020-5 01273945227-8



União

28 AGO. 2017

Seguradora

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARISA REGILONIA FERREIRA ALENCAR, portador(a) do

RG nº 2001029048787, expedido por SSP-CE, em

05 10 2006, CPF/CNPJ nº 042.221.363-26,

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

GOMES FELIX do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

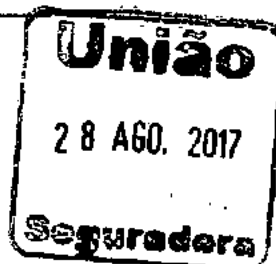
da vítima IVONETE GOMES FELIX, e conforme

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

Profissão: RECUSU-ME Renda Mensal: R\$ RECUSU-ME

Documentos comprobatórios: RECUSU-ME DECLARAR

Monica Regilonia Ferreira Alencar
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



**Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta**

Eu, FRANCISCO MORAIS DA COSTA,
RG nº 2006029166329, data de expedição 29/09/14, Órgão SSP-CE,
portador do CPF nº 050.583.008-69, com domicílio na cidade de
Juazeiro do Norte, no Estado de CEARA,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua: ROBERTO
ALMEIDA, nº 496, 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 IVONETE
GOMES KELIX, cujo o condutor no momento do
acidente era FRANCISCO MORAIS DA COSTA.

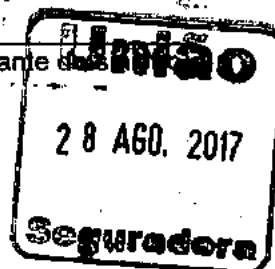
Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 125 TITAN 45
Ano: 2001/2001
Placa: HUY 1306
Chassi: 9C29C30101R160998
Data do Acidente: 13/05/2017

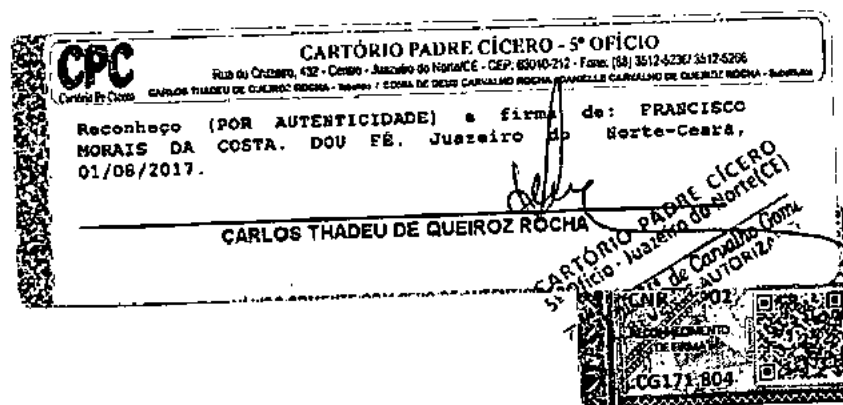
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE 01/08/2017

5º OFÍCIO

Francisco morais da Costa
(Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante)





FICHA DE ATENDIMENTO

Documentação médico - hospitalar



IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: IVONETE GOMES FELIX Admissão: 13/05/2017 05:48
Pront.: 146810 Data Nasc.: 14/01/1969 Idade: 48 ano(s) 3 mes(es) e 30 dia(s) Tel.: 88 999776695
Mãe: JOSEFA FERREIRA NUNES
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: TIRADENTES
Endereço: RUA JOSE HENRIQUE BRASIELRIO 564

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador ANTONIA IRINEIDE TEIXEIRA DA SILVA Horário 13/05/2017 06:00
Queixa: paciente trazida pelo samu vítima de acidente de transito com lesão em mie e região cefálica

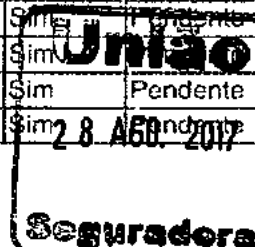
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: NAESIO COSTA PEREIRA CRM: 6 Nº: 374348 Horário 13/05/2017 06:11
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: REANIMACAO
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, VEM APRESENTANDO FERIMENTOS CORTO-CONTUSOS NA REGIÃO FRONTAL E LÁBIO, ALÉM DE FRATURA EXPOSTA NO MIE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, DOR TORÁCICA E ABDOMINAL.
GLASGOW: 15
ACP: FISIOLÓGICA
ABD: FLÁCIDO, INDOLOR
EXT: FRATURA EXPOSTA MIE
CD: SOLICITO ROTINA DO POLITRAUMA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COLUNA LOMBO-SACRA AP/LATERAL (0204020089)	13/05/2017 06:26	Sim	Pendente
RX PERNA E AP/P (0204060168)	13/05/2017 06:26	Sim	Pendente
RX BACIA AP (0204060095)	13/05/2017 06:26	Sim	Pendente
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	13/05/2017 06:26	Sim	Pendente
RX TORAX PA (0204030170)	13/05/2017 06:26	Sim	Pendente
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	13/05/2017 06:29	Sim	Pendente



Dr. Fco. Rômulo Patrício da Sã
Foneticista
CRM-CE 11.447

13/05/17 13:50h
① Cefazolina 4g IV 6/6h

Dr. Fco. Rômulo Patrício da Sã
Foneticista
CRM-CE 11.447

Deodora 100g EV Água - 12:35
Fragorand 100g + 100ml SF, EV Água - 12:40
Trombolol 100g + SF 100ml, EV Água - 12:55
Dipirona 2 amp EV Água - 12:30

Dr. Edgley Almeida Nobrega
Médico Residente Clínica Geral
CRM 18.404

13/05/17 - Cefazolina 100 mg EV 0,9% 100 ml EV 12/12/40
Dipirona 100 mg EV 0,9% 100 ml EV 12/12/40

ENCAMINHAMENTO - CONDUITA FINAL

☐ Alta. Conduita ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

Prescrição	Quantidade	Valor	União	Horário
DIETA ZERO			28 ABO 2017	
SF 0.9% 1500ML EV	500	500		
DIPIRONA 2 AMP + AD EV AGORA	06:30	500		
CEFAZOLINA 2G EV AGORA	06:30	500		

PRESCRIÇÃO

Médico: NAESIO COSTA PEREIRA

CRM 17.86

13/05/17 06:27

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: IVONETE GOMES FELIX Admissão: 13/05/2017 05:48
Pront.: 146810 Data Nasc.: 14/01/1969 Idade: 48 ano(s) 3 mes(es) e 30 dia(s) Tel.: 88 999776695
Mãe: JOSEFA FERREIRA NUNES
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: TIRADENTES
Endereço: RUA JOSE HENRIQUE BRASIELRIO 564

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador ANTONIA IRINEIDE TEIXEIRA DA SILVA Horário 13/05/2017 06:00
Queixa: paciente trazida pelo samu vitima de acidente de transito com lesão em mie e região cefálica

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
Cat002:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: NAESIO COSTA PEREIRA CRM: 7786 Nº: 374348 Horário 13/05/2017 06:11
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: REANIMACAO

Hipótese Diagnóstica: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, VEM APRESENTANDO FERIMENTOS CORTO-CONTUSOS NA REGIÃO FRONTAL E LÁBIO, ALÉM DE FRATURA EXPOSTA NO MIE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, DOR TORÁCICA E ABDOMINAL.

GLASGOW: 15

ACP: FISIOLÓGICA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR

EXT: FRATURA EXPOSTA MIE

CD: SOLICITO ROTINA DO POLITRAUMA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
13/05/2017 06:00:00	TRAUMA MAIOR	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	ANTONIA IRINEIDE TEIXEIRA DA SILVA

28 AGO. 2017

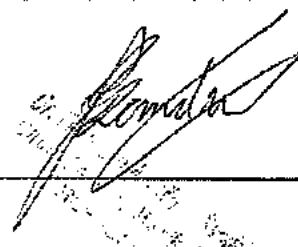
Seguradora

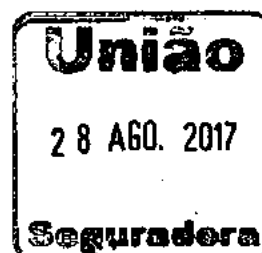


EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: IVONETE GOMES FELIX Prontuário: 146810 Admissão: 13/05/2017
Data Nas.: 14/01/1969 Idade: 48 ano(s) 3 mes(es) e 30 dia(s) Sexo: Masculino RG:
Mãe: JOSEFA FERREIRA NUNES Telefone: 88 999776695
Endereço: RUA JOSE HENRIQUE BRASIELRIO 564 Bairro: TIRADENTES CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
PACIENTE COM LACERAÇÕES EM FACE EM LÁBIO SUPERIOR (EXTERNAMENTE COM DIVERSOS ANGULOS) E INFERIOR INTERNA E EXTERNAMENTE. APRESENTOU FERIMENTO ITANTE EM FRONTE E AVULSÃO DENTÁRIA DO ELEMENTO 42 COM FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA DOS DENTES 41 E 31 COM LUXAÇÃO LATERAL. CDT: REALIZO SUTURAS COM NYLON 4-0 E CONTENÇÃO COM ACIFLEX 0. AGUARDO RX DE FACE PARA DEFINIÇÃO DE FRATURAS E CONDUTA FINAL	FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI 	13/05/2017 07:57



Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 29/06/17 18:18

Paciente: IVONETE GOMES FELIX
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: THIAGO CALDAS LEAL
1º Auxiliar:
Enfermeiro: JOÃO LÚCIO DE SOUZA MAGALHÃES
Instrumentador:
Prontuário: 146810
Enfermaria: Sala Cirurgica
Anestesiologia: ** Não Informado **
2º Auxiliar:
Circulante:
Dt. Nascimento: 14/01/1969
Leito: 03G

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Identantes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Limpa Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
INCISAO EM QUADRIL ESQUERDO
ABERTURA POR PLANOS
CONFECCIONADO PORTAL DE ENTRADA
COLOCADO FIO GUIA
POR IMPOSSIBILIDADE DE REDUÇÃO FECHADA, FOI REALIZADA INCISAO EM COXA E ABERTURA POR PLANOS
PASSADO FIO GUIA E FRESADO CANAL
OSTEOSSINTESE COM HIM DE FEMUR BLOQUEDA
RAFIA POR PLANOS APOS LMC
CURATIVO



Assinatura do Cirurgião

Data 29/06/17

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 07/07/17 17:42

Paciente: IVONETE GOMES FELIX
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: JAMACIR FERREIRA MOREIRA
1º Auxiliar:
Enfermeiro: LIDYANE DE SOUSA CALIXTO
Instrumentador:
Prontuário: 146810
Enfermaria: Sala Cirurgica
Anestesiologia: ** Não Informado **
2º Auxiliar:
Circulante:
Dt. Nascimento: 14/01/1969
Leito: 02G

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S
0408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	N

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VISCERAS

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA + ANTISEPSIA COM APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
INCISAO EM CICATRIZES PREVIAS
DEBRIDAMENTO CIRURGICO
RETIRADA DE TODOS OS PARAFUSOS DE BLOQUEIO
LAVAGEM MECANICA
RETIRADO PARAFUSO DE CONTRAPINO
REALIZADO FIXAÇÃO COM DOIS PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAL E DOIS DISTAL
LM
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO ESTERIL



Data: | |

Assinatura Cirurgião | CREMEC



INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: IVONETE GOMES FELIX
Endereço: RUA JOSE HENRIQUE BRASIELRIO 564
Bairro: TIRADENTES
CEP: 63010-000
Prontuário: 146810
Idade: 48 ano(s) 5 mes(es) e 27 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: CLINICA CIRURGICA II Enfermaria: 04
Internação 13/05/2017 17:55 Alta: * Não Informado * * Não Informado
Leito: 614

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSINTESE FEMUR ESQUERDO COM HIMB + ENXERTO DE PELE JOLHO ESQUERDO - CIRURGIAS REALIZADAS PELA TRAUMATOLOGIA SEM INTERCORRENCIAS - RECEBE ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Exames Realizados

RX FEMUR ESQ

Terapêutica Utilizada

TRATAMENTO CIRURGICO.

Diagnóstico

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 10/07/2017

Observações Complementares

AO NAC- MARCAR CONSULTA PARA AMBULATORIO DA TRAUMATOLOGIA NA PRIMEIRA DATA DISPONIVEL REALIZAR RX FEMUR ESQUERDO AP/PERFIL ANTES DO RETORNO AMBULATORIAL AGENDADO

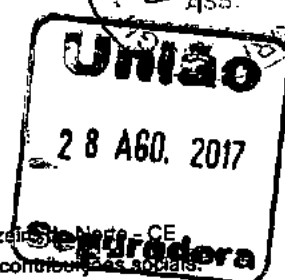
Responsável

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA

Data: 10/07/2017

Dr. Marcelo Nogueira Lima
CRM: 10.179
C.R.M. 10.179

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 18/06/17 10:40

Paciente: IVONETE GOMES FELIX Prontuário: 146810 Dt. Nascimento: 14/01/1959
Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 01G
Cirurgião: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL Anestesiologia: ** Não Informado **
1º Auxiliar: 2º Auxiliar:
Enfermeiro: VERONICA PEREIRA CHAVES MACEDO Circulante:
Instrumentador:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0401010031	DRENAGEM DE ABSCESSO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0401010031	DRENAGEM DE ABSCESSO	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia / Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Infectada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

CUIDADOS INICIAIS

ASSEPT/ANTISSEP/CAMPOS ESTEREIS

DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS EM PERNA ESQ + IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF
CURATIVO



Francisco Bruno Celio Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 16.420 - CRM-CE 1001
TEO 13.212

Data: 18/06/17

Assinatura Cirurgião | CREMEC



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

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

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 04/06/17 16:11

Paciente: IVONETE GOMES FELIX
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: IVAN NAJAS SAMMARCO
1º Auxiliar:
Enfermeiro: GYLMARA BEZERRA DE MENEZES SILVEIRA
Instrumentador:
Prontuário: 148810 Dt. Nascimento: 14/01/1969
Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 01G
Anestesiologia: ** Não Informado **
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0401010031	DRENAGEM DE ABSCESSO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0401010031	DRENAGEM DE ABSCESSO	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório imediato do Patologista:
** Não Informado **

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:
** Não Informado **

Acidentes e Incidentes:
** Não Informado **

Anestesia / Ocorrências Principais:
** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:
** Não Informado **

Grau de Contaminação: Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

- 1) PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
 - 2) REALIZADO ASSEPSIA ANTISSEPSIA E COLOCADO CAMPOS ESTÉREIS
 - 3) DESBRIDAMENTO DE PARTES MOLES DA PERNA E COM RETIRADA DE TECIDO NECRÓTICO E DESVITALIZADO
 - 4) LIMPEZA LOCAL ABUNDANTE COM 10 L SF 0,9%
 - 5) CURATIVO ESTÉRIL
 - 6) AC ANESTESIOLOGISTA
- * COLETADO MATERIAL PARA CULTURA

Dr. Ivan Najas Sammarco
Ortopedia e Traumatologia
CRM 145.938 / RBO 12.901



Data: _____

Assinatura Cirurgião / CREMEC

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

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

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 13/05/17 17:54

Paciente: IVONETE GOMES FELIX Prontuário: 146810 Dt. Nascimento: 14/01/1969
 Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 02A
 Cirurgião: JAMACIR FERREIRA MOREIRA Anestesiologia: ** Não Informado **
 1º Auxiliar: 2º Auxiliar:
 Enfermeiro: GLAWBERLANDYA FEITOSA VIEIRA Circulante:
 Instrumentador:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S
0416080081	RECONSTRUCAO C/ RETALHO MIOCUTANEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	N

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0416080081	RECONSTRUCAO C/ RETALHO MIOCUTANEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	S
0401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	N
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	N
0401020037	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	N

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:
 ** Não Informado ** ** Não Informado **

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:
 Não Informado ** ** Não Informado **

Acidentes e Incidentes:
 ** Não Informado **

Anestesia / Ocorrências Principais:
 ** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:
 ** Não Informado **

Grau de Contaminação: Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA + ANTISEPSIA COM APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

DEBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIMENTO EXTENSO INCLUSIVE COM RETIRADA DE GRANDES E PEQUENOS FRAGMENTOS DE CORPO ESTRANHO

APOS DEBRIDAMENTO FOI VISUALIZADO GRANDE PERDA DE PARTES MOLES COM EXPOSIÇÃO DE TENDÃO PARTE LAR E PLATO TIBIAL

REALIZADO ROTAÇÃO DE RETALHO GASTROCNEMIO MEDIAL + LIBERAÇÃO DA PATA DE GANSO + FIXAÇÃO DO ENERTO MUSCULAR +

ENXERTIA DE PELE COM PELE PARCIAL DA COXA

REVISAO DE HEMOSTASIA

SUTURA POR PLANOS

FIXAÇÃO DE FRATURA DE FEMUR COM FE LINEAR

REVISAO DE HEMOSTASIA

RATIVO ESTERIL



Data: | |

Assinatura Cirurgião | CREMEC

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

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

NOME: IVONETE GOMES FELIX
DATA DE NASCIMENTO: 14/01/1969
SOLICITANTE: Dra. CAROLLINE OHARA NASCIMENTO BEZERRA
SETOR SOLICITANTE: CENTRO CIRURGICO
DATA DO EXAME: 15.05.2017
DATA DO LAUDO: 15.05.2017
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

PRONTUÁRIO: 146810
ENFERMARIA/LEITO: SRPA/08
HORA DO EXAME: 14:14
HORA DO LAUDO: 15:51

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:

Cefaleia pós-TCE.

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

ANÁLISE:

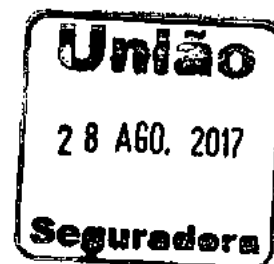
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Seios paranasais bem aerados, com transparência preservada.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Tomografia computadorizada crânio-encefálica normal.

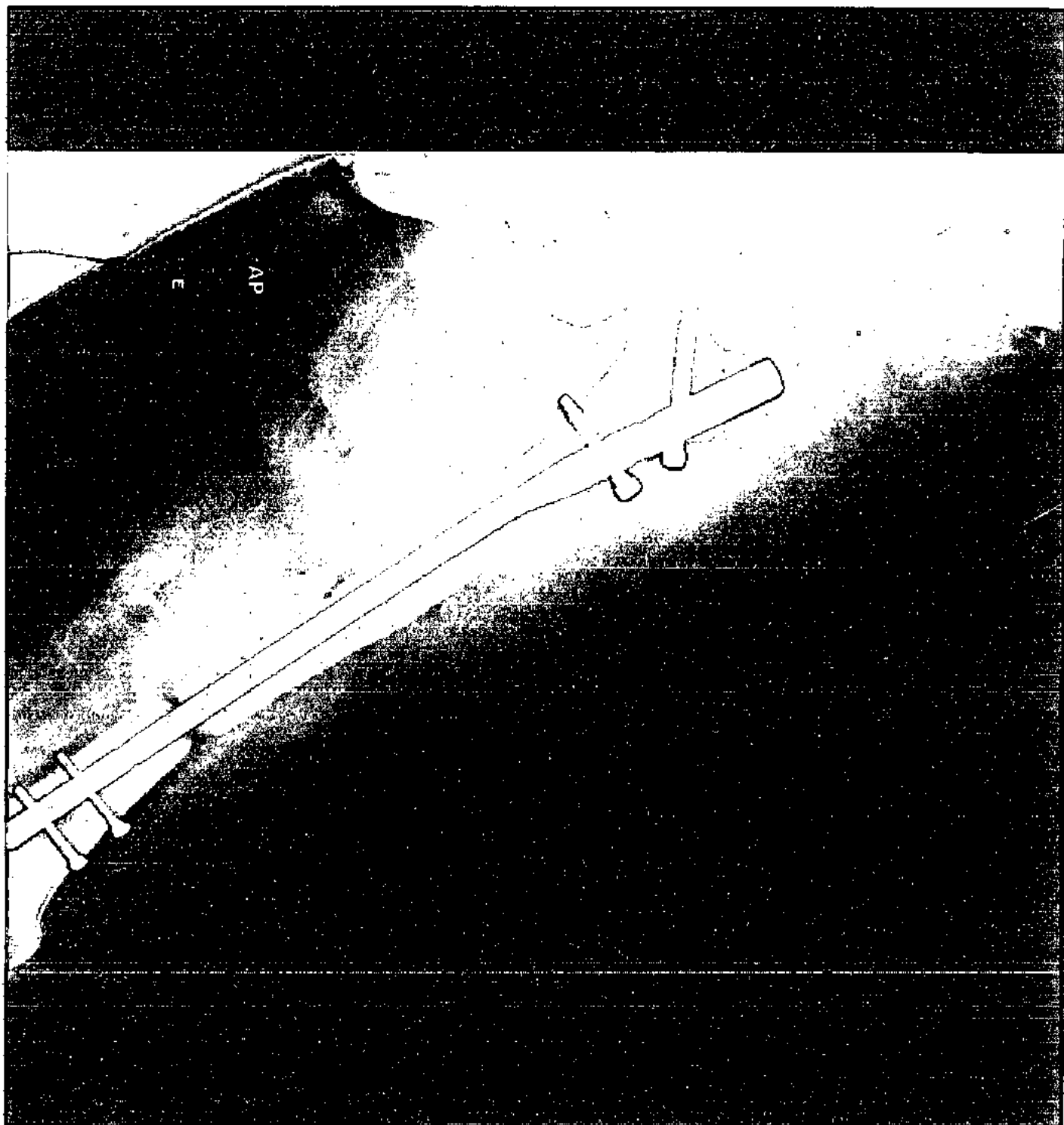


Dr. FABRICIO MOREIRA BATISTA AGUIAR
MÉDICO CRM 15149

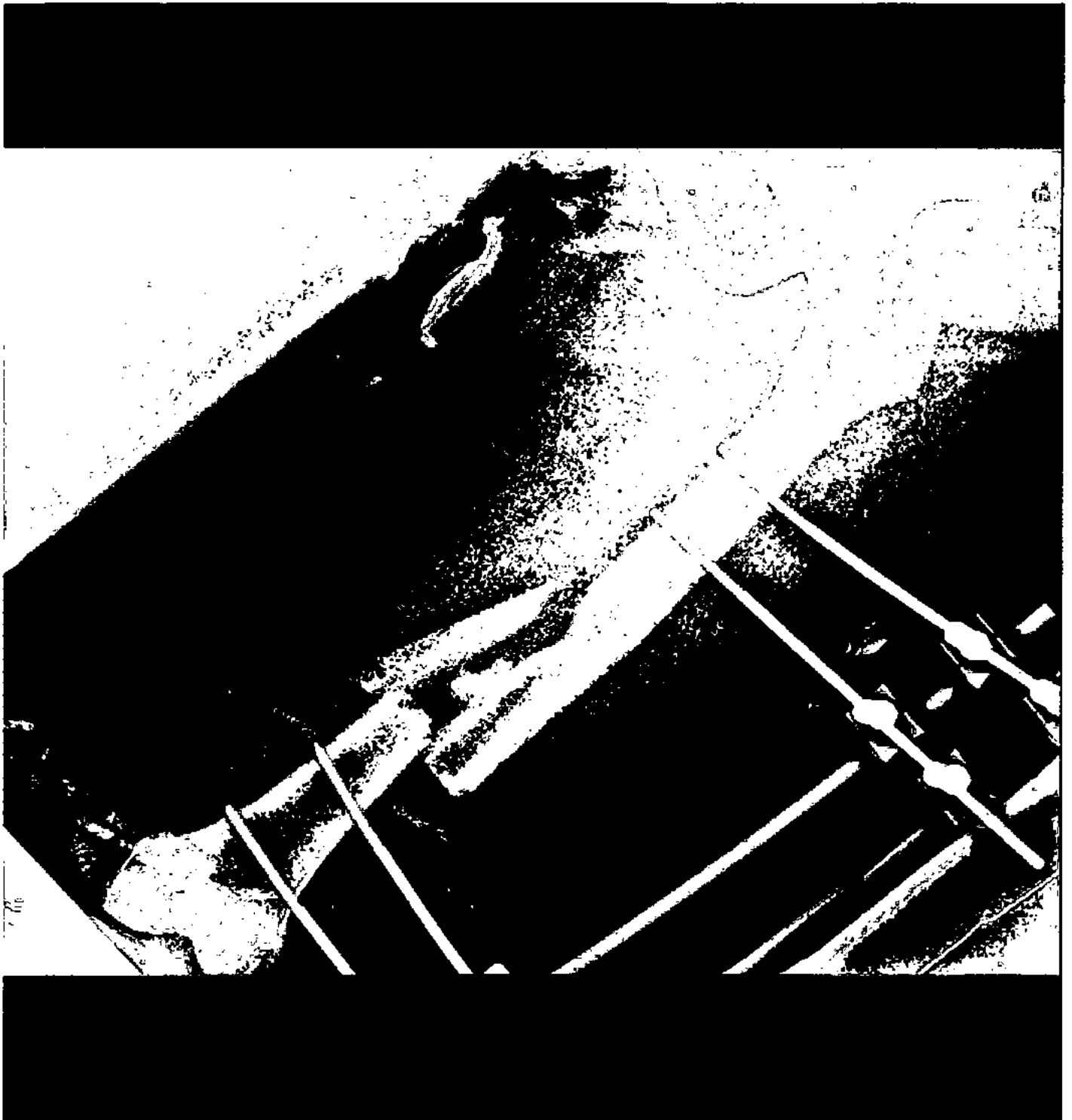




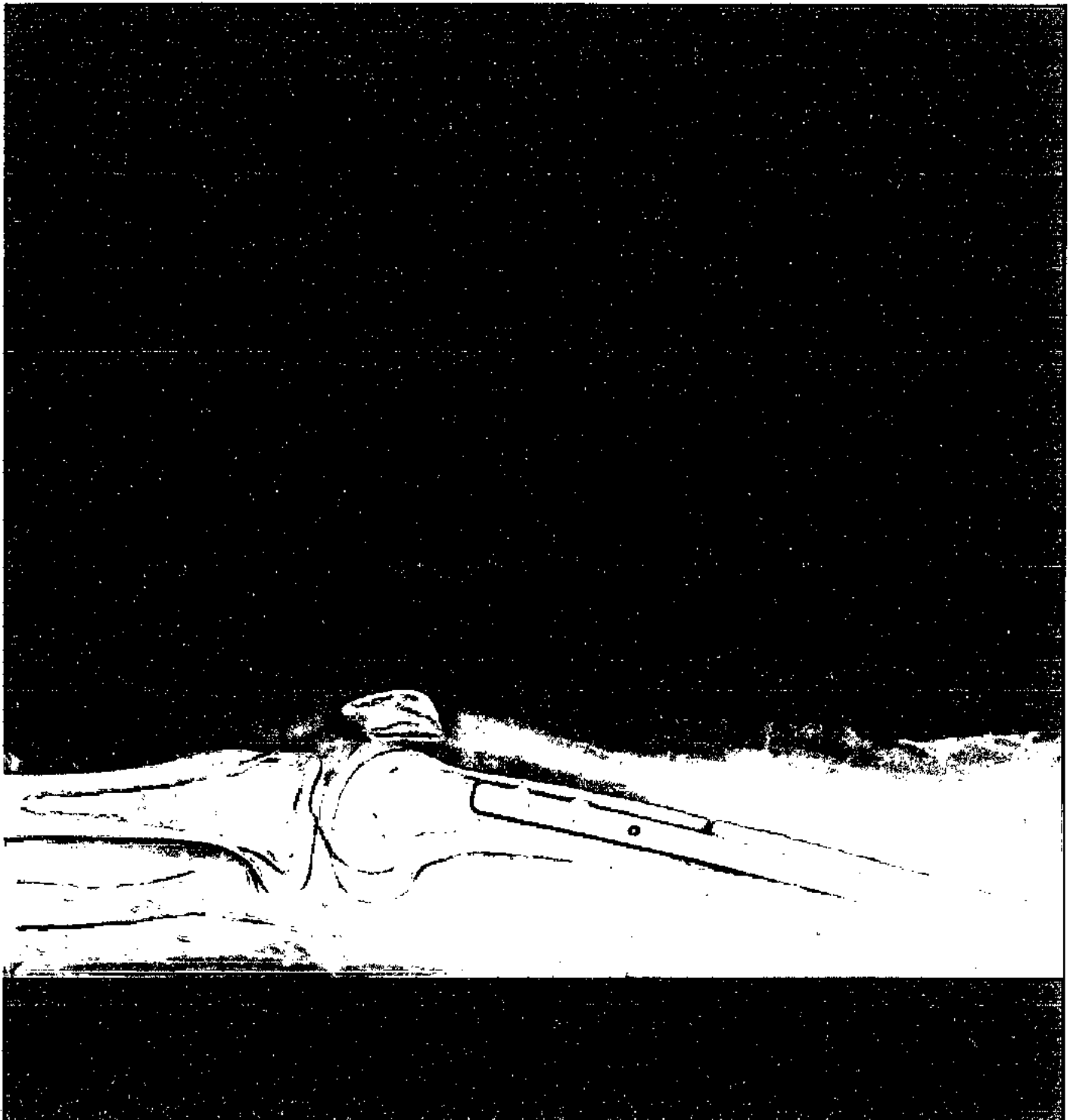
União
28 AGO. 2017
Seguradora



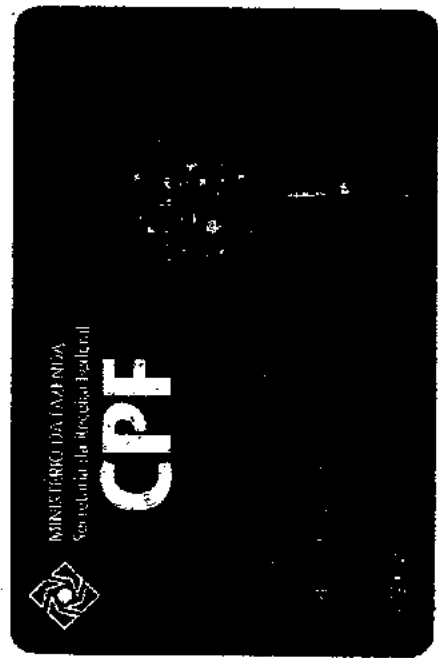
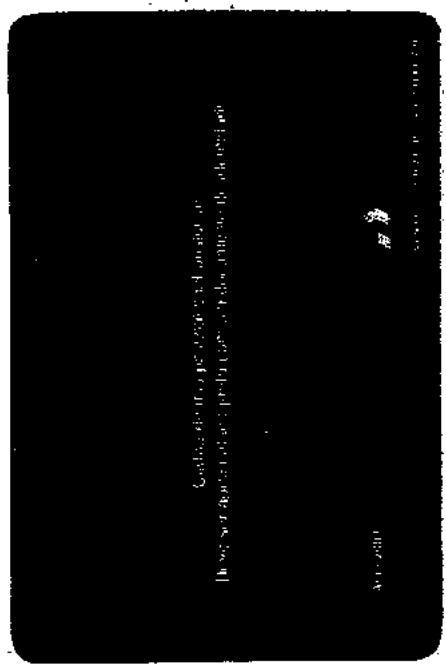
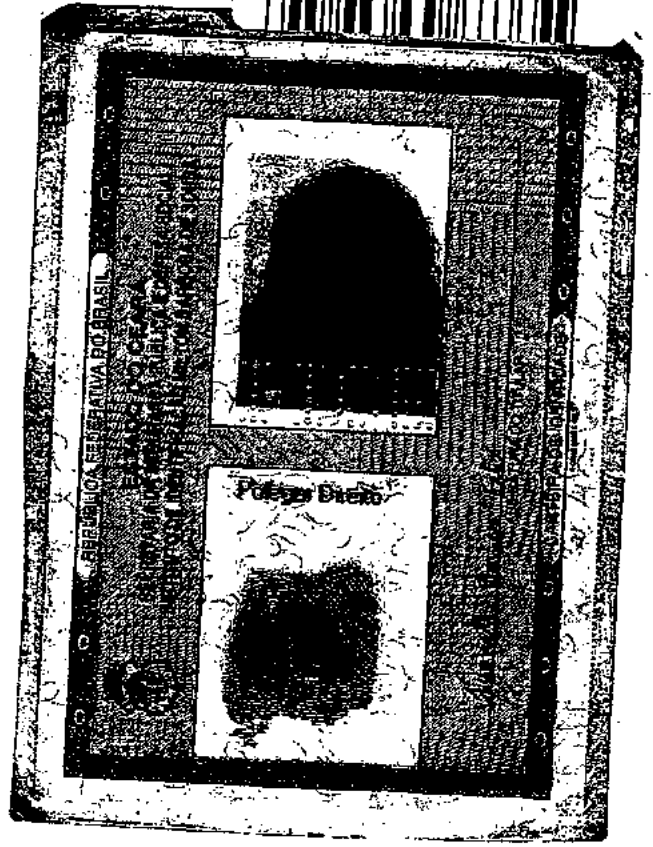
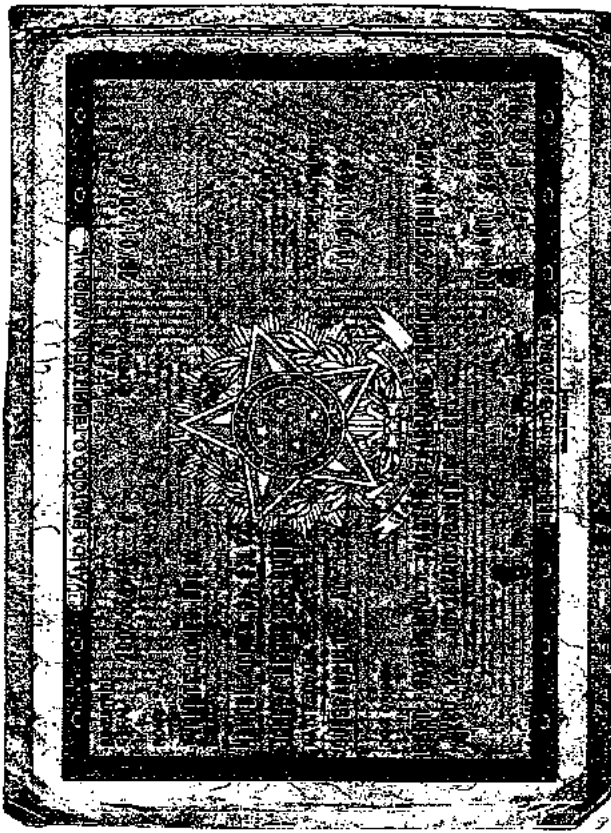
União
28 AGO. 2017
Seguradora



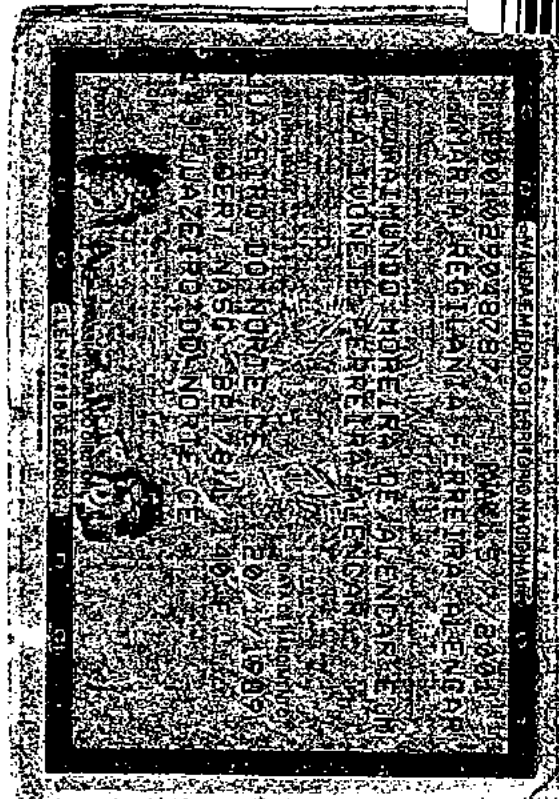
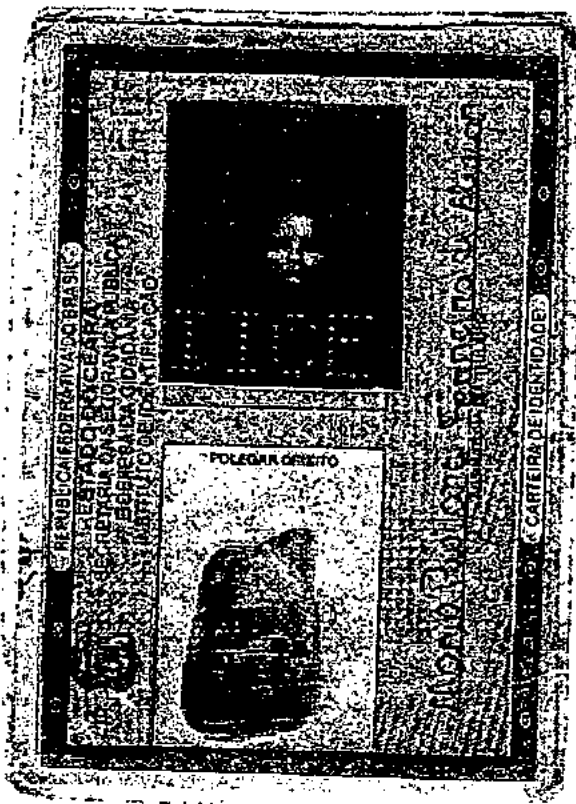
União
28 A60. 2017
Seguradora



Documentos de identificação



28 AGO. 2017



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

042.221.363-28

Nome

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Nascimento

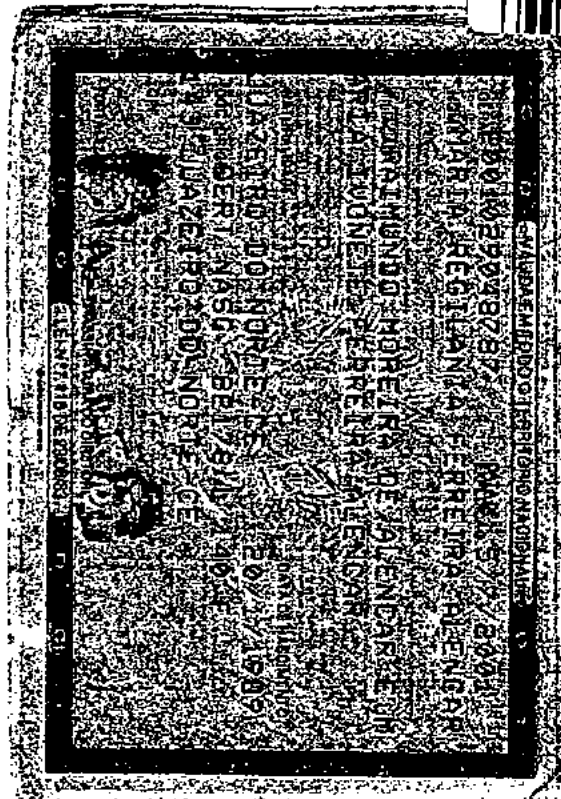
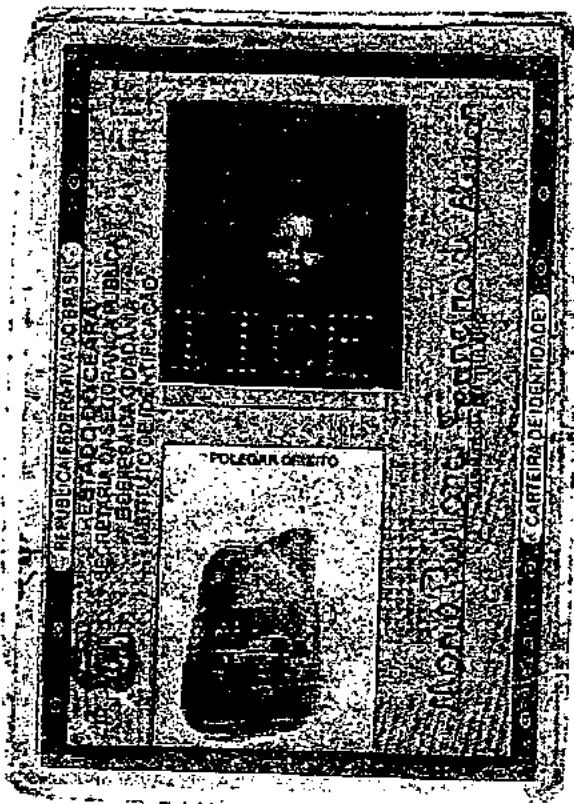
20/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

União

28 AGO. 2017

Seguradora



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

042.221.363-28

Nome

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Nascimento

20/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

União

28 AGO. 2017

Seguradora

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170472064

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVONETE GOMES FELIX

Data do acidente: 13/05/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, COM ROTAÇÃO EXTERNA DO PÉ ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA E HIPOTONIA MUSCULAR DO QUADRÍCEPS (++)/4+), DIMINUIÇÃO IMPORTANTE DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MIE, LIMITAÇÃO IMPORTANTE PARA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO POR BLOQUEIO ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOSSÍNTESE COM APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO INICIALMENTE, FIXAÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR E FIXAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS E ENXERTO DE PELE EM JOELHO ESQUERDO. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joaquim Freitas Diogo

CRM do médico: 8133

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

