



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Juazeiro do Norte
Processo: 00573956720178060112
Classe do Processo: Contestsão
Data/Hora: 14/09/2021 13:58:38

Partes

Solicitante: Seguradora Lider dos
Consorcios de Seguro Dpvat

Documentos

Petição: 2614750_CONTESTACAO_0
1 - 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2614750_CONTESTACAO_A
nexo_02 - 1-47.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter
o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

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](http://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 FELIX
0032 013 00012693-1 05017





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](http://Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp)).

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

CAIXA

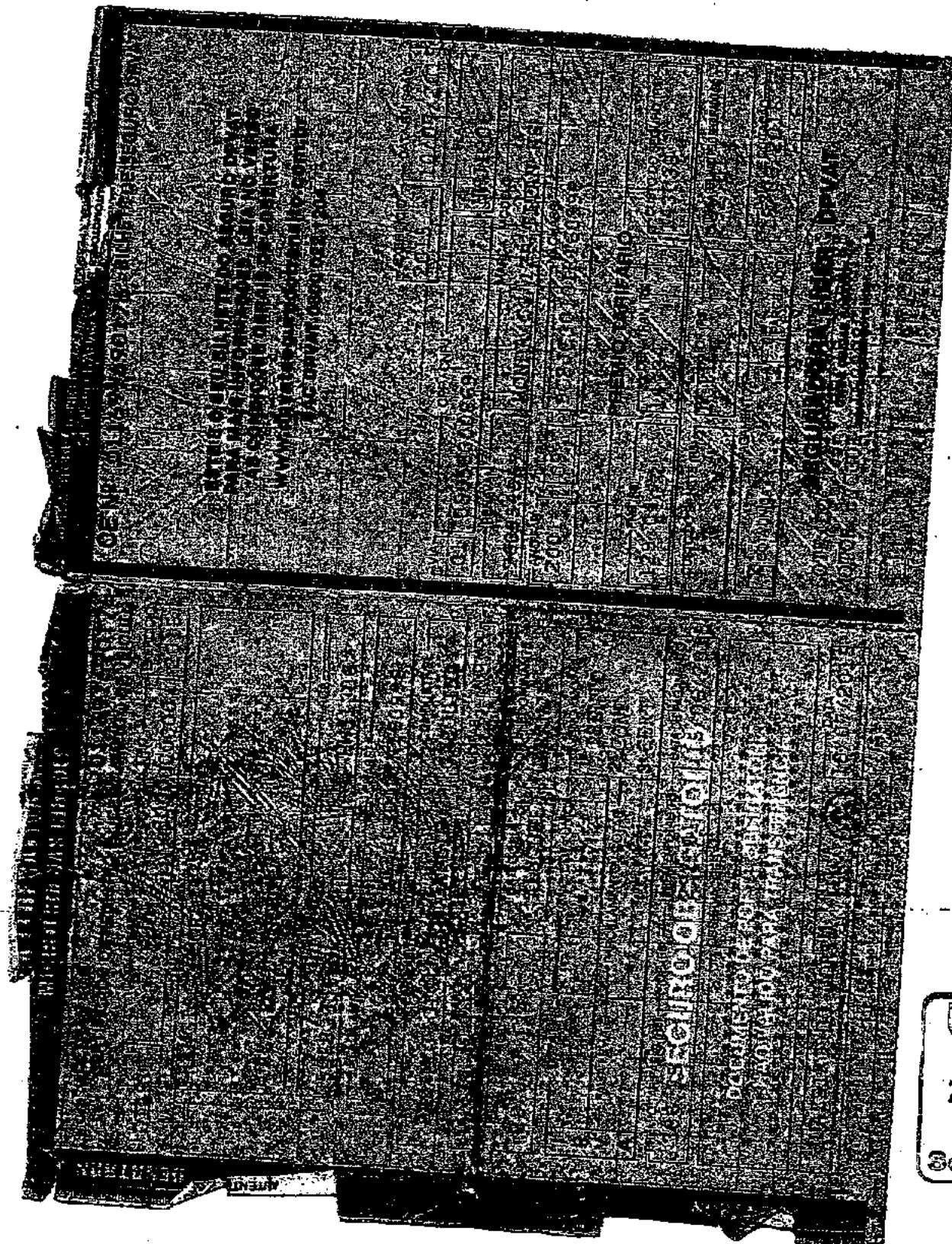
POUPANÇA DA CAIXA
a primeira do Brasil

603689 0000 51853 6824

IVONETE GOMES FELIX
0032 013 00012693-1 05017



OUT



União

28 AGO. 2017

Seguradora

Outros



 <p>SEGURO DPVAT</p> <p>SEGURADORA LÍDER</p>	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			
Placa: HWJ1306	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS	Chassi: 9C2JC30101R160998		
Ano fabricação: 2001	Ano / Modelo: 2001	Renavam: 763854557		
Código 09	Prémio líquido 184,80	ISOF (0,38 %): 0,70	Prémio total (R\$): 185,50	Código corretor: SUSEP
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)				
Via Usuário				

 <p>SEGURADORA LÍDER</p>	SEGURO DPVAT	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	Prémio líquido 184,80	ISOF (0,38 %) 0,70	Prémio total (R\$): 185,50
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)			
866100000011 855009248607 800076385452 579021117067			Via LÍDER Autenticacão

A photograph of a lottery ticket stub for the 'Lotofácil União' draw on June 28, 2017. The ticket is white with black text and features a large 'União' logo at the top. The draw number is 28 A60, 2017. The ticket includes a list of 15 numbers: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. The total value of the bet is 165,50. The ticket is marked with a red 'X' in the 'SAC' column. The background of the image shows a dark, textured surface.

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

Vitima: 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 inicio 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,



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 inicio 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 n°: 11803388

A/C: IVONETE GOMES FELIX

Sinistro: 3170472064 ASL-0334677/17
Vitima: 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

Autorização de pagamento

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 N° 2007446775-6 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 28/10/10 E
 CPF 679752913-15 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECLUSA-006
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSA (*) 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), 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 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00.32 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00012696-5

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00.32 N° 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.

JO NORTE, 02 de AGOSTO de 2017 IVonete Gomes Felix

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

União

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 0800-74000000-0221004.

28 AGO. 2017



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 N° 20027446775-6 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 29/10/1996 E
CPF 629975291315 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECUSUME
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSUME (*) 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), 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-multiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000042696-5

13 SET. 2017
RECEBIMENTO
IVONETE GOMES FELIX

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) 000042696-5

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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

10/09/2017 de SETEMBRO de 2017 Ivonete Gomes Felix

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Ivonete Gomes Felix

Loc. Nas: Quebrangulo Esi: 112 Data: 19.01.69

Filiação: MINOEL GOMES DA SILVA e
JOSÉM Ferreira Alves

Doc. n: 54376 24120 615 175 RG JAC

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: / / Doc. Ident. n: / /

Exp. em: / / Estado: / /

Obs: / /

Data Emissão: 28/10/96

Assinatura: Agente JAC

MM 6220812



**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

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 FÉMUR ESQUERDO

APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, COM ROTAÇÃO EXTERNA DO PÉ ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA E HIPOTONIA MUSCULAR DO QUADRÍCEPS (++)+, 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?

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?

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 (++)+, 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 OSTEOSÍTESE 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)?

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 (++)+, 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"

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):

MEMBRO INFERIOR - Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 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

AVOAMENTO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

SEDE DA SOCIEDADE

ICCE

A presente é o original da cópia conferida com o original exibido nestas Notas Subsidiárias, prestando queixa e denúncia no Juizado Especial Cível - CE.

OCE

OCE</



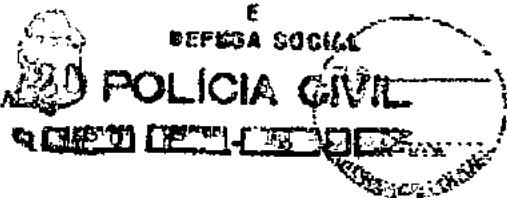
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

ESTADO DO CEARÁ
CIVIL DA JUSTIÇA E DESEGURANÇA PÚBLICA
E
DEFESA SOCIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 8982 / 2017

atendimentos anexos, sendo ambos socorridos 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 HYZ-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. Fura 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: 53

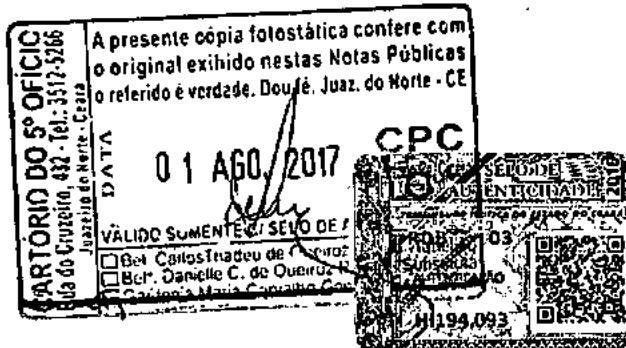
IVANEIDA BAILETTO PESSOA - MAT.: 30081412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Marcelli Moura de Almeida

VISTO DO DELEGADO(A):

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

Juvente 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: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Via sinalizada: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Condições do Tempo: <input checked="" type="checkbox"/> Ensolarado <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Chuvisco <input type="checkbox"/> Outros:	
--	---	---	--

Classificação: <input checked="" type="checkbox"/> Com vítima <input type="checkbox"/> Sem vítima	Número de Vítimas: <input type="checkbox"/> Morto(s) <input checked="" type="checkbox"/> Ferido(s)	Natureza do Acidente: <input type="checkbox"/> Abaloamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotagem <input type="checkbox"/> Tombamento <input type="checkbox"/> Outros:	
---	--	--	--

VEÍCULO N° 01

Condutor:	Nascimento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.
Endereço:	Bairro:		Telefone: 0
Habilitado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	CNH:	Categoria:	RG:
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	<input checked="" type="checkbox"/> Mesmo do Condutor	
Endereço:	Telefone: 0		

VEÍCULO N° 02

Condutor: FRANCISCO MORAIS DA COSTA	Nascimento: 15/09/1961		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Endereço do Condutor:	Bairro:		Telefone: 0
Habilitado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	CNH: 03414202683	Categoria: B	RG: 2006029166320
Veículo: HONDA /FAN	Placa: HWJ-1306	Município: JUAZEIRO DO NORTE	UF: CE
Chassi: 9C2JC30101R100998	Renavam: 763854557	CRLV: 011691690176	Exercício: 2015
Proprietário:	CPF:	<input checked="" type="checkbox"/> Mesmo do Condutor	
Endereço:	Telefone: 0		

VEÍCULO N° 03

Condutor:	Nascimento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.
Endereço do Condutor:	Bairro:		Telefone: 0
Habilitado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	CNH:	Categoria:	RG:
Veículo:	Placa:	Município:	UF:
Chassi:	Renavam:	CRLV:	Exercício:
Proprietário:	CPF:	<input checked="" type="checkbox"/> Mesmo do Condutor	
Endereço:	Telefone: 0		

VÍTIMA 01

Nome:	Nascimento: / /
-------	-----------------

RG:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Ferimentos: <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal
-----	--	--

Endereço:

VÍTIMA 02

Nome:	Nascimento:		
-------	-------------	--	--

RG:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Ferimentos: <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal
-----	--	--

Endereço:

VÍTIMA 03

Nome:	Nascimento:		
-------	-------------	--	--

RG:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Ferimentos: <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal
-----	--	--

Endereço:

TESTEMUNHA 01

Nome:	Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
-------	-------------	--

Endereço:	RG:	
-----------	-----	--

TESTEMUNHA 02

Nome:	Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
-------	-------------	--

Endereço:	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.

União

28 AGO. 2017

Seguradora

AV.CASTELO BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 03

CROQUI DO ACIDENTE:	RUA SÃO BENEDITO	VEÍCULO 02	VEÍCULO 01	AV.CASTELO BRANCO

OBSERVAÇÕES DO AGENTE:

SEGUNDO RELATOS DOS OCUPANTES DO VEÍCULO 01 E VEÍCULO 02 TRAFEGAVA NA CONTRAMÃO PELA AVENIDA CASTELO BRANCO , CONDUTOR DO VEÍCULO 02 FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL. O CONDUTOR DO VEÍCULO 01 EVADIU-SE DO LOCAL DA OCORRÊNCIA SEM DEIXAR DOCUMENTAÇÃO.

AGENTE DE TRÂNSITO

Nome: LIMA	Matrícula: 21012	Regis dos Santos Segundo DIRETOR ADINTO-DENITRAN PORTARIA - 227/2017
Posto/Graduação: ATT	Viatura: MP-10	Assinatura do Agente
Hora Acionada: 06:05	Hora da Chegada: 06:10	Perito Criminalista:
Hora do Término: 06:47	Inspetor do Dia:	



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



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 20029446775-6, data de expedição 28/01/10, Órgão SSP-CE

CPF nº 629.752.913-15, venho perante a este instrumento declarar que não posso 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>JOSÉ HENRIQUE BRASILEIRO</u>
Número	<u>564</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TERADENTES</u>
Cidade	<u>GUARUJA DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARÁ</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: GUARUJA DO NORTE-CE 02/08/2017Assinatura do Declarante: Ivonet Gomes Felix

Nº DO CLIENTE

3255702-7.

foi criada pela Lei nº 10.438
de 28 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza, CE
(0800) 251-4700 | Fone: (85) 3202-0000

enel

Rota Data de Emissão 485352000
Nome 10 13000 15 260800 - 9 17/07/2017
End. Ponto TIONETE GOMES FELIX
RU JOSE HENRIQUE BRASILEIRO 00564
Medidor TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 51031150
Classe 13468420 Fator de Potência 0,0000
RG / CPF / CNPJ RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA 0,00
Nome do Recorrido 579752913-15

1996-1997 学年第二学期期中考试卷

Mês de Referência	Data de Apresentação	Prazo de Próxima Leitura
1º/1/2017	12/02/2017	17/08/2017
Baixa de Cálculo (R\$)	Aliquota	Votor do Imposto

Vida e legenda no vireio desse conto.

Conjunto **IMAZEIRA DO NORTE**

Mês	VALORES DO MÍDIA			USD 41,78		
	Set/2017	Set/2016	Var %	Mes	Trim.	Anual
DIC	5,97	18,15	-68,38	0,48	0,98	0,98
FIC	3,17	6,35	-50,76	1,88	0,98	0,98
DIFC						

CEATEC 6000C 0504C 0500C 0502C 0503C 0504C 0505C

Left. Atusul Left. Anterior Consl. Consumo (RAN)
 19793 18618 1,88 18

2.86 0.49

Consumo	Corr. Ind.	Corr. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
0,00	39		0,20125	7,20
	78		0,41355	36,95
	93		0,62999	51,99

VALOR CONSUMO DO MES	87,68
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,38
MULTA MORATORIA 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)	

1473-2317(200003)10:3;1-3

**TOTAL A
PAGAR (RS)**

www.10000000.com

180
183
158
167
154
189
142
193
175
244
154
188
212

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Embalado kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica % (CO₂)

20.00 5.00 6.00 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 5,50 referente a PIS e COFINS. As quotas: PIS:0,78% e COFINS:3,61%.

União

28 AGO. 2017

Seguradora

Nº do Cliente: 3255702-7
Data de Emissão: 17/07/28
Nº da Nota Fiscal: 1857122

References

Total a Paper (RS): 3.1 / 2012

Nº de Controle: 112.92

117,92

63840000001-4 17920031000-4 00032557020-5 01273945227-8



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 Monica Repilano Ferreira Alencar, portador(a) do RG nº 2001029048787, expedido por SST - CE, em 05/10/2001, CPF/CNPJ nº 042.221.363-28, 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: RECLUSEU-ME Renda Mensal: R\$ RECLUSEU-ME

Documentos comprobatórios: RECLUSEU-ME DECLARAR

Monica Repilano Ferreira Alencar
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, FRANCISCO MORAIS DA COSTA,
 RG nº 2006029166829, data de expedição 29/09/14, Órgão SSP-CE,
 portador do CPF nº 050.583.008-69, com domicílio na cidade de
GUARUJA DO NORTE, no Estado de CEARÁ,
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua: ROBERTO
ALMEIDA, nº 496, complemento COSA,
 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 FELIX, cujo o condutor no momento do
 acidente era FRANCISCO MORAIS DA COSTA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS

Ano: 2001/2001

Placa: HUH 1306

Chassi: 9C29C30101R160998

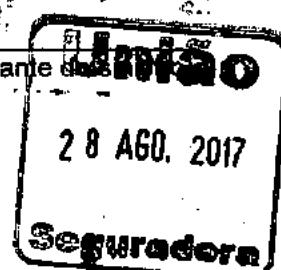
Data do Acidente: 13/05/2017

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

5º OFÍCIO

Francisco Moraes da Costa
 (Assinatura do Declarante)

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





FICHA DE ATENDIMENTO

Documentação médica - 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.: 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 trânsito com lesão em m/ie e região cefálica

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Excluidor: 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 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

ICD: SOLICITO ROTINA DO POLITRAUMA

EXAME



Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COLUNA LOMBO-SACRA AP/LATERAL (0204020069)	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

Seguradora

28/05/2017

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

data02:

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 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

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

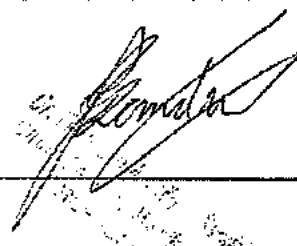
Seguradora



EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: IVONETE GOMES FELIX Prontuário: 146810 Admissão: 13/05/2017
 Data Nasc.: 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 MÍSTANTE EM FRONTE E AVULSÃO DENTÁRIA DO ELEMENTO 41 COM FRATURA ALVÉOLO DENTÁTRIA 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 CIRÚRGICO
Cirurgião: THIAGO CALDAS LEAL
1º Auxiliar:
Enfermeiro: JOÃO LÚCIO DE SOUZA MAGALHÃES
Instrumentador:

Prontuário: 146810 Dt. Nascimento: 14/01/1969
Enfermaria: Sala Cirúrgica Leito: 03G
Anestesiologia: ** Não Informado **
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

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

Procedimentos Realizados

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

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Identes 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 ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

INCISAO EM QUADRIL ESQUERDO

ABERTURA POR PLANOS

CONFECIONADO 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 BLOQUEADA

RAFIA POR PLANOS APOS LMC

CURATIVO



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

Procedimentos Propostos

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

Procedimentos Realizados

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

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Avaliações e Incidentes:

Anestesia I Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Potencialmente Contaminada	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	----------------------------	--------------------	----------

DESCRÍÇÃO 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

INCISAO EM CICATRIZES PREVIAS

DEBRIDAMENTO CIRURGICO

RETIRADA DE TODOS OS PARAFUSOS DE BLOQUEIO

LAVAGEM MECÂNICA

RETIRADO PARAFUSO DE CONTRAPINO

REALIZADO FIXAÇÃO COM DOIS PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAL E DOIS DISTAL

LM

SUTURA POR PLANOS

CURATIVO ESTERIL



 União

28 AGO. 2017

Seguradora

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.

Data | |

RELATÓRIO MÉDICO

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

Localização

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

Relatório

Cancelada
 Tipo de Saída: Alta 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

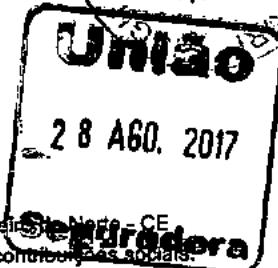
Responsável

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA

Data: 10/07/2017

Dr. Marcelo Nogueira Lima
 CRM-CE 10.000
 CRF-CE 10.000
 CRCC-CE 10.000
 CRCC-CE 10.000

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
 Clínica: CENTRO CIRÚRGICO
 Cirurgião: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL
 1º Auxiliar:
 Enfermeiro: VERONICA PEREIRA CHAVES MACEDO
 Instrumentador:

Prontuário: 146810 Dt. Nascimento: 14/01/1969
 Enfermaria: Sala Cirúrgica 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:

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
-----------------------	-----------	--------------------	----------

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

CUIDADOS INICIAIS

ASSEP/ANTISSEP/CAMPOS ESTEREIS

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



Francisco Bruno
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 1002
CRJ-CE 16.420
TEOT-CE 13.212

38/06/17



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: 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: 146810 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:

** Não Informado **

Relatório imediato do Patologista:

** Não Informado **

Exame Radiológico:

** Não Informado **

Contagem Compressas e Instrumental:

** Não Informado **

Acidentes e Incidentes:

* Não Informado **

Anestesia I Ocorrências Principais:

** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

** Não Informado **

Grau de Contaminação:	Contaminada	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	-------------	--------------------	----------

DESCRÍÇÃO 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 PERNAS 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 Najes Sammarco
Ortopedia e Traumatologia
CRM 145.337 / TECOT 13.901



União

28 AGO. 2017

Seguradora

Assinatura Cirurgião I 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.

Data

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 13/05/17 17:54

Paciente: IVONETE GOMES FELIX
 Clínica: CENTRO CIRURGICO
 Cirurgião: JAMACIR FERREIRA MOREIRA
 1º Auxiliar:
 Enfermeiro: GLAWBERLANDYA FEITOSA VIEIRA
 Instrumentador:

Prontuário: 146810 Dt. Nascimento: 14/01/1969
 Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 02A
 Anestesiologia: ** Não Informado **
 2º Auxiliar:
 Circulante:

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:
 ** Não Informado **

Relatório Imediato do Patologista:
 ** Não Informado **

Exame Radiológico:
 Não Informado **

Contagem Compressas e Instrumental:
 ** Não Informado **

Acidentes e Incidentes:
 ** Não Informado **

Anestesia I Ocorrências Principais:
 ** Não Informado **

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

Grau de Contaminação: Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRÍÇÃO 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 EXLENTO INCLUSIVE COM RETIRADA DE GRANDES E PEQUENOS FRAGMENTOS DE CORPO ESTRANHO

APOS DEBRIDAMENTO FOI VISUALIZADO GRANDE PERDA DE PARTES MOLES COM EXPOSIÇÃO DE TENDAO PARTELAR E PLATO TIBIAL
 REALIZADO ROTAÇÃO DE RETALHO GASTROCNEMIO MEDIAL + LIBERAÇÃO DA PATA DE GANSO + FIXAÇÃO DO ENERTO MUSCULAR +

ENXERTO DE PELE COM PELE PARCIAL DA COXA

REVISAO DE HEMOSTASIA

SUTURA POR PLANOS

FECHAMENTO DE FRATURA DE FEMUR COM FE LINEAR

REVISAO DE HEMOSTASIA

OCULTO ESTERIL



Data | |

Assinatura Cirurgião I 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

PRONTUÁRIO: 146810

DATA DE NASCIMENTO: 14/01/1969

SOLICITANTE: Dra. CAROLLINE OHARA NASCIMENTO BEZERRA

SETOR SOLICITANTE: CENTRO CIRÚRGICO

ENFERMARIA/LEITO: SRPA/08

DATA DO EXAME: 15.05.2017

HORA DO EXAME: 14:14

DATA DO LAUDO: 15.05.2017

HORA DO LAUDO: 15:51

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

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:

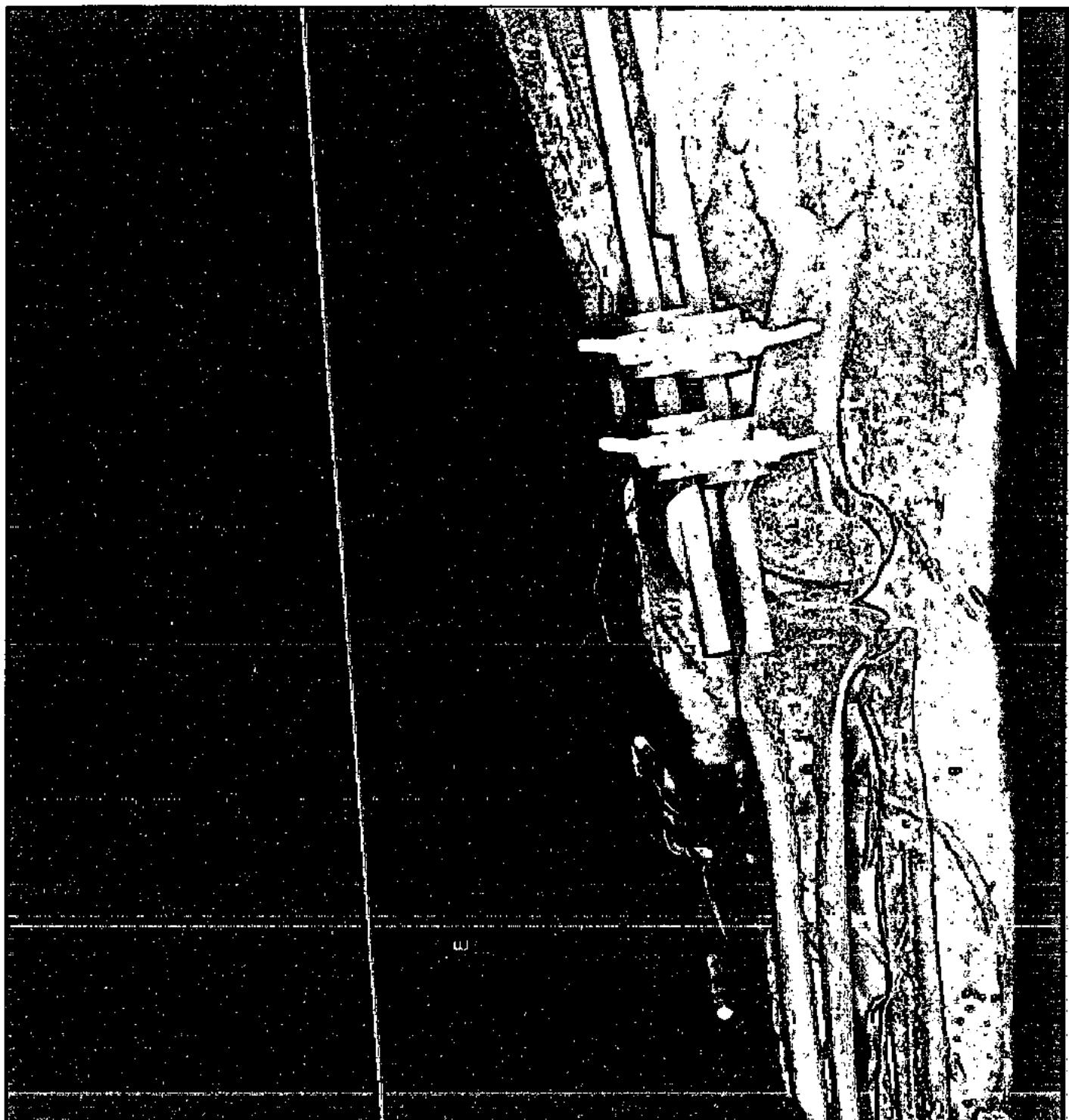
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas 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. FÁBIO MOREIRA BATISTA AGUIAR
MÉDICO CRM 15149

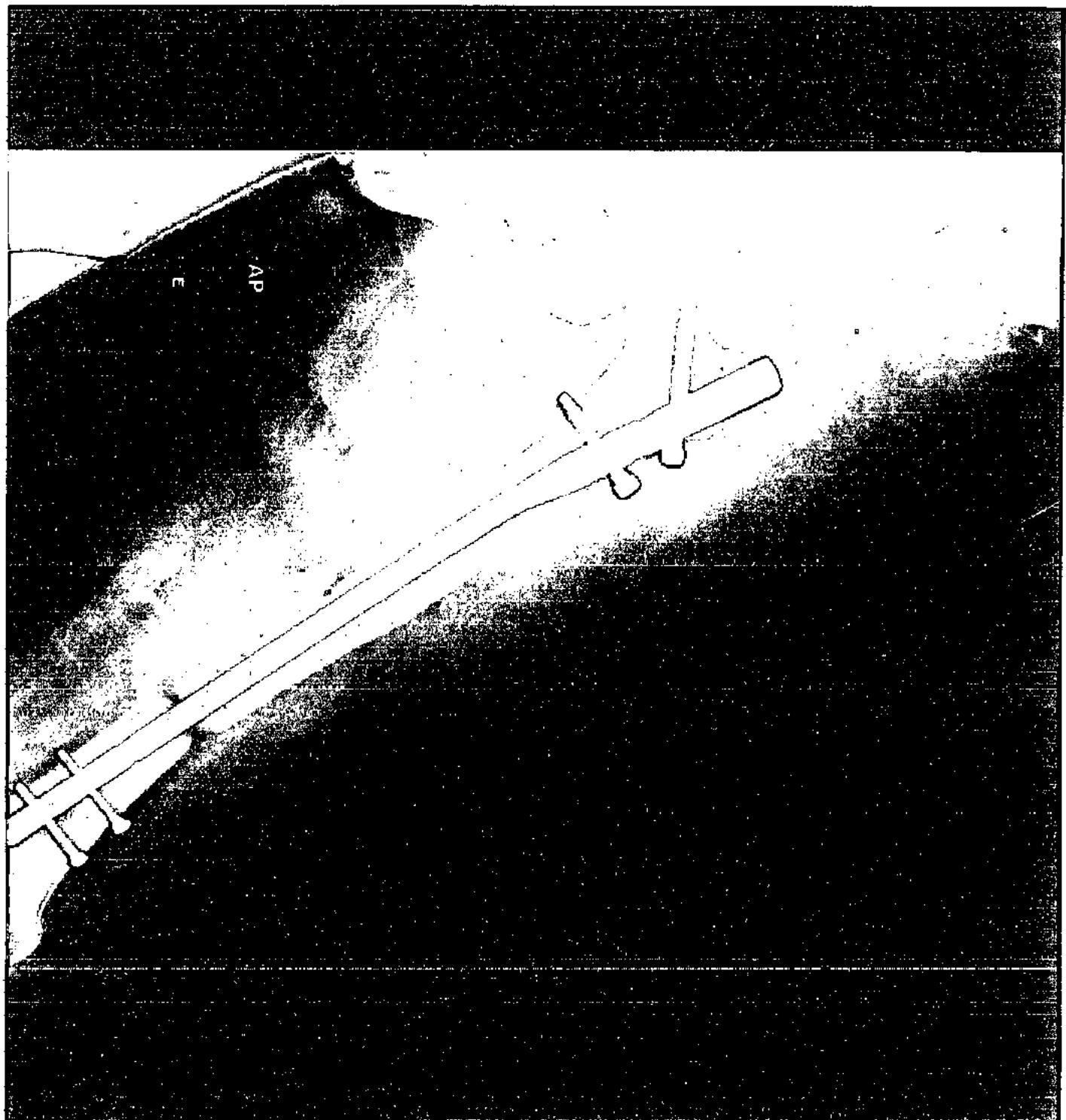




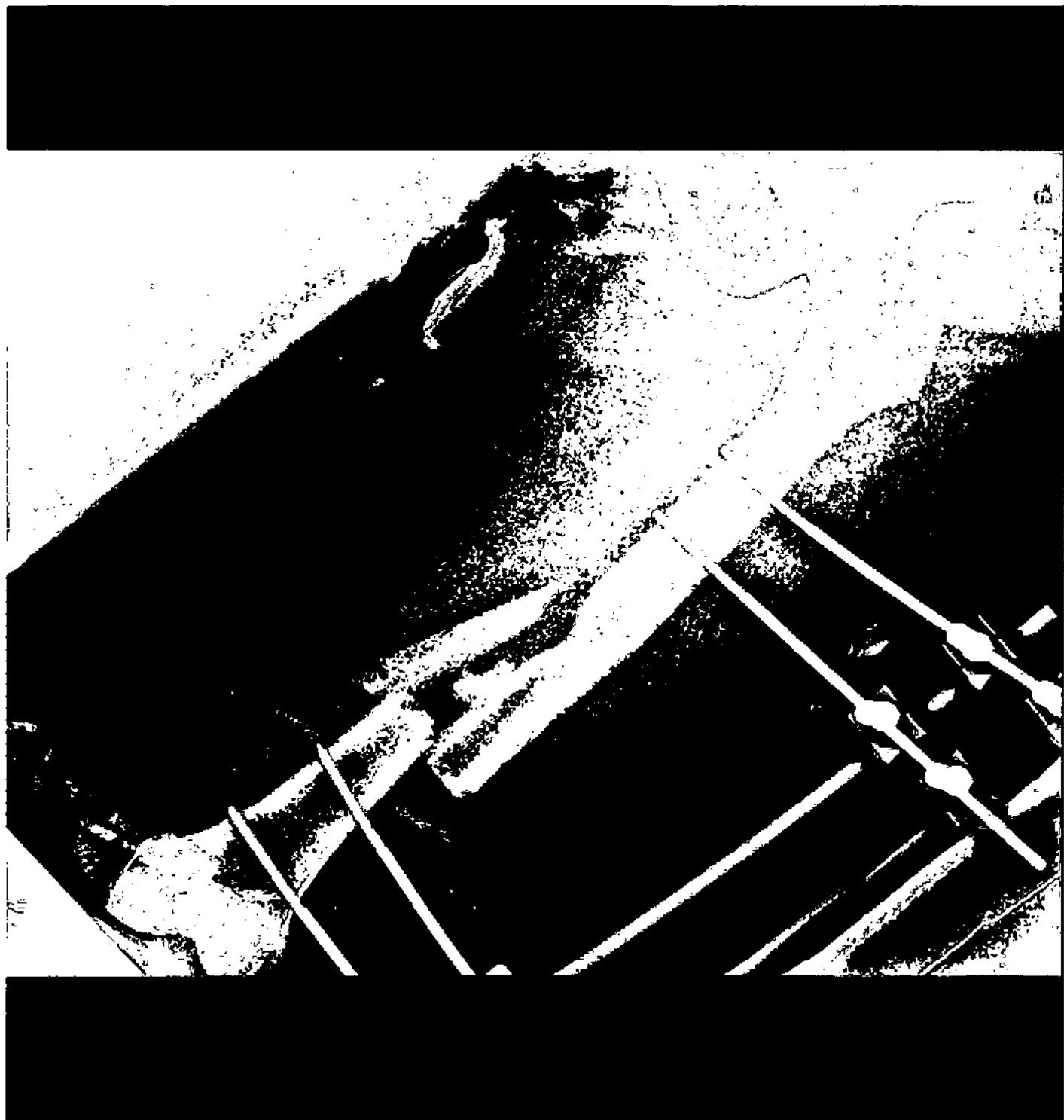
União

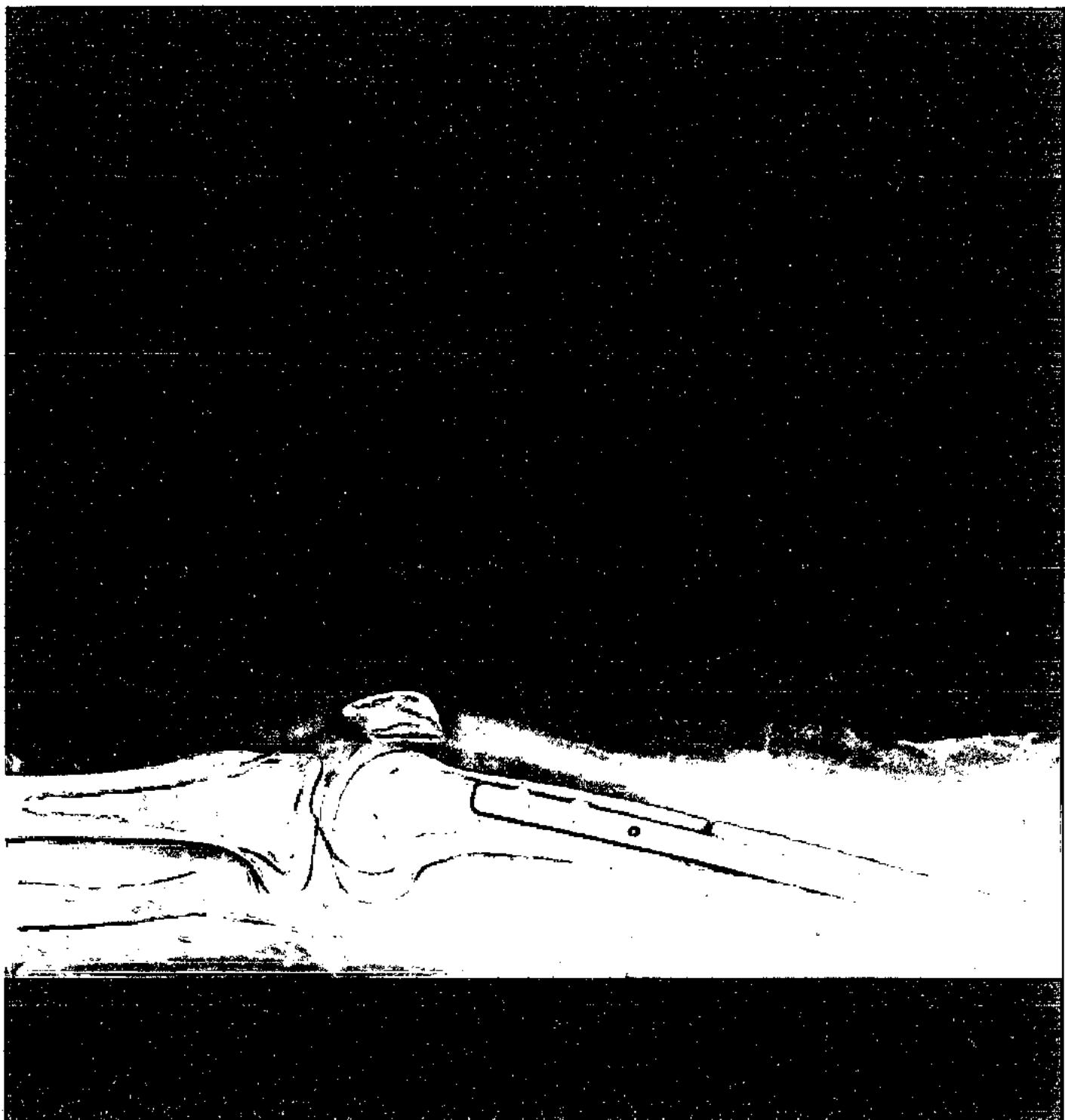
28 AGO. 2017

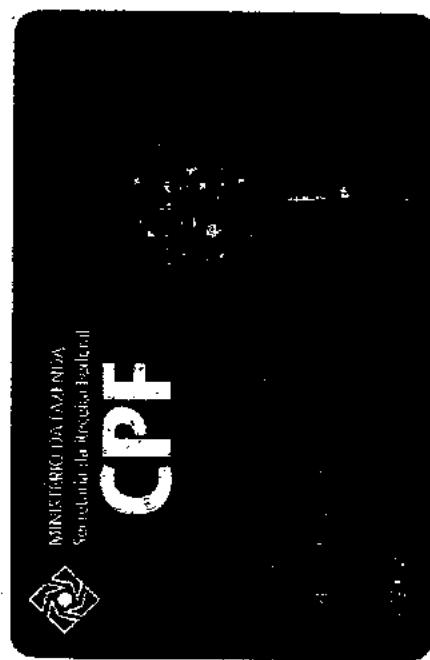
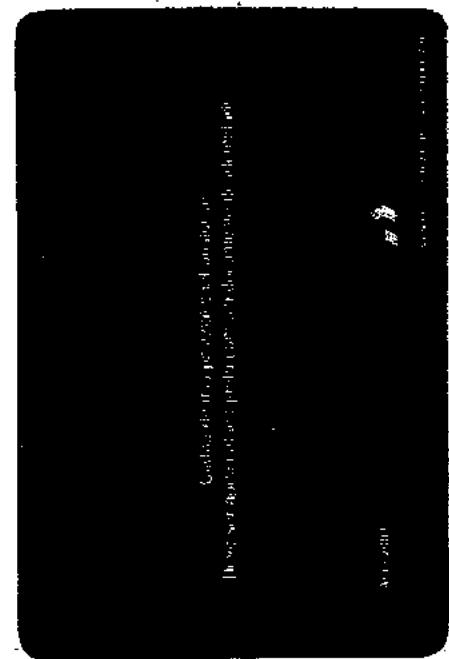
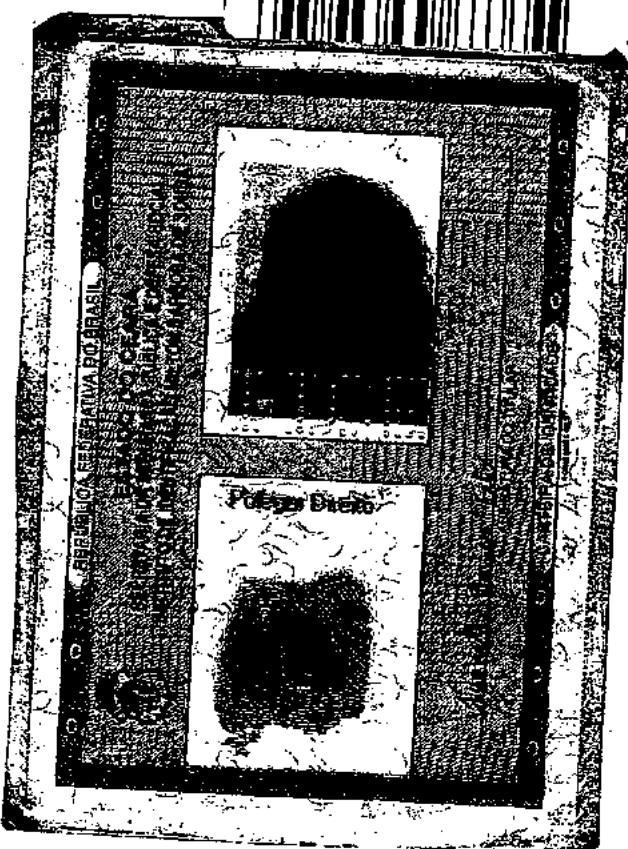
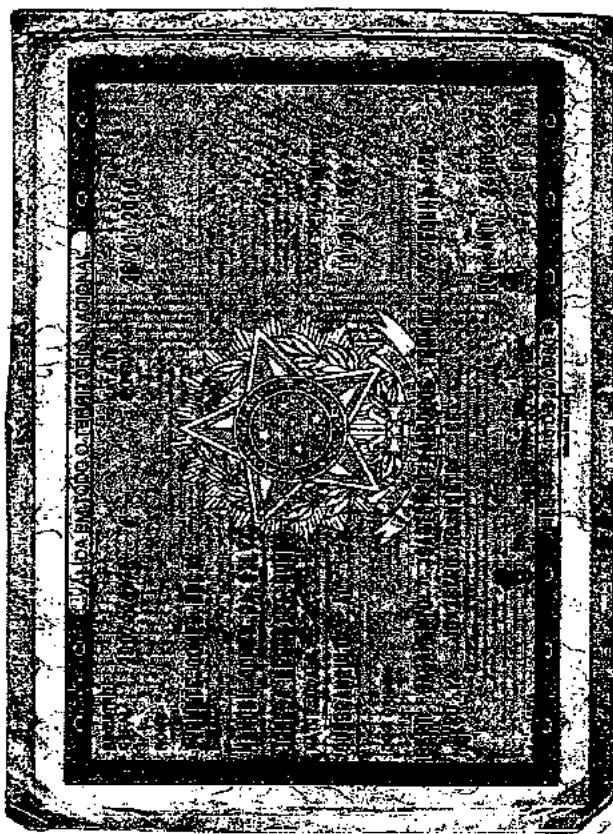
Seguradoras

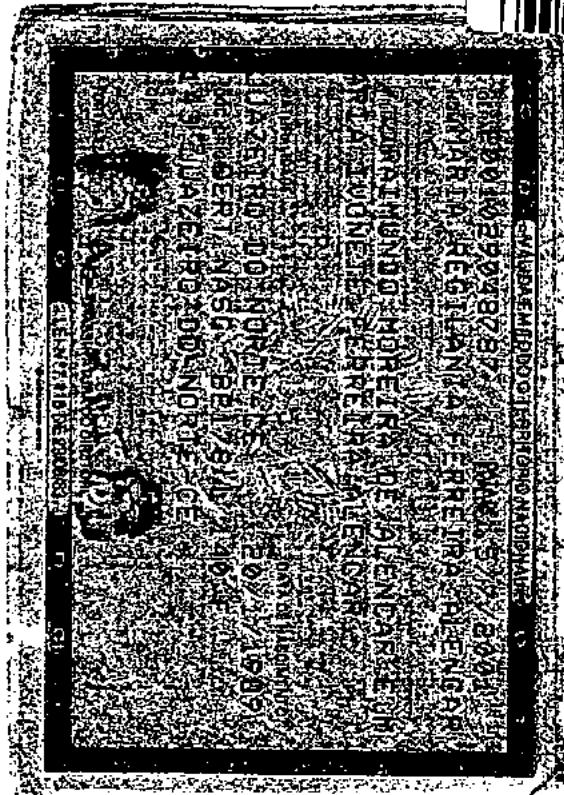
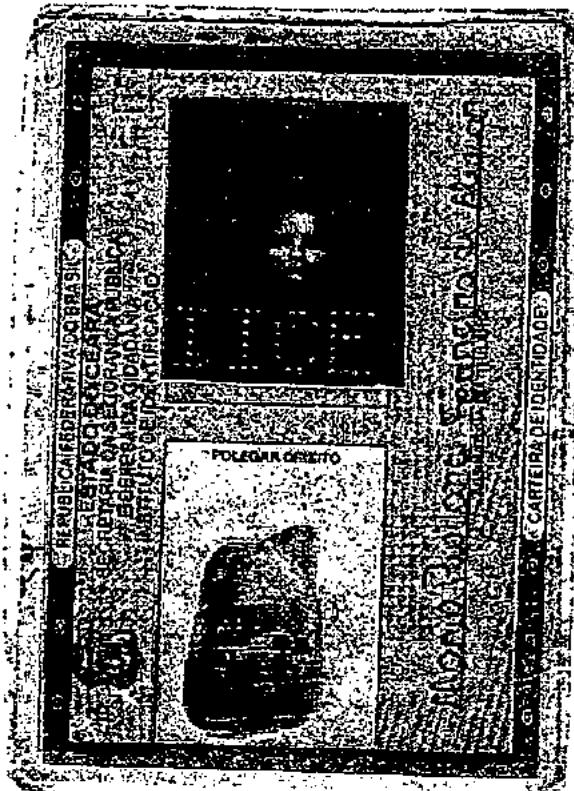


União
28 AGO. 2017
Seguradora









MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

042.221.363-28

Nome

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

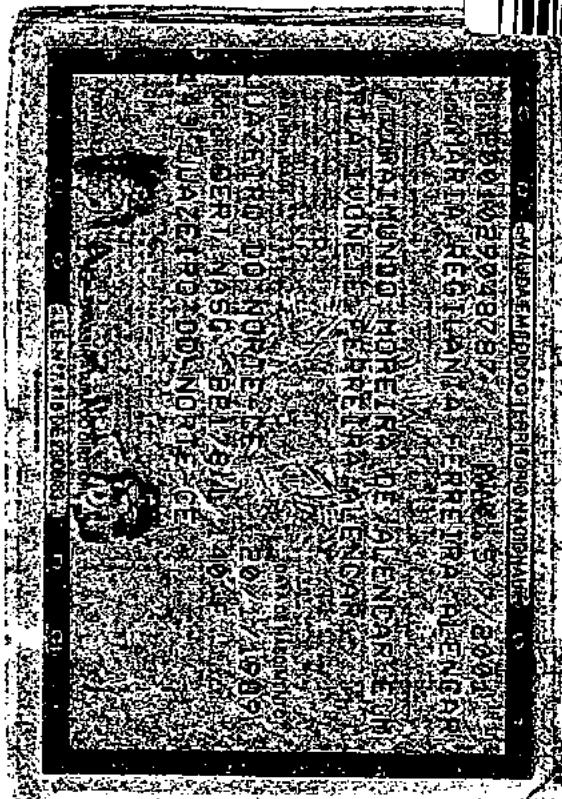
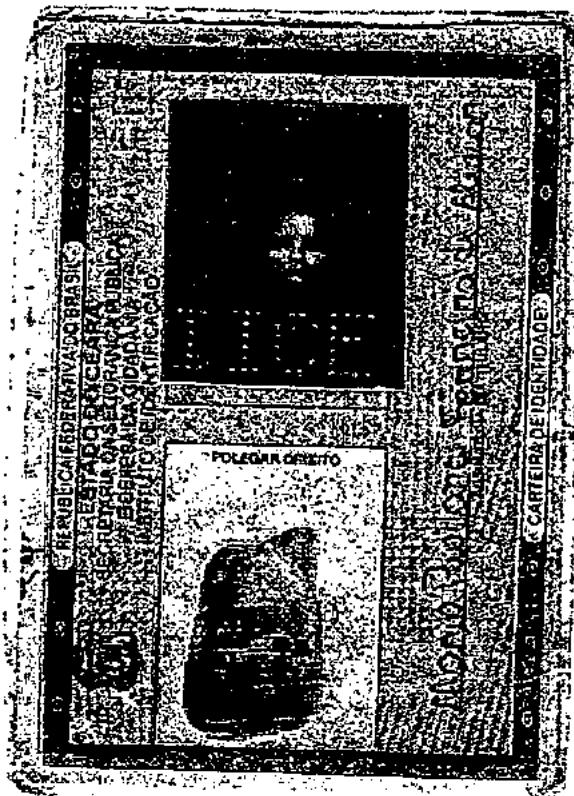
Nascimento
20/01/1989

VALDO SORTEADO COM COMPROVANTE DE CERTIFICAÇÃO

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

VALDO SORTEADO COM COMPROVANTE DE CERTIFICAÇÃO

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 FÉMUR 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 OSTEOSÍNTESE 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:

