



**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: | Contestação          |
| Data/Hora:          | 14/09/2021 13:58:38  |

**Partes**

|              |  |
|--------------|--|
| Solicitante: | Seguradora Lider dos<br>Consortios de Seguro Dpvat |
|--------------|--|

**Documentos**

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Petição:                          | 2614750_CONTESTACAO_0<br>1 - 1-9.pdf            |
| Documentação:                     | SEGURADORA_LIDER_2018<br>- 1-9.pdf              |
| Documentação:                     | SEGURADORA_LIDER_2018<br>- 10-18.pdf            |
| Documentação:                     | SEGURADORA_LIDER_2018<br>- 19-20.pdf            |
| Documentação:                     | 2614750_CONTESTACAO_A<br>nexo_02 - 1-47.pdf     |
| Procuração/Substabeleciment<br>o: | SUBSTABELECIMENTO_SU<br>PERVISAO_2018 - 1-2.pdf |

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

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**

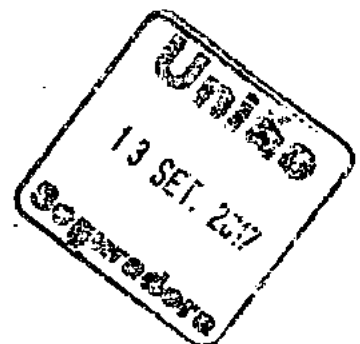
**POUPANÇA DA CAIXA**

*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**

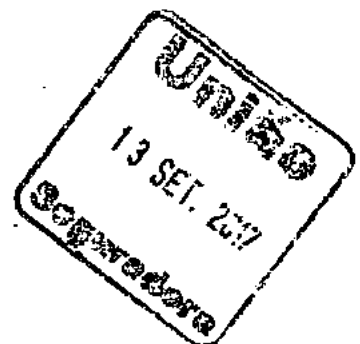
**POUPANÇA DA CAIXA**

*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







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

|  |  |                             |                               |
|--|--|-----------------------------|-------------------------------|
|  <b>SEGURO<br/>DPVAT</b><br><b>SEGURADORA<br/>LÍDER</b> |  | Exercício:<br>2017          | Nº documento:<br>4.70514904-7 |
|  |  | Data emissão:<br>09/05/2017 | Código placa:<br>0823101306-5 |
|  |  | Hora:<br>08:19:18           | Código taxa:<br>253           |
| Nome Proprietário / Solicitante:<br>FRANCISCO MORAIS DA COSTA  |  |                             | CPF / CNPJ:<br>050.583.008-69 |
| Placa:<br>HWJ1306  | Marca / Modelo:<br>HONDA/CG 125 TITAN KS |                             | Chassi:<br>9C2JC30101R160998  |
| Ano fabricação:<br>2001  | Ano / Modelo:<br>2001                    |                             | Renavam:<br>763854557         |
| Código<br>09   | Prêmio líquido<br>184,80                 | ISOF ( 0,38 % ):<br>0,70    | Prêmio total (R\$):<br>185,50 |
|  |  |                             | Código corretor:<br>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

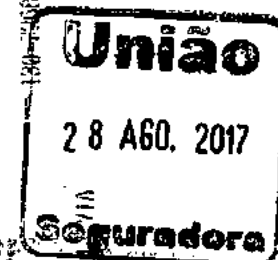
LOT. 05. 10/05/17  
LUGAR 19001 - JUAZEIRO DO NORTE  
AC. VINCULO ADX: 0032

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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**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)

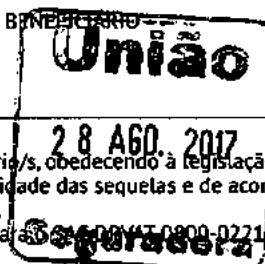
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00012696-5  
OPERAÇÃO 013

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

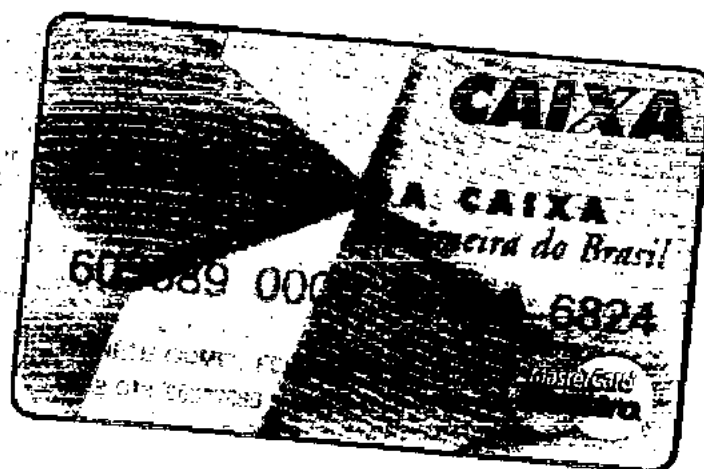
Ivonete Gomes Felix

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](http://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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**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.

J. 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](http://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



Ivoneite Gomes Felix  
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome IVONEITE Gomes Felix

Loc. Nas. Quebrangulo Est. AL Data 14.01.69

Filiação MANOEL Gomes da Silva e Josefa Ferreira Nunes

Doc. n. 4376 LV 120 ELS 175 PC JN CE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em. Doc. Ident. n.º

Exp. em. Estado

Obs.

Data Emissão 28.10.96

ORT

Agente JN CE

MT 6220812

Assinatura do Funcionário



**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 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( X ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
DEFESA SOCIAL

DEFESA SOCIAL

**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: **PIRAJA**  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **PROX A FARMACIA FERNANDES**

Ofício 2-3266  
A presente é para fins de controle e o original exibido nestas Notas e Boletins  
Data: 01 AGO. 2017  
VÁLIDO SCIENTE (S)  
☐ Bel. Carlos Figueiredo  
☐ Bel. Danielle C. de C.

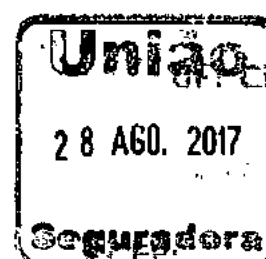
**Dados do(s) Vítima(s)**

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: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor: **ARANJA** 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. Fora 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, CNLV 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:

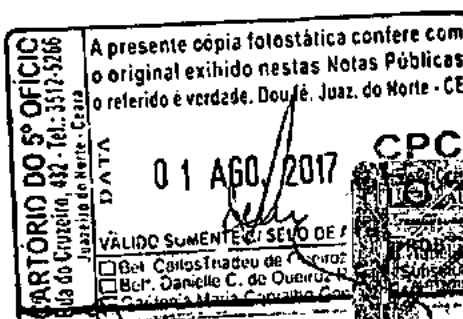
IVANEIDA BALRETO PESSOA - MAT.: 30081412

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: (X) Sim () Não Via sinalizada: (X) Sim () Não Condições do Tempo: (X) Ensolarado () Noite () Chuvoso () Outros:

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

VEÍCULO Nº 01

Condutor: Nascimento: Sexo: () Masc. () Fem.

Endereço: Bairro: Telefone: 0

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: 0

VEÍCULO Nº 02

Condutor: FRANCISCO MORAIS DA COSTA Nascimento: 15/09/1961 Sexo: 2 8 A 00, 2017 em

Endereço do Condutor: Bairro: Telefone: 0

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: (X) Mesmo do Condutor

Endereço: Telefone: 0

VEÍCULO Nº 03

Condutor: Nascimento: Sexo: () Masc. () Fem.

Endereço do Condutor: Bairro: Telefone: 0

Habilitado: () Sim () Não CNH: Categoria: RG: CPF:

Veículo: Placa: Município: UF:

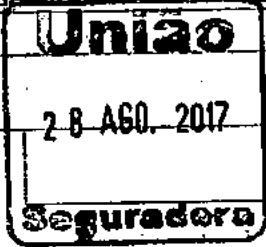
Chassi: Renavam: CRLV: Exercício:

Proprietário: CPF: () 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:   |  |  |
| <b>VÍTIMA 02</b>  |  |  |
| 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:   |  |  |
| <b>VÍTIMA 03</b>  |  |  |
| 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:   |  |  |
| <b>TESTEMUNHA 01</b>  |  |  |
| Nome:   | Nascimento:  | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.                                       |
| Endereço:   | RG:  |  |
| <b>TESTEMUNHA 02</b>  |  |  |
| Nome:   | Nascimento:  | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.                                       |
| Endereço:   | RG:  |  |
| <b>AVARIAS DO VEÍCULO 01</b>  |  |  |
| PALAMAMA DIANTEIRO ESQUERDO AMASSADO, PÁRA-CHOQUE DIANTEIRO QUEBRADO, LADO ESQUERDO, PNEU RASGADO, CAPÔ AMASSADO, RETROVISOR LADO ESQUERDO QUEBRADO, FAROL QUEBRADO.  |  |  |
| <b>AVARIAS DO VEÍCULO 02</b>  |  |  |
| 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.                    |  |  |
| <b>AVARIAS DO VEÍCULO 03</b>  |  |  |
| <div style="text-align: right;">  </div>   |  |  |
| CROQUI DO ACIDENTE:   | RUA SÃO BENEDITO   |  |
| VEICULO 02  | VEICULO 01   |  |
| AV. CASTELO BRANCO  |  |  |
| <b>OBSERVAÇÕES DO AGENTE:</b>   |  |  |
| 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. |  |  |
| <b>AGENTE DE TRÂNSITO</b>   |  |  |
| Nome:<br>LIMA   | Matrícula:<br>21012  | Regra dos Santos Segundo<br>DIRETOR ADJUNTO-DEMULTRAN<br>PORTARIA - 227/2017<br>Assinatura do Agente     |
| Posto/Graduação:<br>ATT   | Viatura:<br>MP-10  |  |
| Hora Acionada:<br>06:05   | Hora da Chegada:<br>06:10  | Perito Criminalista:   |
| Hora do Término:<br>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](mailto: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





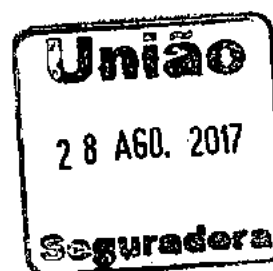
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>JOSÉ 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 fornecedor.

lei criada pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002

Companhia 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  
Norma 10 13000 15 260800 - 9  
End. Postal MONETE GOMES FELIX  
RU JOSE HENRIQUE BRASILEIRO 00564  
Medidor TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 63031150  
Classe 13468420  
RG/CNPJ RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA  
Nome do Responsável 679752913-15  
Data de Emissão 485352000  
17/07/2017  
Fator de Potência 0,00

| MÊS DE REFERÊNCIA                      |                      |                  | MÊS DE REFERÊNCIA DO FORNECIMENTO     |                   |          |
|--|----------------------|------------------|---------------------------------------|-------------------|----------|
| Mês de Referência                      | Data de Apresentação | Próxima Letura   | Vista e legenda no verso desta conta. | Conjunta          | Mês      |
| Jul/2017                               | 17/07/2017           | 17/08/2017       |                                       | JUAZEIRO DO NORTE | Jul/2017 |
| Base de Cálculo (R\$)                  |                      |                  | Apuração Individual                   |                   |          |
| Base de Cálculo (R\$)                  | Alíquota             | Valor do Imposto | Mensal                                | Trím.             | Anual    |
| 125,14                                 | 27,00%               | 34,05            | 5,97                                  | 18,15             | 26,38    |
| VALOR DE REFERÊNCIA DO CONTROLE FISCAL |                      |                  | FIC                                   | 3,17              | 6,35     |
| VALOR DE REFERÊNCIA DO CONTROLE FISCAL |                      |                  | DMIC                                  | 2,9%              | 0,40     |
| Lett. Atual                            |                      |                  | Valor (R\$)                           |                   |          |
| 18793                                  | 18618                | 1,80             | 183                                   | 0,80              | 38       |
| VALOR DE REFERÊNCIA DO CONTROLE FISCAL |                      |                  | 8,24125                               | 24,95             | 7,23     |
| VALOR DE REFERÊNCIA DO CONTROLE FISCAL |                      |                  | 9,41358                               | 28,95             | 8,95     |
| VALOR DE REFERÊNCIA DO CONTROLE FISCAL |                      |                  | 9,62899                               | 29,95             | 9,95     |

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

| VENCIMENTO  |                                  | TOTAL A PAGAR (R\$)      |     |
|---|----------------------------------|--------------------------|-----|
| 3255702-7   |                                  | 117,92                   |     |
| VALOR DE CONSUMO  |                                  | VALOR DE CONSUMO (R\$)   |     |
| Energia   | 29,88                            | 180                      | 183 |
| Transmissão   | 2,98                             | 158                      | 167 |
| Distribuição  | 28,29                            | 154                      | 189 |
| Encargos Setoriais  | 7,82                             | 142                      | 193 |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS)...                               | 39,58                            | 175                      | 248 |
|   | 00,85                            | 154                      | 188 |
|   | 00,85                            | 212                      |     |
| CONSCIÊNCIA ECOLÓGICA                                       |                                  | CONSCIÊNCIA ECOLÓGICA    |     |
| Compensação suas emissões pelo consumo de energia elétrica. | Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) | Consciência Ecológica(%) | 100 |
| Emitido kg (CO <sub>2</sub> )                               |                                  |                          |     |

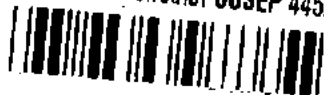
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

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 10.932/03)

Nº do Cliente: 3255702-7  
Data de Emissão: 17/07/2017  
Nº da Nota Fiscal: 485352000  
Referência: Jul/2017  
Total a Pagar (R\$): 117,92  
Nº de Controle: 0003255702 00127 39452 92

8384000001-4 17920031000-4 00032557020-5 01273945227-8



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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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

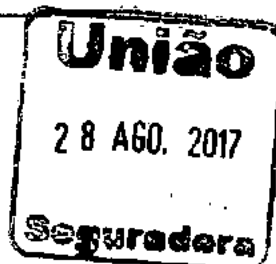
da vítima IVONETE GOMES FELIX, e conforme

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 24/09/14, 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.

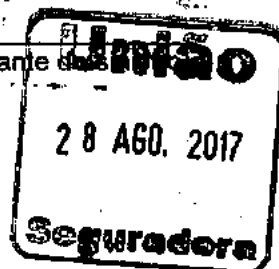
Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA/CG 125 TITAN 45  
Ano: 2001/2001  
Placa: HUY 1306  
Chassi: 9C29C30101R160998  
Data do Acidente: 13/05/2017

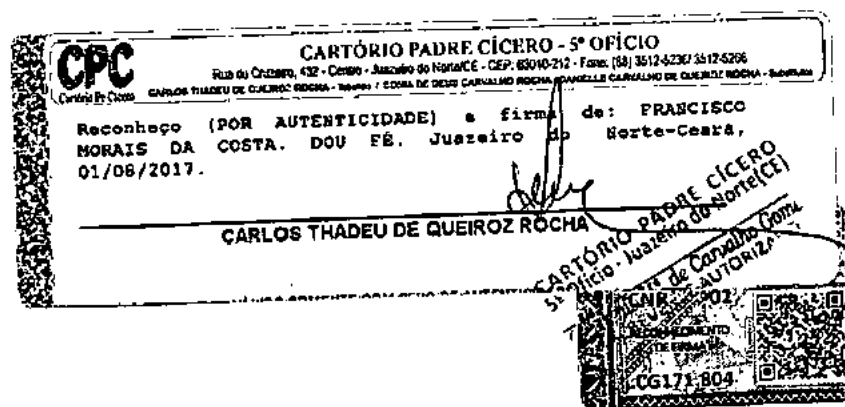
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE 01/08/2017

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

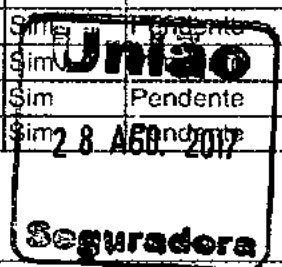
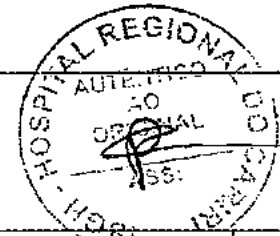
Fluxograma: TRAUMA MAIOR  
discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

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 (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 |



Dr. Fco. Rômulo Patrício da Sâ  
 Functeslogista  
 CRM-CE 11.447

13/05/17 13:50h  
 ① Cefazolina 2g IV 6/6h

Dr. Fco. Rômulo Patrício da Sâ  
 Functeslogista  
 CRM-CE 11.447

Deodora 100g + 100ml SF, EV, Água + 12:35  
 Triamterol 100g + SF 100ml, EV, Água + 12:55  
 Dipirona 2amp EV, Água + 12:30

Dr. Edgley Almeida Nobrega  
 Médico Residente Clínica Geral  
 CRM 18.404

13/05/17 - Cefazolina 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 12/12h  
 Dipirona 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV, se não melhorar

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

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

| Prescrição | CEFAZOLINA 2g EV AGORA | DIPIRONA 2 AMP + AD EV AGORA | SF 0,9% 1500ML EV | DIETA ZERO |
|------------|------------------------|------------------------------|-------------------|------------|
| 06:30      | 500                    | 500                          | 500               |            |
| 06:30      |                        |                              |                   |            |
| Horário:   |                        |                              |                   |            |

União  
 28 ABO 2017  
 1786

PRESCRIÇÃO

Médico: NAESIO COSTA PEREIRA

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 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

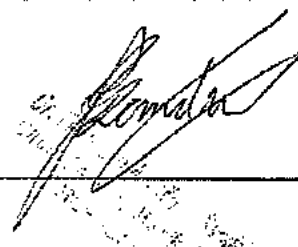


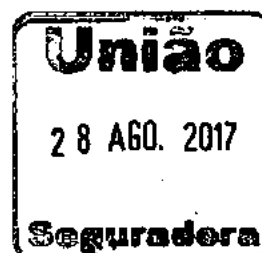


## EVOLUÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: IVONETE GOMES FELIX Prontuário: 146810 Admissão: 13/05/2017  
Data 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<br> | 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  
APOSICAO 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

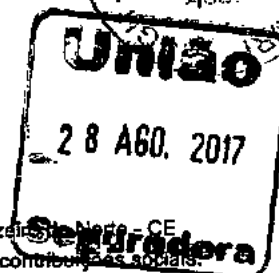
### Responsável

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA

Data: 10/07/2017

Dr. Marcelo Nogueira Lima  
CRM: 10.100 - CRM/PE 23.179

| 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 C. 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:

\*\* Não Informado \*\*

Relatório imediato do Patologista:

\*\* Não Informado \*\*

Exame Radiológico:

\*\* Não Informado \*\*

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 / TROT 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 Palxão 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:**

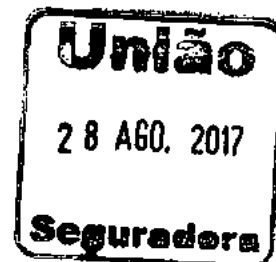
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas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



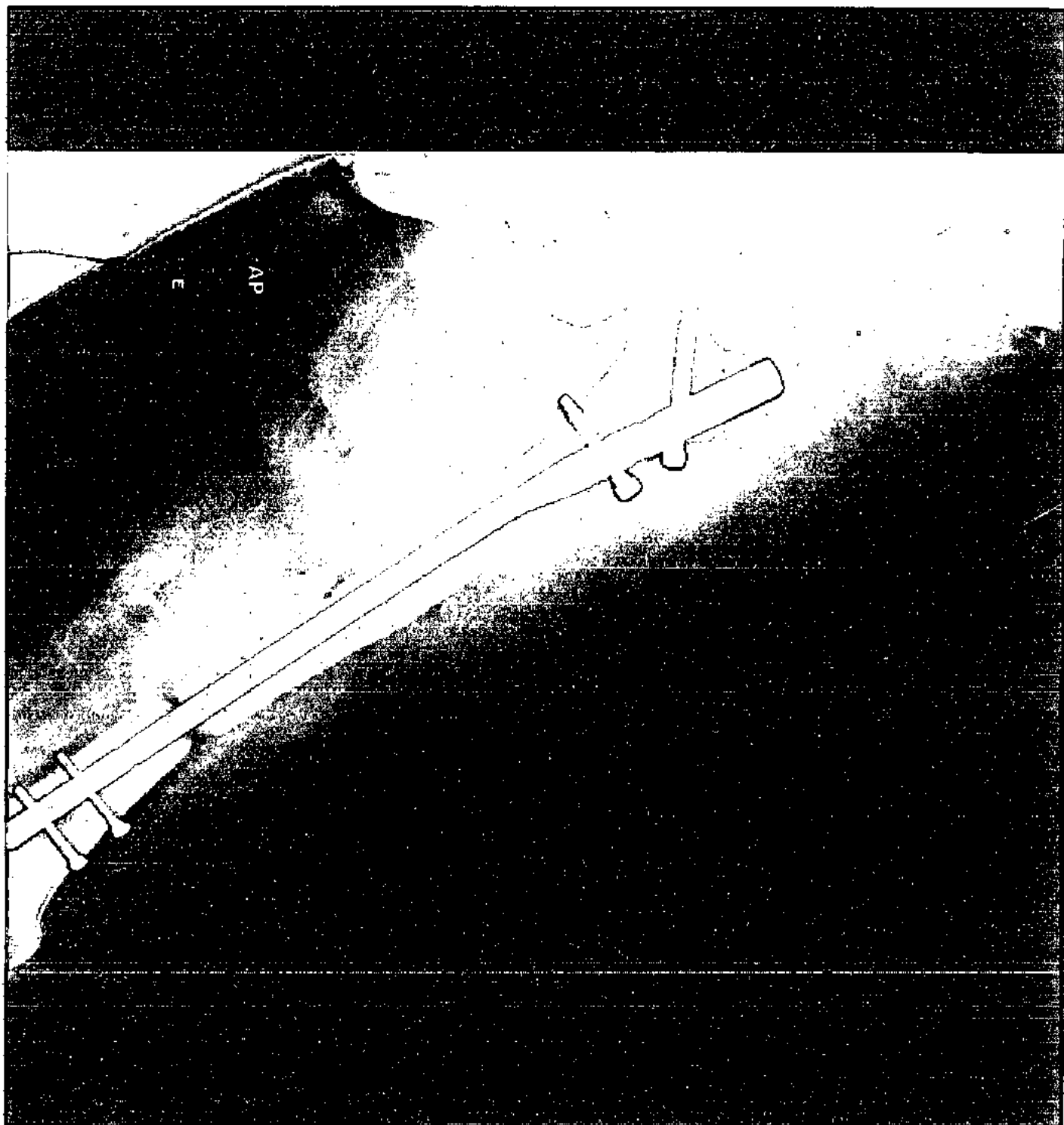
Dr. FABRICIO MOREIRA BATISTA AGUIAR  
MÉDICO CRM 15149



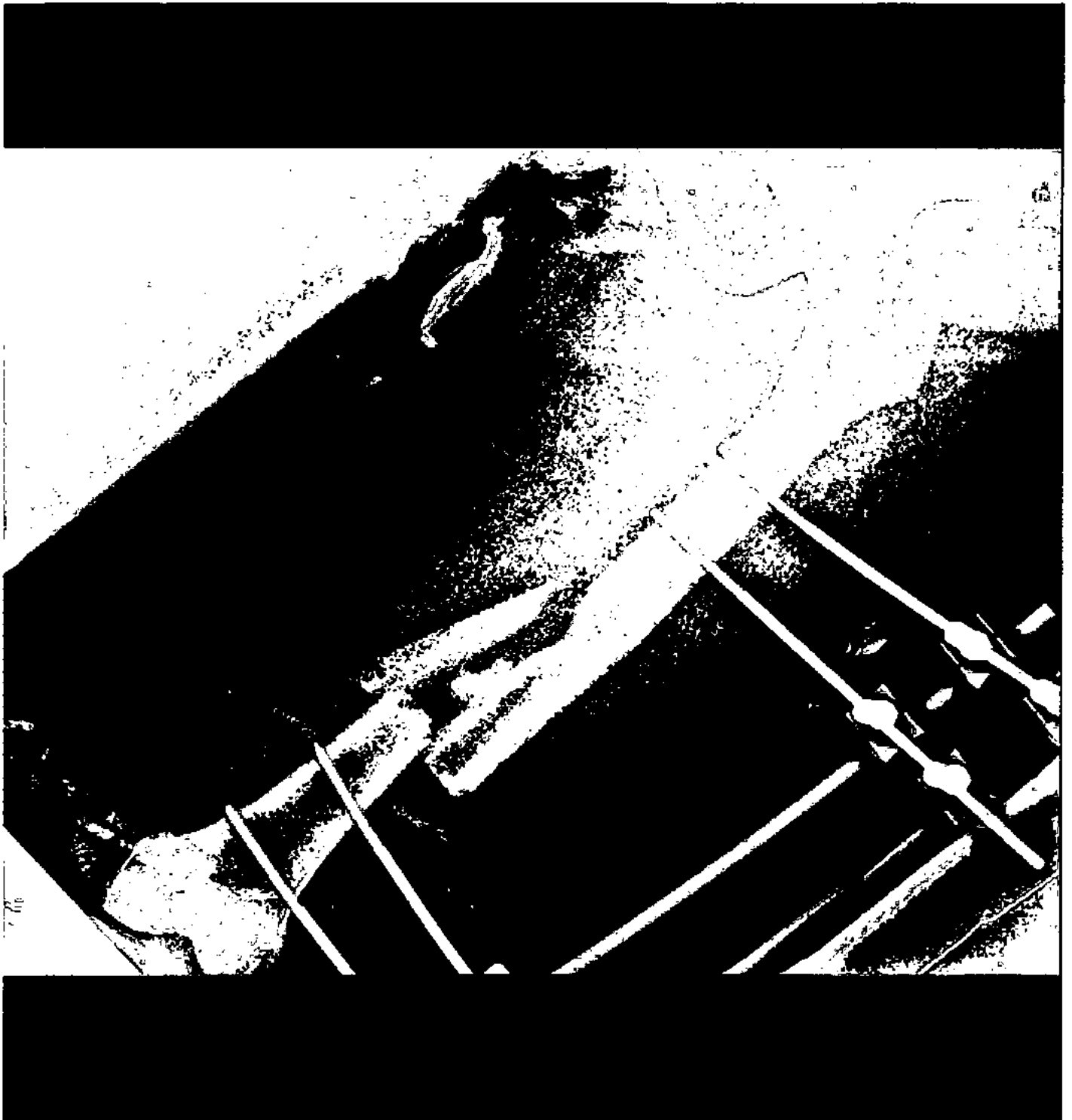




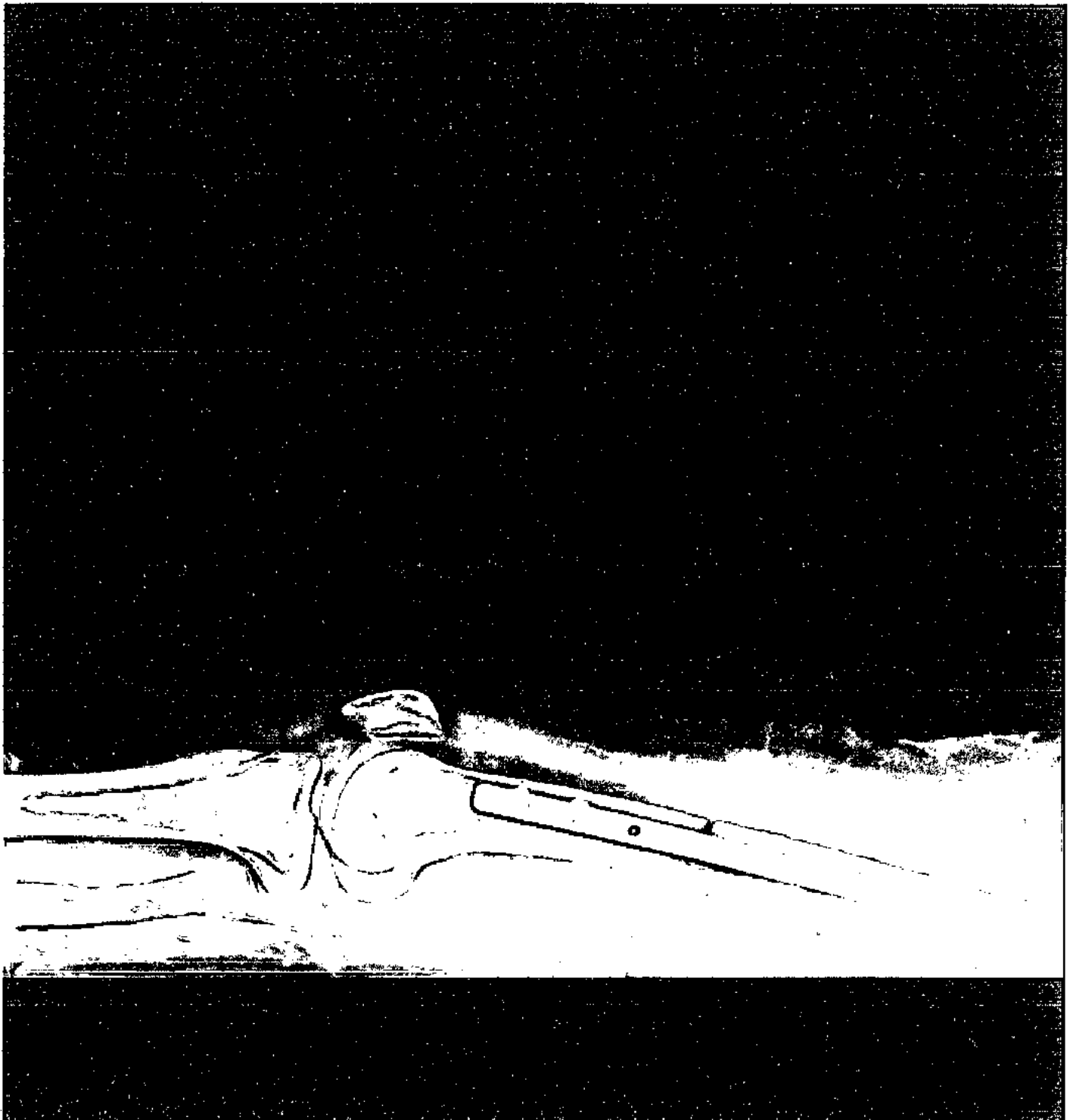
**União**  
28 AGO. 2017  
**Seguradora**



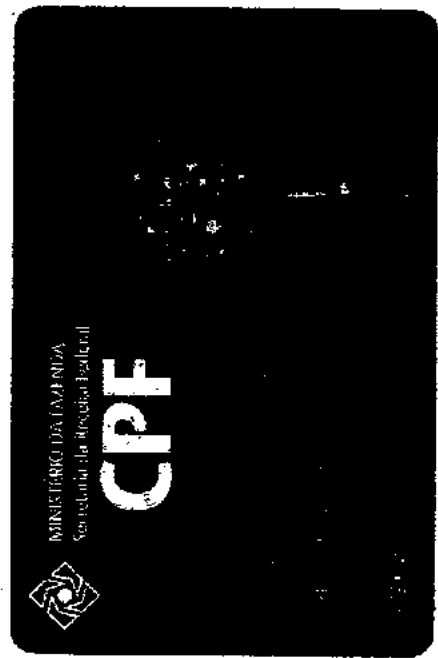
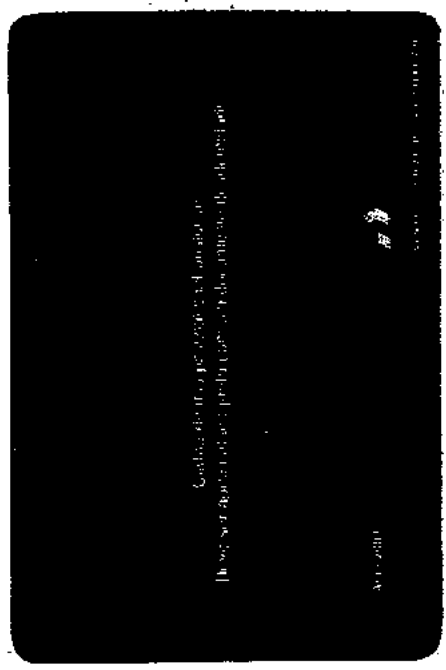
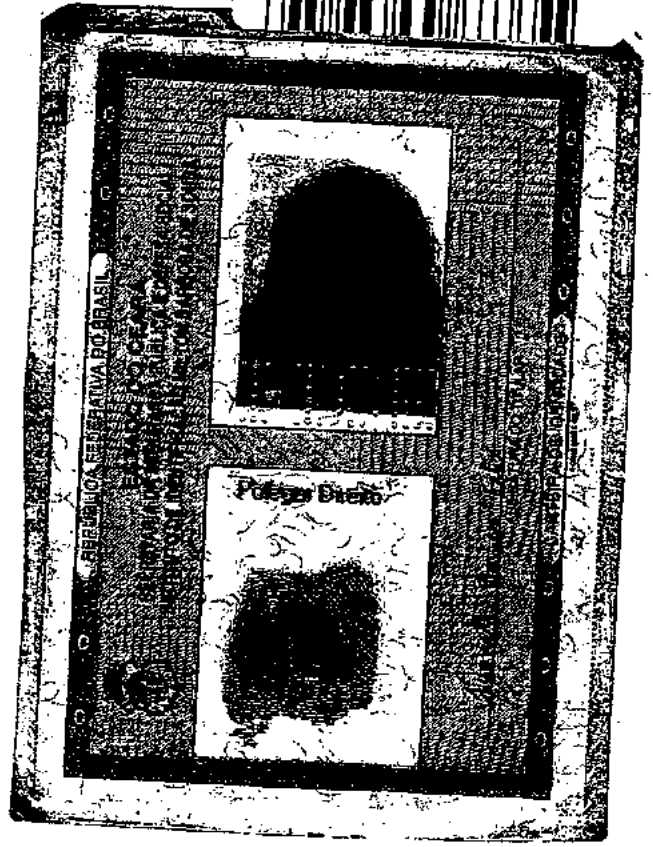
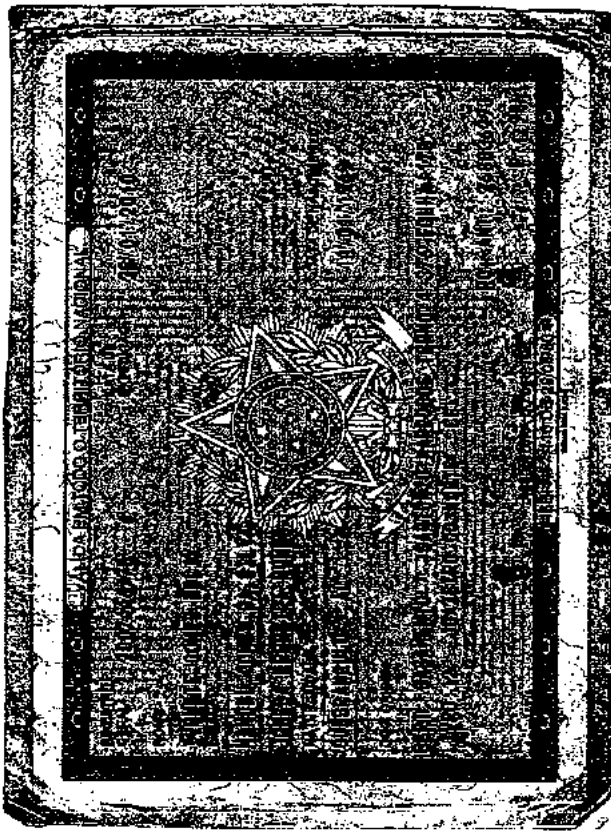
**União**  
28 AGO. 2017  
**Seguradora**

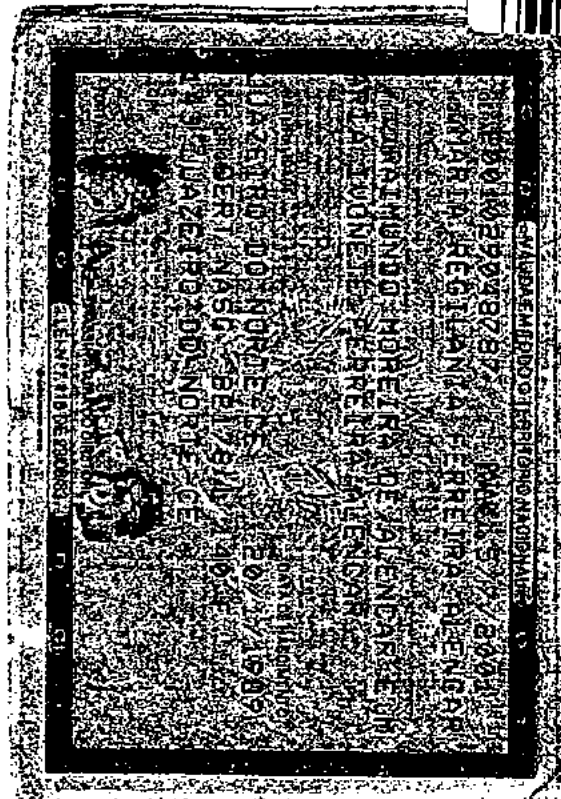


**União**  
28 A60. 2017  
**Seguradora**



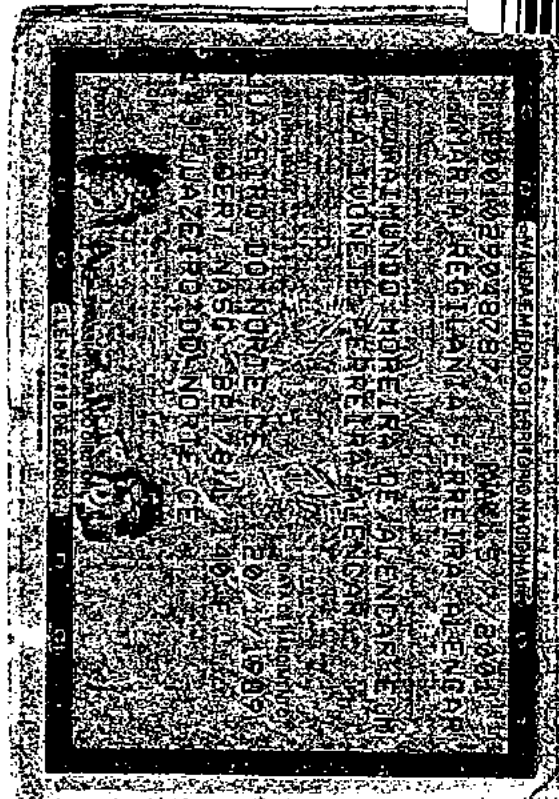
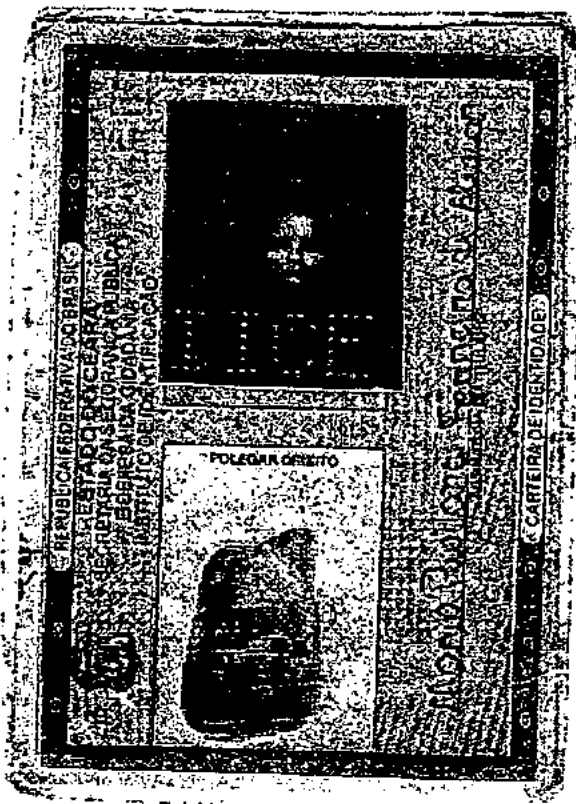
Documentos de identificação





VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

**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:**

