



Preço da invalidez

Tabela de indenização para invalidez permanente total ou parcial por acidente

RS 4.050,00 Perda total a visão de um olho	RS 2.700,00 Surdez total incurável de um ouvido
RS 9.450,00 Perda total da visão de um olho quando não tiver a outra vista	RS 5.400,00 Surdez total de ambos os ouvidos
RS 6.750,00 Mudez incurável	RS 3.375,00 Paralisia total de um dos ombros
RS 2.700,00 Fratura não consolidada do maxilar inferior	RS 4.050,00 Fratura não consolidada de um dos braços
RS 3.375,00 Paralisia total de um dos cotovelos	RS 9.450,00 Perda total do uso de um dos braços
RS 2.700,00 Paralisia total de um dos punhos	RS 2.700,00 Paralisia total de um quadril
RS 6.700 Fratura não consolidada do fêmur	RS 8.100,00 Perda total do uso de uma das mãos
RS 3.375,00 Fratura não consolidada de uma perna	RS 2.700,00 Fratura não consolidada da rótula
RS 9.450,00 Perda total do uso de uma perna	RS 2.700,00 Paralisia total de um joelho
Encurtamento de uma das pernas RS 2.025,00 - 5 centímetros ou mais RS 1.350,00 - 4 centímetros RS 810,00 - 3 centímetros * Menos de 3 centímetros - Sem indenização	RS 2.700,00 Paralisia total de um dos tornozelos
RS 1.350,00 Amputação do primeiro dedo	RS 2.700,00 Fratura não consolidada de um pé
RS 405,00 Amputação de qualquer outro dedo	RS 6.750,00 Perda total de um dos pés
RS 1.620,00 Médio	RS 3.375,00 Perda parcial de um dos pés (Perda de todos os dedos do pé e uma parte do mesmo pé)
RS 1.215,00 Anular	RS 2.025,00 Indicador
RS 1.620,00 Mínimo	RS 2.430,00 Polegar
RS 2.025,00 Falange distal	RS 3.375,00 Metacarpiano Polegar
RS 2.025,00 Falange média	RS 13.500,00 Perda total
RS 2.025,00 Falange próxima	■ Perda total da visão de ambos os olhos
RS 2.430,00 Polegar	■ Perda total do uso de ambos os braços
RS 3.375,00 Metacarpiano Polegar	■ Perda total do uso de ambas as pernas
	■ Perda total do uso de ambas as mãos
	■ Perda total do uso de um braço e uma perna
	■ Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés
	■ Perda total do uso de ambos os pés
	■ Alienação mental total incurável
	Valor máximo RS 13,5 mil



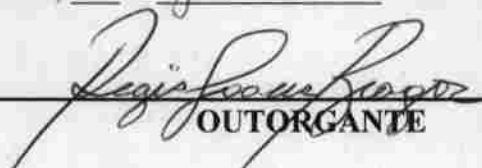
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	REGIS S0ARES BRAGA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA-CE
Estado Civil	CASADO	RG nº	60590883
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	233.450.043-72
Endereço	RUA EVARISTO DOS REIS N.309 BLOCO B AP.304		
CIDADE	FORTALEZA-CE	CEP-	60.000-000

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº.: 22.013 e **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº.: 24.156, ambos com endereço profissional para receber intimações na Rua Hilton Santos, nº 06, Bairro Varjota, Fortaleza/Ceará, CEP: 60175-250, Tel.: (85) 8831-8547/ (85) 9934-0518.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 03 de julho de 2012



OUTORGANTE



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	REGIS SOARES BRAGA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA-CE
Estado Civil	CASADO	RG nº	60590883
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	233.450.043-72
Endereço	RUA.EVARISTO DOS REIS N.309 BL.G AP.304		
CIDADE	FORTALEZA-CE	CEP-	60.000-000

● **DECLARO**, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 03 de julho de 2012-


DECLARANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÃO DO T. OFÍCIO FONE: 3201-1100
VALIDO SOMENTE C/ SELLO DE AUTENTICIDADE

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE CONFERE
COM O ORIGINAL DOU FE. DA VERDADE
EM TESTEMUNHO

28 DEZ 2011

Dei. CICELO MOZART MACHADO-7ª TABELAÇÃO
Dei. Mª SALMA ONOFRE MACHADO-TABELA SUBSTITUTA
MARIA DAS GRAÇAS SOARES-ESCREVENTE

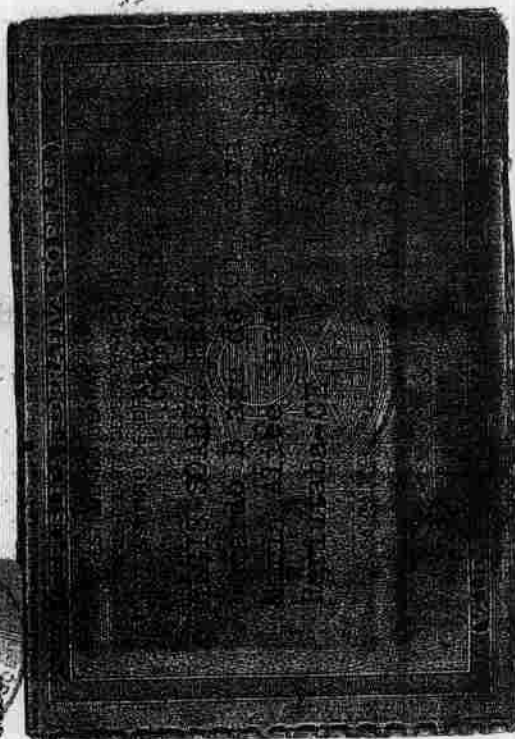


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÃO DO T. OFÍCIO FONE: 3201-1100
VALIDO SOMENTE C/ SELLO DE AUTENTICIDADE

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE CONFERE
COM O ORIGINAL DOU FE. DA VERDADE
EM TESTEMUNHO

28 DEZ 2011

Dei. CICELO MOZART MACHADO-7ª TABELAÇÃO
Dei. Mª SALMA ONOFRE MACHADO-TABELA SUBSTITUTA
MARIA DAS GRAÇAS SOARES-ESCREVENTE



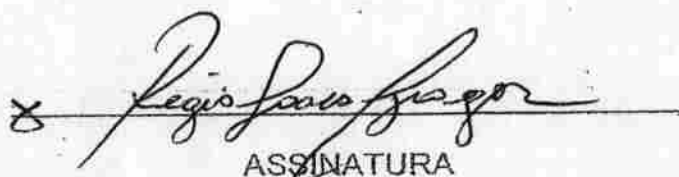


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU RÉGIS SOARES BRAGA, ABAIXO ASSINADO PORTADOR DO
RG: 60590883 E CPF: 233.450.043-72 VENHO POR MEIO
DESTADECLARAR QUE RESIDO NA R. EVARISTO DOS REIS Nº 309 BL. G AP. 304
COMPLEMENTO _____ BAIRRO SÃO JOÃO DO TAUAPÉ
CIDADE: FORTALEZA UF CEARA CEP: _____

DECLARO AINDA, E ME RESPONSABILIZO PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, QUE
POSSAM TRAZER PREJUÍZO PRESENTE E FUTURO PARA ESTA SEGURADORA.
POR SER EXPRESSÃO DA VERDADE, FIRMO A PRESENTE DECLARAÇÃO, PARA QUE
SURTAM SEUS EFEITOS LEGAIS.

CIDADE E DATA: FORTALEZA 20 DE ABRIL 2012


ASSINATURA

A presente cópia confere com o documento que me foi apresentado pela parte interessada. Dou fé.

Fontesaltre

10 JAN. 2011

FESTIVAL

DETRAN - GE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 9043203608

VIA - COO. RENAVAM - INTREG - EXERCÍCIO

DATA 01/05/2014 0000000000 2011

NOME

MAYARA PATRICIA ADENALDO FORTO

Válido somente com
selo de autenticação

FORTALEZA/CE

OPTIONAL	OCM9036
11115697000162	CHASSI
PLACA ANTIFURTO	5CZKD00550CR507072
***** / CE	

ESPECIE/IDF	COMBUSTIVEL
ANEXO 1	ANEXO 2
ANEXO 3	ANEXO 4
ANEXO 5	ANEXO 6
ANEXO 7	ANEXO 8
ANEXO 9	ANEXO 10
ANEXO 11	ANEXO 12
ANEXO 13	ANEXO 14
ANEXO 15	ANEXO 16
ANEXO 17	ANEXO 18
ANEXO 19	ANEXO 20
ANEXO 21	ANEXO 22
ANEXO 23	ANEXO 24
ANEXO 25	ANEXO 26
ANEXO 27	ANEXO 28
ANEXO 29	ANEXO 30
ANEXO 31	ANEXO 32
ANEXO 33	ANEXO 34
ANEXO 35	ANEXO 36
ANEXO 37	ANEXO 38
ANEXO 39	ANEXO 40
ANEXO 41	ANEXO 42
ANEXO 43	ANEXO 44
ANEXO 45	ANEXO 46
ANEXO 47	ANEXO 48
ANEXO 49	ANEXO 50
ANEXO 51	ANEXO 52
ANEXO 53	ANEXO 54
ANEXO 55	ANEXO 56
ANEXO 57	ANEXO 58
ANEXO 59	ANEXO 60
ANEXO 61	ANEXO 62
ANEXO 63	ANEXO 64
ANEXO 65	ANEXO 66
ANEXO 67	ANEXO 68
ANEXO 69	ANEXO 70
ANEXO 71	ANEXO 72
ANEXO 73	ANEXO 74
ANEXO 75	ANEXO 76
ANEXO 77	ANEXO 78
ANEXO 79	ANEXO 80
ANEXO 81	ANEXO 82
ANEXO 83	ANEXO 84
ANEXO 85	ANEXO 86
ANEXO 87	ANEXO 88
ANEXO 89	ANEXO 90
ANEXO 91	ANEXO 92
ANEXO 93	ANEXO 94
ANEXO 95	ANEXO 96
ANEXO 97	ANEXO 98
ANEXO 99	ANEXO 100

	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS
I	++ ++ +	++ ++ +	1° ++ ++ +
P	++ ++ +	++ / ++	2° ++ ++ +
V	++ ++ +	PARCELAMENTO/COTAS	3º ++ ++ +
P	++ ++ +	FINCA L.P.V.A.	++ ++ +
A	++ ++ +	++ ++ +	DATA DE PAGAMENTO
		PRENO TOTAL (R\$)	PREMIO TARIFARIO (R\$) IOE (R\$)

274.06 1.06 279.27 00.00/0000

FORTRAN 77
DATE 09/09/2011

A presente copia contém com
 o documento que me foi apresentado
 pela parte interessada. Dev. F.
 Fortaleza-CE.
 10 JAN. 2012
 SIVIANI MARQUES LIMA
 SERGIO AUGUSTO CROCE
 LEMO OHSU
 LITHON POUJOL

CE Nº 9043203608 BILHETE DE SEGURO DPVAT

Válido somente com
selo de autenticidade
FICHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 9043203608	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
	2011	26/09/2011
VIA Nº	CPF / CNPJ	PLACA
01	11115697000162	OCM9036
RENDAIM		IMP/RCN / MODELO

352144521	ANO FAB	2011	DATA ASE	09	Nº CHASSI	9C2KD0550CR507072	HONDA/NARLISO BROS ES
-----------	---------	------	----------	----	-----------	-------------------	-----------------------

PIS (R\$)	123.33	13.70	137.03
CUSTO DO BILHETE (R\$)		(OF R\$)	
	4.15	1.06	279.27
☒ COTA ÚNICA	PAGAMENTO		- DATA DE QUITAÇÃO
		☐ PARCELA	00/00/0000

Secured or Proprietario
LOTE/DOCA 34417/25, D. 14/10/14
MOTOR: KD05ESC507072



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 103 - 2937 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **25/04/2012 11:49:00**
Data / Hora da Ocorrência : **04/12/2011 13:50:00**
Endereço da Ocorrência: **R HERMINO BARROSO**
NI FORTALEZA /CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **REGIS SOARES BRAGA**
Nascimento : **12/05/1966**
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF: -
Filiação: **GERARDO BRAGA DE OLIVEIRA**
MARIA ALICE SOARES VIEIRA BRAGA
Endereço: **R EVARISTO DOS REIS 309 BL.G-AP.304**
SAO JOAO DO TAUAPE
FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **85556319**

3. DISTRITO POLICIAL
SSPDS
01-22/9/2230

Histórico

EM ADENDO AO B.O DE Nº 104-1320/2012 A VERDADEIRA DATA DO FATO FOI NO DIA
04/12/2012 AS 13:50 HORAS

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 106280-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

RX - 80

TRAUMATO DIURNO
102

REGISTRO Nº
11.161464

fls. 21



HDEBO-Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE
REGIS SOARES BRAGA
TELEFONE _____ SEXO 1 ☒ MASC. 3 ☐ FEM NATURALIDADE FORTALEZA
PAI _____ MÃE **MARIA ALICE SOARES VIEIRA BRAGA**
ENDEREÇO **RUA EMINIO BARROSO, - SAMU OCOR.** BAIRRO **SÃO JOÃO DO TAUAPE** CIDADE **FORTALEZA** U.F. **CE**
EMERGÊNCIA 1 ☐ ADULTO 2 ☐ PEDIÁTRIA 3 ☐ TRAUMATOLOGIA 12 ☐ OUTROS
MOTIVO DO ATENDIMENTO _____ DATA DO ATENDIMENTO **04/12/2011** HORA **16:09**

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES
1 ☐ RAIOS 2 ☐ ULTRASSOM 3 ☐ TOMOG COMP. 4 ☐ SANGUE 5 ☐ URINA 6 ☐ ECG ☐ OUTROS

HIPOTESE DIAGNÓSTICA *fratura de fêmur do membro superior direito*
fratura de fêmur do membro superior direito
fratura de fêmur do membro superior direito
CÓDIGO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

1ª HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS
- 303090700 -
fratura de fêmur
CÓDIGO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DATA _____ HORA _____

CÓDIGO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DATA _____ HORA _____

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

At fratura de fêmur
Dr. Sangel André R. Abreu
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CREMEC 6361

OBSERVAÇÃO (ATÉ 24 h) ☐

DATA E HORA DA ALTA: _____

PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

DATA E HORA DO ÓBITO: _____

DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA 2 ☐ IML 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Guia 11161464 registrada por ANTONYZY

Confirmação de registro

Dr. Sangel André R. Abreu
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CREMEC 6361
Mat. 18492

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

União Médica

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

PS A

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

REGIS SOARES BRAGA

6 - Nº PRONTUÁRIO

0195349

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

12/05/1966

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Alice Soares Vieira Braga

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Eriberto Reis N-309 São João Yauapá

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fátima

14 - COD. IBGE MUNIC

15 - UF

CE

16 - CEP

61601130600

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pts vitimados de acidente grave
b des, edema e dor de cabeça
agudos.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame ortopédico + raios-x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fract. humerus

21 - CID 10 PRINCIPAL

S82.6

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

31901131107

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☒

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

612174489367

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/12/2011

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Ortopedia / Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CDBR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DATA DO DOCUMENTO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Edmíl Stuardi
Auditora CREMEC 4349
CPF 121.194.823-49
SMS / Fortaleza

Gráf.HDEBO-SAME-AIH-005

1630927

HDEBO-Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

TRAUMATO DIURNO
102

REGISTRO Nº 15-23
11.16146

PACIENTE
REGIS SOARES BRAGA

TELEFONE

SEXO

1 ☒ MASC. 3 ☐ FEM. FORTALEZA

NATURALIDADE

DATA NASCIMENTO 12/05/1966 IDADE 45a DOCUMENTO Ignora

1 ☒ SOLTEIRO 2 ☐ CASADO 3 ☐ VIÚVO 4 ☐ OUTROS

PAI

MÃE MARIA ALICE SOARES VIEIRA BRAGA

ENDEREÇO RUA EMINIO BARROSO, - SAMU OCOR.

BAIRRO SÃO JOAO DO TAUAPE

CIDADE FORTALEZA

U.F. CE

EMERGÊNCIA 1 ☐ ADULTO

2 ☐ PEDIÁTRIA

3 ☐ TRAUMATOLOGIA

12 ☐ OUTROS

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO 04/12/2011

HORA 16:09

SADI - EXAMES COMPLEMENTARES

1 ☐ RAIO X 2 ☐ ULTRASON 3 ☐ TOMOG COMP. 4 ☐ SANGUE 5 ☐ URINA 6 ☐ ECG ☐ OUTROS

HIPOTESE DIAGNÓSTICA

fratura de fêmur no terço médio
fratura de tíbia no terço médio
fratura de fêmur no terço distal

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

TA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

- 3030 80700 -

fratura de fêmur

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

fratura de fêmur

Dr. Sangele André R. Abreu
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CREMEC 6361

OBSERVAÇÃO (ATE 24 h)

☐

DATA E HORA DA ALTA

PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO

☐

SIM

☐

NÃO

DATA E HORA DO ÓBITO

DESTINO DO CORPO

☐

ENTREGUE A FAMÍLIA

☐

IML

☐

ANATOMIA PATOLÓGICA

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Gua 11161464 registrada por ANTONYZY

Confirmação de atendimento

Mauro Cavalcanti
Chefe do Same
Mat. 18492



HOSPITAL PSA - DATA: 08/12/2011
NOME: REGIS SOARES BRAGA
CONVENIO: SUS
MEDICO: JOSE NEWTON MACEDO
ATEND.: 11004905 - PRONT.: 00145349



REGISTRO DE ATENDIMENTO

☐ URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
☐ AMBULATÓRIO
☒ INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia Mês Ano Hora
06 12 2011 15:27

☐ 1º Atendimento
☐ Retorno

Registro Nº 11004905
Prontuário Nº 00145349

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

PACIENTE
REGIS SOARES BRAGA
SEXO ☒ MASC ☐ FEM NATURALID./NACIONALID. RERIUTABA
ESTADO CIVIL Casado(a) ESCOLARIDADE CPF 233.450.043-72
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Iden 60590883
ENDEREÇO RUA EVARISTO REIS, 309 BAIRRO SAO JOAO DO TAUAERTELEZA MUNICIPIO TAUAERTELEZA
UF CE TELEFONE 87885322
PAI GERARDO BRAGA DE OLIVEIRA MÃE MARIA ALICE SOARES VIEIRA BRAGA
ACOMPANHANTE PARENTESCO 60.130-600 TELEFONE

ID CV

CONVENIO
SUS
SEGURO

INF. INT.

MÉDICO SOLICITANTE
JENER CASTELO BRANCO MOURAO
POSTO CLÍNICA ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
DIAGNÓSTICO S82.6
PROCEDIMENTO SOLICITADO 3101 3162
MÉDICO RESPONSÁVEL
JOSE NEWTON MACEDO
Nº DO LEITO 0561 REGISTRANTE FERNANDO
PERMANÊNCIA MÍNIMA

MÉDICO SOLICITANTE

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Paciente estável com boa Fratura com redução da tta cirúrgica.

IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES)

R1 AD TORNA 710 EL

MÉDICO RESPONSÁVEL

Feito Acúcia Cirúrgica
70 GATE AD TORNA 2000 EL

DADOS DA ALTA

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO

S82.3

MOTIVO DA ALTA

☒ MELHORADO ☐ TRATAMENTO ☐ A RELEVA ☐ A PEDIDO ☐ ÓBITO

0408050447

PROCEDIMENTO REALIZADO

31 013 167

DATA

10/12/11

HORA

x André de Almeida

2112

Dr. José Wagner
CRM 12340



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO : A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima:

REGIS SOARES BRAGA

Numero do sinistro

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente:	04/12/2011	Data do início do tratamento médico:	04/12/2012
Nome completo e CRM do médico:	CITARES R.D. MACEBO - 6984		
Lesões resultantes do acidente:	fratura do punho Esq.		
Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas):	20 cirurgia fratura do punho Esq. 01 fisioterapia osseu		
Existe algum defeito físico ou doença pré-existente?	☐ sim ☒ não		
Com relação a invalidez pode-se concluir que:			
☐ a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.			
☒ a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	de 6 a 10 de 1 a limitação punho Esq. = 40%
2º	
3º	
4º	
5º	

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima no período de _____ a 23/04/12 e que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

for eleger

LOCAL

23/04/2012

DATA

DR. CHARLES MACEBO
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM CE 9942 TEOT 7990

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

_____	_____	
LOCAL	DATA	

ASSINATURA DA VITÍMA



AÇÃO: DPVAT

CLIENTE: REGIS SOARES BRAGA

Nº DO SINISTRO: 2012 209213

VALOR RECEBIDO: 1.687,50

TELEFONE: 85556319