



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Priscila da Silva Moreira
 DATA DE NASC: 06/08/94 : PROFISSÃO: _____
 ESTADO CIVIL: Solteiro : NACIONALIDADE: Brasileira
 RG nº: 2007374299-0 : CPF nº: 059.437.743-91
 TELEFONE: _____
 RESIDENTE E DOMICILIADO: Rua 03 - Conj. Tercira etapa,
nº 20, Frei Damião
 CEP: 63.010-000

OUTORGADO:

DAVID NILSON GONDIM ALVES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o número 34.888 e no CPF sob o número 025.924.573-99, residente e domiciliado na cidade de Juazeiro do Norte-CE, com escritório profissional na Av. Castelo Branco nº 3902, 1º andar, Novo Juazeiro.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, intervir em qualquer feito como litisconsorte, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, levantar valores existentes em contas judiciais, PRECATÓRIOS, ALVARÁS, RPV, deduzindo e compensando créditos pessoais por despesas de verbas honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, agindo em conjunto ou separadamente, junto as Repartições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre o que for do interesse do outorgante.

Juazeiro do Norte-CE, 13 de Dezembro de 2019.

Priscila da Silva Moreira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

 Polegar Direito



Leomar da Silva Moreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007374299 - 0 DATA DE EMISSÃO 23/10/2009

NOME
LEOMAR DA SILVA MOREIRA

RELACÃO
MANOEL VICENTE FILHO
MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA

NATURALIDADE
JUAZEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO 06/08/1994

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PADRE CÍCERO TERMO: 31.464 FOLHA: 177
LIVRO: A-32 JUAZEIRO DO NORTE - CE

1 - VTA. ASSINATURA DO DETENTOR P.: 98

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
059.437.743-94

Nome
LEOMAR DA SILVA MOREIRA

Nascimento
06/08/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
871B.A5A5.959F.793B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:16:09 do dia 22/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Encl

GenG

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Reoman da Silva MoreiraRG nº 2003374299 data de expedição 23/10/09 Órgão SSP/CE

CPF nº 059.437.743-94 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 segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua 03, Conj. Terceira Etapa</u>
Número	<u>20</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Frei Damião</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.010-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE, 13 de Dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante: X Reoman da Silva Moreira

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Leomara da Silva Moreira
 _____, brasileiro(a), estado civil: Solteira, profissão: _____

portador de cédula de identidade de nº 2.003.374.249-0,
 e inscrito (a) no CPF sob o nº 059.437.743-94, residente e
 domiciliado(a) à Rua 03 - Conj. Tercina Etapa, nº

20,
 bairro Faz. Damiana, município de Juazeiro do Norte,
 UF CE, CEP 63.010-000, declaro que não posso suportar as
 despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu
 próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do
 benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no
 sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que
 estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada
 no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo presente.

Juazeiro do Norte - CE, aos 13 de Dezembro de 2017.

Leomara da Silva Moreira

 DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Impresso nº 2018294935

BOLETIM DE Ocorrência N° 488 - 14484 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/12/2018 15:34:58**
Data / Hora da Ocorrência: **02/09/2018 00:45:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CAPITÃO COIMBRA**
Complemento:
Bairro: **PIRAJÁ** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **BANCO DO BRASIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEOMAR DA SILVA MOREIRA**
Nascimento: **06/08/1994** CPF: **059.437.743-94**
RG: **20073742990** Orgão Emissor: **SSP/CE** UF:
Filiação: **MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA**
MANOEL VICENTE FILHO
Endereço: **RUA 03, 20**
Bairro: **FREI DAMIÃO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98809-8579**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYS7924** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JA04108R037778** Renavam: **958827290** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 KS** Ano Fabricação: **2008**
Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **Ma DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas em LEI, DISSE: QUE na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, supracitado, anexa cópia do CRLV, quando o cabo do acelerador da moto travou, de forma que não conseguiu frear, perdeu o controle do veículo e acabou colidindo com uma árvore; QUE A VÍTIMA NÃO É HABILITADA; QUE populares acionaram o SAMU, COPIA DA CERTIDÃO NARRATIVA ANEXA, e este compareceu no local do sinistro, levando a vítima para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI; QUE conforme O PRONTUÁRIO N° 165012 [CÓPIA ANEXA], a vítima foi diagnosticada com fratura de MMII A D; QUE no dia 02/09/2018 fora submetido a tratamento cirúrgico de fratura/ lesão fisaria dos pododactilos e debridamento de ulcera/ de tecidos desvitalizados; 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 foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora identificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. E nada mais havendo, deu-se por



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



Impresso nº 2018294935

BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 14484 / 2018

encerrado o presente Boletim de Ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Juliano Marcula de Almeida Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014139345086 BILHETE DE SEGURO DPVAT

65338626349

HYS7924/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014139345086

18594186116

VA	01	CH: DATA	04/06/2018	PLACA	HYS7924
RENAVAM	956837290	MARCA/ MODELO	HONDA/ ELIZ 125 KS	Nº CHASSI	9000A04108R03778
ANO FAB	2008	QUANT	1	PREMIO TARIFARIO	90,30
PREMIO	81,27	DATA INICIAIS	01/05	CUSTO DO SEGURO ANUAL	90,30
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,13	COF. R\$	0,70	TOTAL SEGURO/COBERTURA	1815,50
COTA UNICA	☒	PAGAMENTO	☐	DATA DE CANCELAMENTO	27/04/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.246.068/0001-04

04832

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Fatima Rodrigues da Silva,
 RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 653.386.263-49, com
 domicílio na cidade de Juazeiro do Norte no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: _____, nº _____,

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 Leomar da Silva Moreira, cujo o condutor era
Leomar da Silva Moreira

Veículo: Motorcycle
 Modelo: Honda Biz 125 KS
 Ano: 2008
 Placa: HVS 2924
 Chassi: 9C2JA0410BR037728
 Data do Acidente: 02/09/18
 Local e Data: Juazeiro do Norte-CE Data 13/12/18

X M^a de Fatima Rodrigues da Silva
 Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 (Sem reconhecimento de firma)

MOMODO 2ª Ofício

RECONHEÇO (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA**, CONFERIDO (____), DOU FE Juazeiro do Norte-Ceará, 13/12/2018.

Paulo de Tarso Gondim Machado
 Paulo de Tarso Gondim Machado

EM: 56/FE/17/56/02/17/13/FR/0.13/05/05/TT 4
 Del. Paulo de Tarso G. Machado Del. Cleora A. C. Machado Del. João G. Machado Del. Maria R. G. Machado

Maria Mariene Silva
 1º. Adv. 3512-1313
 2011-2012/3511-1918
 Rua São Francisco nº 116
 Juazeiro do Norte, CE

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos de Atendimento) ▾ CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Mais Consultas

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190232596 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEOMAR DA SILVA MOREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS FIDELI

BENEFICIÁRIO LEOMAR DA SILVA MOREIRA

CPF/CNPJ: 05943774394

Posição em 18-12-2019 10:03:02

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

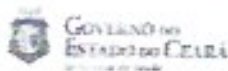
Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/05/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

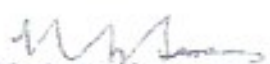
Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/05/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/kY9TvCsIxHheQztcYqzD?api_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yU1Z4j6V14EjYlBjBMMyK__5w=)
03/04/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/2BybT0MrtF47FpyOt5sWxt?api_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yU1Z4j6V14EjYlBjBMMyK__5w=)

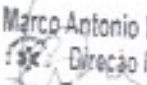


CERTIDÃO NARRATIVA

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** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **LEOMAR DA SILVA MOREIRA**, portador do RG n.º 2007374299-0, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 059.437.743-94, no dia 02/09/2018, às 00h47, no Município de Juazeiro do Norte/CE, na Rua Capitão Coimbra, Bairro Pirajá, próximo ao Banco do Brasil, vítima de acidente, queda de motocicleta, sendo removido para o **HRC – Hospital Regional do Cariri**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**

Eusébio, 1.º de novembro de 2018.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Marco Antonio Bezerra Rufim
Direção Médica Adm.
192 Base Juazeiro do Norte

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LOMAR DA SILVA MOREIRA Admissão: 02/09/2018 01:19
Pront.: 165012 Data Nasc.: 06/08/1994 Idade: 24 ano(s) 0 mes(es) e 27 dia(s) Tel.:
Mãe: MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA
Sexo: Masculino RG: 20073742990 Município: INDEFINIDO
CEP 63000-000 Bairro:
Endereço:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador EMANUEL CARDOSO MONTE Horário 02/09/2018 01:22
Queixa: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID. COM PROVÁVEL FRATURA
EXPOSTA
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: DOR INTENSA
to02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL CRM: 6 Nº: 445484 Horário 02/09/2018 01:42
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM
ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE TRAZIDO AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO
SAMU
A - VIAS ÁREAS PERVIAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.
B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO
DEPENDENTE.
C- HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.
D- GLASGLOW 15.
E- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR SUSPEITA DE FRATURA DE MMII A D.
SOLICITO AVALIAÇÃO COMUM COM ORTOPEDIA. REAVALIAR PELA CIRURGIA GERAL EM 6 HORAS.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	02/09/2018 01:44	Não	Pendente
RAIO-X TIBIA AP/P (OSSOS LONGOS) (020406008-7)	02/09/2018 01:44	Não	Pendente
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	02/09/2018 01:44	Não	Pendente

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 02/09/18 12:10

Paciente: LEOMAR DA SILVA MOREIRA
Prontuário: 185012
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ
1º Auxiliar:
Enfermeiro: GLAUBERLANDIA FEITOSA VIEIRA
Instrumentador:

Dt. Nascimento: 06/08/1994
Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 03G
Anestesiologia: MARCELO DE MENEZES FIGUEIREDO COUTO BEM
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050470	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	S
0415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	N

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050470	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	S
0415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	N

___ Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:
RAQUI

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 DDH SOB RAQUI ANESTESIA
ASSEPSIA ANTISEPSIA E CAMPOS ESTEREIS
VISUALIZADO FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTANCIA EM DORSO NO NIVEL DO 1 METATARSO. FERIMENTO PLANTAR DOS DOIS LADOS DO 3º DD

VARIOS FERIMENTOS PEQUENOS NO PE DIR
SEM SINAIS DE SD COMPARTIMENTAL
FEITO LMC EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO - 06L
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
SUTURA DE APROXIMAÇÃO

FEITO SUTURA DA UNHA DO 1 DEDO PARA CURATIVO BIOLÓGICO

NÃO FEITO FIXAÇÃO COM FIO K POIS NÃO HA MOTOR DISPONIVEL NESTE MOMENTO NO HRC E TAMBEM O UNICO ARCO C ESTA SENDO USADO EM OUTRA CIRURGIA DE URGENCIA

CURATIVOS

AO CRPA

PERFUSAO DISTAL PRESERVADA, COM LENTIFICAÇÃO NO 3 DEDO

PERDA DE SUBSTANCIA EM DORSO DO 1 DEDO COM EXPOSIÇÃO DO PARATENDAO EXTENSOR DESTE DEDO

Data

02/09/18

Assinatura Cirurgião | CREMEC

13375

PRESCRIÇÃO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL

CRM 13877

02/09/18 01:44

Prescrição	Horário:
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 FAMP + 100 ML AD / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	92:30
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE DOR	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H TAX >37,8 OU DOR	92:30
BROMOPRIDA 5MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 2 </BR>SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 35 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIETA ZERO - OUTRO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



Dr. Renan Almeida

Clínica Geral e Ultrassonografia

CREMEC 12076

Sua saúde em boas mãos.

fls. 28

ATESTADO MÉDICO

A vítima **LEOMAR DA SILVA MOREIRA**, 24 anos, sofreu acidente automobilístico em 02/09/2018 conforme boletim de ocorrência.

Apresentava, em decorrência do trauma, fratura da falange proximal do hálux direito e extensa lesão corto-contusa em pé direito.

A vítima foi submetida a tratamento com limpeza cirúrgica e sutura e posterior imobilização. Alta definitiva em Novembro/2018.

No momento do exame, apresenta imobilidade dos pododáctilos direitos e perda de tecido em dorso do pé direito.

Do exposto, concluímos que há déficit funcional moderado do pé direito.

Juazeiro do Norte, 25 de Janeiro de 2019.

DR. RENAN ALMEIDA

MÉDICO

CREMEC - 12076