
Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664341

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOYCE MESSIAS BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190664341 Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data do Acidente: 08/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOYCE MESSIAS BEZERRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664341

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOYCE MESSIAS BEZERRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOYCE MESSIAS BEZERRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000000997-0**

Conta: **0000034798-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664341

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOYCE MESSIAS BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664341

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOYCE MESSIAS BEZERRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 074 987.633-62 4 - Nome completo da vítima: Joyce Messias Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Joyce Messias Bezerra 6 - CPF: 074 987.633-62
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Rua: José Emílio Filho 9 - Número: 1143 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade 2000 12 - Cidade: Quatêls 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 63.700-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (28) 99459-8421

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
☐ OUTRO (237) ☐ NUBANK (244)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 997 CONTA: 34798 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (Mal nasser)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e ocarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Joyce Messias Bezerra Quatêls 22/11/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 074.987.633-62 4 - Nome completo da vítima: Joyce Messias Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Joyce Messias Bezerra 6 - CPF: 074.987.633-62
7 - Profissão: Reuso Informar 8 - Endereço: Rua: José Figueira Filho 9 - Número: 1148 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade 2000 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: Paraná 14 - CEP: 63.700-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (41) 99459-8421

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 997 CONTA: 34798 1

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Joyce Messias Bezerra

Curitiba 22/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190664341
Nome do(a) Examinado(a): Joyce Messias Bezerra
Endereço do(a) Examinado(a): Ru Jose Freire Filho, 1148
Cidade 2000 Crateus CE CEP: 63705-766
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20079638940
Data local do acidente: [08/07/2019]
Data local do exame: [06/01/2020] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM
Data da Alta: 19/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MEMBRO COM FORÇA MUSCULAR GRAU IV, BLOQUEIO LEVE DOS MOVIMENTOS ASSOCIADO A ALTERAÇÃO DISCRETA DA MARCHA E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL DO MEMBRO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS, DO TROFISMO E DA MARCHA.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 | () "Sem seqüela 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 - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 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 | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA JOYCE MESSIAS BEZERRA

INQUÉRITO Nº 445 - 350 / 2019

Aos 16 dia(s) do mês de Setembro de 2019, nesta cidade de Crateus, Estado do Ceará, onde pela(s) 12:59 hora(s), presente achava-se **RENE GOMES MESQUITA**, Delegado(a), comigo **KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JOYCE MESSIAS BEZERRA**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), 1o. grau completo, filho (a) de **GONÇALO BEZERRA NETO** e **ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA**, nascido(a) em 04/10/1996, CPF: 074.987.633-62, residente à Rua José Freire Filho, 1148, Cidade 2000 - Crateus/CE. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, A vítima JOYCE MESSIAS BEZERRA relata que no dia dos fatos estava acompanhada da pessoa de AYLANNA GOMES DA SILVA, em uma festa na Praça da Igreja Matriz e de lá se dirigiram até a conveniência **BR MANIA** para lanche. Foram ao banheiro e adentraram a conveniência, mas como não tinha o lanche que elas queriam resolveram sair e foram para o Posto Sollo, mas lá demoraram pouco tempo, e seguiram para suas residências. Ao ser indagada se conhece as pessoas de HANNAY e IAGO, respondeu **“não, nunca vi eles”**; Ao ser questionada se possui lembranças do acidente, respondeu **“não, eu só lembro de subir na moto, abotoar o capacete e depois um clarão e pronto. Eu só tenho lembranças de quarta-feira pra frente. O acidente foi do domingo para a segunda, mas devido ao estado que eu fiquei eles (hospital) me deram calmantes e eu não me lembro de muita coisa, só tenho lembrança de quarta-feira (10-07-2019) pra frente.”**; Ao ser indagada se tem conhecimento de quem acionou o socorro, respondeu **“não, ninguém me disse nada”**; Ao ser questionada se chegou a ver as pessoas de HANNAY e IAGO no BR MANIA, respondeu **“não, por que eu não conhecia eles, nós já estávamos saindo do BR MANIA quando nos vimos um rapaz dando um cavalo de pau em um carro branco, mas não sei dizer quem é, por que nós já estávamos saindo.”**; Ao ser indagada dos danos que sofreu, respondeu **“eu trabalho como diarista, e estou impossibilitada de trabalhar por que quebrei o fêmur, estou fazendo fisioterapia pelo SUS, duas vezes na semana e todos os meses eu já soube que tenho que pegar a fila novamente pra poder marcar e corre o**

Joyce



INQUÉRITO Nº 445 - 350 / 2019

risco de eu ficar sem fazer, por que tem outras pessoas e eu já soube que tem que chegar de madrugada pra conseguir a senha, tem horas que não me lembro das coisas, como por exemplo de quem me visita.¿; Ao ser indagada se alguém lhe procurou para lhe ajudar nas despesas médicas, respondeu ¿um tio de um deles procurou minha cunhada e disse que ia pagar tudo, mas nem sei é tio mesmo, essa foi a identificação que ele deu pra ela, o nome dele eu não sei. Quando eu tive alta dia 19-07-2019, essa pessoa pegou minha receita com minha cunhada e mandou alguns medicamentos (1 caixa de levofloxacina e 1 caixa de oxotron) genéricos, e tinha umas injeções, que eram 1 por dia durante 7 dias, mas ele só deu duas. Fraudas (5 pacotes com 30 unidades), óleo de girassol, álcool gel ele deu uma vez, mas os outros curativos ele não deu e nunca mais mandou nada. Minha mãe fez um bingo para poder me ajudar nas despesas¿. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : _____

DECLARANTE : *Joyce* _____

ESCRIVÃ(O) : _____



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI
13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CRATEÚS
BR 226, Km 3, Bairro dos Venâncios - CEP: 63.700-000 - telefone (88) 3692-3504 / 3692-3308
E-mail: drcrateus@policiacivil.ce.gov.br



RELATÓRIO FINAL

Inquérito Policial nº 445-350/2019

Indiciados: HANNAY SOARES DE VASCONCELOS, ANTONIO IAGO
COUTINHO RUFINO MELO, DANILTON BEZERRA FERREIRA, JEFERSON
RENNAN OLIVEIRA BARBOSA e EDSON FAGNER CHAGAS MARTINS

Vítimas: AYLANA GOMES DA SILVA, JOYCE MESSIAS BEZERRA e o ESTADO

Infrações penais: art. 303, §§ 1º e 2º, art. 305 e art. 308, todos do CTB; art. 135, art. 339
e art. 342, todos do CP.

M.M(a). Juiz(a),

Trata-se de Inquérito Policial nº 445-350/2019, instaurado por meio de Portaria, visando apurar a materialidade, autoria e circunstâncias em que ocorreu um acidente de trânsito entre um automóvel e uma motoneta, no qual duas pessoas restaram gravemente lesionadas. O procedimento foi realizado com esteio no art. 5º, LXI da Constituição da República e art. 5º e ss. do Código de Processo Penal, e os fatos aconteceram como passaremos a expor.

DOS FATOS APURADOS

Narra os fatos que no dia 08/07/2019, por volta das 03h30min, policiais militares foram acionados via COPOM que havia acontecido um acidente de trânsito no cruzamento das ruas Dr. Moura Fé com Dr. Moreira da Rocha.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI
13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CRATEÚS
BR 226, Km 3, Bairro dos Venâncios - CEP: 63.700-000 - telefone (88) 3692-3504 / 3692-3308
E-mail: dratmas@policiacivil.ce.gov.br



Os policiais então diligenciaram até o local e ao chegarem foram informados de que um automóvel FIAT ARGO, placas POX 6239, teria avançado a preferencial e colhido o motociclo HONDA POP, placa PNK 7843. Foram encontradas no local as vítimas, identificadas como, AYLANA GOMES DA SILVA e JOYCE MESSIAS BEZERRA, as quais apresentavam fraturas expostas nas pernas, sendo socorridas por populares. O condutor do carro havia se evadido sem prestar socorro.

Ainda no local, um popular informou que havia dois homens no veículo, sendo que um deles pegou uma motocicleta e tomou rumo ignorado e o segundo, entrou em um dos apartamentos próximo, indicando em qual ele havia adentrado.

A composição policial se dirigiu até o domicílio indicado e foram recebidos pela proprietária do imóvel, que de início informou não haver ninguém no apartamento indicado. Porém os militares observaram quando uma pessoa abriu uma janela (venezianas) e fechou logo em seguida. Diante disso, a dona da habitação permitiu que os policiais militares adentrassem na vivenda.

Ao adentrarem encontraram a pessoa de HANNAY SOARES DE VASCONCELOS deitado em uma rede, aparentando estar dormindo e negando todos os fatos. No entanto, ao ser informado que um popular havia lhe visto entrando no apartamento após o acidente, afirmou que "*assumiria toda a bronca*" e não iria informar quem estava em sua companhia.

HANNAY SOARES DE VASCONCELOS declarou à composição policial que havia acionado o Corpo de Bombeiros e em seguida se dirigiu ao apartamento para solicitar socorro.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI
13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CRATEÚS
BR 226, Km 3, Bairro dos Ventúncios - CEP: 63.700-000 - telefone (88) 3692-3504 / 3692-3308
E-mail: decrateus@policiacivil.ce.gov.br



Informações preliminares indicaram que a dona do apartamento em que o infrator se encontrava seria a mãe da locatária do automóvel FIAT ARGO, placas POX 6239, o qual estava na posse de HANNAY SOARES DE VASCONCELOS.

Diante aos fatos narrados, realizou-se a condução de HANNAY SOARES DE VASCONCELOS para esta delegacia de Polícia Civil com o fito de prestar maiores esclarecimentos sobre os fatos.

HANNAY SOARES DE VASCONCELOS, em seu primeiro depoimento prestado nesta delegacia logo após o fato, afirmou que estava na companhia de seu primo "IAGO SOARES" (ANTONIO IAGO COUTINHO RUFINO MELO) e vinham do Posto de Combustível Beira Rio, mas precisamente da loja de conveniência BR MANIA, pois haviam saído de uma festa que acontecia em praça pública nesta cidade e queriam continuar a noite.

Declarou que no decorrer da festa bebeu aproximadamente 03 (três) garrafas de bebida alcoólica tipo uísque, porém não soube dizer se ANTONIO IAGO COUTINHO também havia feito uso de bebida alcoólica, pois estavam em mesas diferentes. Após o término da festa, em comum acordo com seu primo, decidiram ir para a Conveniência BR MANIA. Neste momento quem guiava o veículo era ANTONIO IAGO COUTINHO.

Ao chegarem à loja de conveniência, desceram do veículo, mas não ficaram por muito tempo e decidiram ir para o Posto de Combustível SOLLO, tendo o depoente assumido a direção do veículo e apanhado mais um ocupante, cujo nome não se recorda. Contudo, no percurso de um estabelecimento para outro, passaram na casa de um amigo de ANTONIO IAGO COUTINHO, o qual não sabe precisar o



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI
13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CRATEÚS
BR 226, Km 3, Bairro dos Venâncios - CEP: 63.700-000 - telefone (88) 3692-3904 / 3692-3308
E-mail: drcrateus@policiacivil.ce.gov.br



nome, sendo que neste momento entregou a direção do carro para seu primo, pois estava sonolento devido à quantidade de bebida alcoólica ingerida.

Informou ainda que ANTONIO IAGO COUTINHO dirigia rápido para que pudesse pegar o sinal de trânsito verde. Com isso, ao chegar ao cruzamento das ruas Dr. Moura Fé com Dr. Moreira da Rocha, realizou uma conversão à esquerda, invadindo a preferencial e colhendo duas mulheres que estavam num motociclo HONDA POP, placa PNK 7843, as quais foram lançadas ao solo.

Afirma que ficou bastante abalado, mas presenciou o momento em que ANTONIO IAGO COUTINHO tentou se evadir no veículo atropelador, não logrando êxito, pois o carro não ligou. Logo em seguida se formou um aglomerado de pessoas e não viu mais ANTONIO IAGO COUTINHO. Minutos depois chegou ao local à mãe de um amigo seu que lhe ofereceu um chá e o levou para o seu apartamento. Declarou ter reconhecido como um dos populares a pessoa de "FAGNER".

Em seguida, chegou à composição policial, ficando temeroso em um primeiro instante e não dizendo quem seria o condutor do veículo no momento da colisão, mas em segundo momento achou por bem indicar, para não incorrer no crime de falso testemunho e tampouco responder por algo que não tivesse provocado.

Ressalte que, no âmbito da delegacia de polícia civil, a autoridade policial solicitou que HANNAY SOARES DE VASCONCELOS desbloqueasse seu aparelho celular para confirmar se ele teria acionado o socorro, tendo este se negado, como também a realizar o teste do bafômetro.



AUTO DE APRESENTAÇÃO E APREENSÃO

INQUÉRITO Nº 445 - 350 / 2019

Aos 8 dia(s) do mês de julho de 2019, nesta cidade de Crateus, Estado do Ceará, onde pela(s) 09:13 hora(s) presente se achava **GEORGIO MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a), comigo **JOSCIANE RODRIGUES CHAVES**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu: **PAULA IRISLENE RODRIGUES BERNARDINO**, nacionalidade Brasil, casado (a), superior completo, sd/pmce, filho(a) de **MANOEL GENESIO BERNARDINO** e **MARIA DOS PRAZERES RODRIGUES BERNARDINO**, nascido(a) em 25/06/1990, natural de Crateus/CE, CPF: 035.903.713-58, RG: 30525310 PM/CE, residente à Rua Lopes Vieira, 552, Venancios - Crateus/CE, telefone (88) 9934-2318 e apresentou:

MOTOCICLETA - PLACA: PNK7843 UF: CE MARCA/MOD: HONDA/POP 110I COR: BRANCA Qtde: 1 UN

AUTOMÓVEL - PLACA: POX6239 UF: CE MARCA/MOD: FIAT/ARGO DRIVE 1.0 COR: BRANCA Observação: COM A CHAVE Qtde: 1 UN

tendo a mesma autoridade declarado apreendido, por se achar vinculado a um fato delituoso objeto de apuração através de procedimento policial. Nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar este auto que, depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado. Eu, **JOSCIANE RODRIGUES CHAVES**, Escrivã(o) que o digitei e assino.

DELEGADO(A):

APRESENTADOR(A):

ESCRIVÃ(O):



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS
GUARDA CIVIL MUNICIPAL
DEPT - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 - NÚMERO
430/19
02 - FOLHA
01

591910

DADOS DO ACIDENTE

CONDUTOR Nº

CONDUTOR Nº

EÍCULO Nº

03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA AVENIDA EDILBERTO FROTA Nº 1065		04 - MUNICÍPIO CRATEÚS		05 - UF CE	
06 - PRÓXIMO, CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.		07 - HORA DA OCORRÊNCIA 03:30	08 - ZONA RURAL URBANA ☐ RURAL ☒ URBANA	09 - DATA 10/07/19	10 - DIA DA SEMANA SEXTA-FEIRA
11 - CLASSIFICAÇÃO SEM VÍTIMA ☐ 1 COM VÍTIMA ☒ 3		13 - NATUREZA DO ACIDENTE ABALROAMENTO ☐ 1 ATROPELAMENTO ☐ 1 COLISÃO ☒ 3 TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5 CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7 OUTRA (Especificar) ☐ 9		14 - TIPO DE PAVIMENTO ASFALTO ☒ 1 CONCRETO ☐ 3 PARALELEPÍPEDO ☐ 5 CASCALHO ☐ 7 TERRA ☐ 9 AREIA ☐ 2	
12 - Nº DE VÍTIMAS MORTOS ☐ FERIDOS 10/21		15 - CONDIÇÕES DA VIA SECA ☒ 1 MOLHADA ☐ 3 OLEOSA ☐ 5 ENLAMEADA ☐ 7 DANIFICADA ☐ 9 EM OBRAS ☐ 2		16 - CONDIÇÕES DA VIA BOM ☒ 1 CHUVA ☐ 3 NEBLINA ☐ 5 GAROA ☐ 7	
17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade) Automóvel ou Camionete ☒ 2 3 TAXI ☐ 1 2 3 CAMINHÃO ☐ 1 2 3 ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS ☐ 1 2 3 MOTOCICLETA OU MOTONETA ☒ 2 3 CICLOMOTOR ☐ 1 2 3		18 - CONTROLE DO TRÁFEGO DAS RODOVIAS CURVA FECHADA ☐ 1 CURVA EM RAMPA ☐ 3 TANGENTE EM NÍVEL ☒ 2 TANGENTE EM LOMBADA ☐ 2 CURVA EM NÍVEL ☐ 5 OUTRO (especificar) ☐ 4 PISTA ESTREITA ☐ 7		19 - NOME AILANA GOMES DA SILVA	
20 - SEXO ☒ M ☐ F		21 - NASCIMENTO 29/04/13		22 - ENDEREÇO RUA JOSÉ FREIRE FILHO S/Nº	
23 - 1ª HABILITAÇÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9		24 - CATEGORIA AB		25 - PRONTUÁRIO Nº 0696057274	
26 - UF CE		27 - EX MÉDICO EM DIA ☐ SIM ☐ NÃO		28 - USAVA CINTO ☐ SIM ☐ NÃO	
29 - USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO		30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3 ENCAMINHADO P/EXAME ☐ 5 ☒ 7		31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECER NO LOCAL ☒ 1 ☐ 3 ATENDEU A VÍTIMA ☐ 5 ☐ 7 EVADIU-SE ☐ 9 ☒ 2	
32 - AÇÃO DO CONDUTOR FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐ 11 DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐ 13 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA ☐ 15 EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19		33 - NOME HANNAY SOARES DE VASCONCELOS		34 - SEXO ☒ M ☐ F	
35 - ENDEREÇO		36 - NASCIMENTO 06/01/1972		37 - 1ª HABILITAÇÃO 12/13/14	
38 - CATEGORIA AB		39 - PRONTUÁRIO Nº 0696057274		40 - UF CE	
41 - EX MÉDICO EM DIA ☐ SIM ☐ NÃO		42 - USAVA CINTO ☐ SIM ☐ NÃO		43 - USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO	
44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3 ENCAMINHADO P/EXAME ☒ 5 ☐ 7		45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECER NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3 ATENDEU A VÍTIMA ☐ 5 ☒ 7 EVADIU-SE ☒ 9 ☐ 2		46 - AÇÃO DO CONDUTOR NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ 11 CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ 13 MUDANÇA SUBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐ 15 LUZ ALTA ☐ 17 OUTRA AVANÇOU 4 ☒ 19 (especificar) PARADA OBRIGATORIA	
47 - MARCA HONDA / POP 110		48 - ESPÉCIE MOTOCICLETA		49 - PLACA PVK 7843	
50 - MUNICÍPIO CRATEÚS		51 - UF CE		52 - NOME DO PROPRIETÁRIO	
53 - ENDEREÇO		54 - BILHETE		55 - DATA DE EMISSÃO	
56 - SEGURADORA		57 - FREIO		58 - PNEU	
59 - OUTRO		60 - IMPADOR DE SETA		61 - OUTRO	

VEÍCULO Nº 02	58 - MARCA FIAT/ARGO	59 - ESPÉCIE AUTOMÓVEL	60 - PLACA PDX 6239	61 - MUNICÍPIO CRATEUS	62 - UF CE
	63 - NOME DO PROPRIETÁRIO LUÍZ EVANILDO S. LIMA		64 - ENDEREÇO		
65 - SEGURADORA			66 - BILHETE	67 - DATA DE EMISSÃO	
68 - DEFEITO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (especificar) ☐ 5					

VÍTIMA Nº 01	69 - NOME AILANA GOMES DA SILVA	70 - SEXO ☐ M ☒ F	71 - NASCIMENTO 12/04/03
	72 - ENDEREÇO R. JOSÉ FREIRE FILHO S/N	73 - FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☒ 3 FATAIS ☐ 5	74 - VIAJAVAM NO VEÍCULO Nº 01
75 - USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 2		76 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	
77 - CONDUZIDA PARA HOSPITAL SÃO LUCAS			

VÍTIMA Nº 02	78 - NOME JOICE MESSIAS BEZERRA	79 - SEXO ☐ M ☒ F	80 - NASCIMENTO 10/11/09
	81 - ENDEREÇO R. JOSÉ FREIRE FILHOS Nº 1148	82 - FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☒ 3 FATAIS ☐ 5	83 - VIAJAVAM NO VEÍCULO Nº 01
84 - USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3		85 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG. ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	
86 - CONDUZIDA PARA			

PEDESTRE	87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS	88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS	89 - OUTRA
	2 FAIXAS DE ROLAMENTO ☐ 1 4 FAIXAS DE ROLAMENTO ☐ 3 CRUZ OU ENTRONC. DE CE COM BR ☐	POR TRÁS DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 1 COM AUSÊNCIA DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 3	CAMINHANDO AO LONGO DA CE ☐ 1 BRINCANDO NA CE ☐ 3 TRABALHANDO NA CE ☐ 5

TESTEMUNHAS	90 - NOME	91 - SEXO ☐ M ☐ F	92 - NASCIMENTO
	93 - ENDEREÇO	94 - IDENTIDADE Nº	95 - ORGÃO EMISSOR
	97 - NOME	98 - SEXO ☐ M ☐ F	99 - NASCIMENTO
	100 - ENDEREÇO	101 - IDENTIDADE Nº	102 - ORGÃO EMISSOR
			103 - UF

INFORMAÇÕES ADICIONAIS	104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE VEICULO NUMERO 01 TRAN- SITAVA PELA AVENIDA EDILBERTO FROTA SENTIDO BAIRRO - CENTRO QUANDO PROXIMO AO Nº 1065 VEIO A COLIDIR COM O VEICULO 02 QUE AVANÇOU A PARADA OBRIGATORIA.	

RESPONSÁVEL	108 - NOME MOSVÉ DOMINGOS DA COSTA	109 - FUNÇÃO AGENTE DE TRÂNSITO
	110 - ASSINATURA <i>Mosvé Domingos da Costa</i>	111 - DATA 10/11/19
112 - HORÁRIO DE AÇÃO	113 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL	114 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 074 987.633-62 4 - Nome completo da vítima: Joyce Messias Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Joyce Messias Bezerra 6 - CPF: 074 987.633-62
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Rua: José Emílio Filho 9 - Número: 1143 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade 2000 12 - Cidade: Quatêls 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 63.700-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (28) 99459-8421

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
☐ OUTRO (237) ☐ NUBANK (244)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 997 CONTA: 34798 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (Mal nasser)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e ocarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Joyce Messias Bezerra Quatêls 22/11/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOYCE MESSIAS BEZERRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000034798-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1012201905000000000023700997000000034798236250 PAGO

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 031839314

Rota CT004U02 - 139000 Referência 11/2019
 Nome ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA
 Endereço RU JOSE FREIRE FILHO, 01148, CIDADE 2000,
 63700-000, CRATEUS
 Classificação Resid. Baixa Renda
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
 Ligação MonoFásico
 Emissão 08/11/2019
 Medidor 2652406 - FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

2652406-006 F25426-442024991

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual P.F.: 20 dias Próxima prevista
 07/10/2019 08/11/2019 09/12/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	16.500	16.446	1.00	134	00	134	0,31266	42,00

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	14,61
PIS COMPL BX RENDA	-	0,03
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,10
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-27,02
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	27,02
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,17700	5,31
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,30357	21,25
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,45500	15,47
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,03067	0,92
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,02800	0,84
PARCELAMENTO NORMAL 2/2	-	60,25

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	70,81	0,04	0,03
COFINS	70,81	0,30	0,22

CONSUMO CONSCIENTE	18/11/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	118,78
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		CPF/CNPJ	003.136.913-80
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (NCCO)	0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/10 Valor R\$152,94). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000002612579.

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 08/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 08/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Nº do Cliente: 2612579 Referência: 11/2019 V:[1.0.0.5]
 Data de Emissão: 08/11/2019 Total a Pagar (R\$): 118,78
 Nº da Nota Fiscal: 031839314 Nº de Controle: 200009270020

83850000001 6 18780031200 9 00927002007 5 00002612579 0



83850000001 6 18780031200 9 00927002007 5 00002612579 0



CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 02/08/2019 15:56

Página 1

v2019002

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 065509 Atendimento 0018 Nome do Paciente JOYCE MESSIAS BEZERRA

Documento(s) Identidade 20079638940

Data de Nascimento 04/10/1996 Local CRATEUS/CE

Pai GONCALO BEZERRA NETO

Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148

Profissão DO LAR Empresa

Responsável ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUS

CPF do Responsável Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148

CNS 706507304342993 Guia de Autorização

Estado Civil Outro Sexo Feminino

Idade 22 Ano(s)

Mãe ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

Bairro CIDADE 2000 CEP 63705-425 Município CRATEUS

UF CE Telefone 88 92688322

Cônjuge VLADIMYR DE OLIVEIRA ALVES

Município CRATEUS UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/08/2019 Hora 12:45 Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula

CID

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA

Observação

Sala Data/Hora Liberação 02/08/2019 15:56

Tipo de Saída Alta clínica

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		37,2	107	20	120 X 90	97	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 02/08/2019 12:41

Responsável pela Classificação: ANTONIO WELIGTON DA

Relatório:

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR DIREITO, VEIO PARA RETORNO COM TRAUMATOLOGISTA, NEGA LAERGIA MEDICAMENTOSA

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

02/08/2019 15:56:18h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

REVISÃO PÓS OPERATORIA FRATURA DO FEMUR D

RX DO FEMUR EM AP E P

RETIRAR PONTOS

Dr. Jamil S. Jorqueira

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIO MARCOS GOMES D



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2019002

DADOS DO PACIENTE

Nome JOYCE MESSIAS BEZERRA				Prontuário/Atendimento 065509/0015	
Nascimento 04/10/1996		Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil	
Idade 22 Ano(s)		Sexo Feminino		Religião NÃO DETERMINADA	
Raça/Cor Parda		Etnia		Estado Civil Outro	
Documento(s) Identidade: 20079638940				CNS 70.6507.304.3429-93	
Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO		Nº 1148		Bairro CIDADE 2000	
Município CRATEUS-CE		CEP 63700-000		Empresa	
Fone (88) 9268-8322		Profissão DO LAR		Fone Empresa	
Responsável ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUSA		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável		Cônjuge VLADIMYR DE OLIVEIRA ALVES		Mãe ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA	
Pai GONCALO BEZERRA NETO					

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 08/07/2019 10:07		Quarto/Leito 009-0003		Aposento ENFERMARIA	
Clínica CIRURGICA		Setor CLINICA CIRURGICA		Dias 0	
Convênio SUS		Matrícula		Guia CRM 6945	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CID Principal S72.3 Fratura da diáfise do fêmur		CID Complementar S72.3 Fratura da diáfise do fêmur	
Observação					
Usuário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA MENEZES		Procedimento SUS		Sis prenatal	
Data Saída		Hora		Usuário Saída	
Condição da Saída					

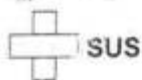
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 8 de julho de 2019.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA MENEZES

Claine Messias da Silva
Assinatura do responsável



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2019002

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOYCE MESSIAS BEZERRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

65509

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.6507.304.3429-93

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/10/1996

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☒

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9268-8322

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUSA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148, CIDADE 2000

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

17 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO

2304103

18 - UF

CE

19 - CEP

63700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM TRAUMA EM MID APRESENTANDO ALGIA EDEMA, LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEFORMIDADES.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

RISCO DE COMPLICAÇÃO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S72.3 Fratura da diáfise do fêmur

24 - CID 10 PRINCIPAL

S723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S723

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050519

29 - CLÍNICA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

209573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES RODRIGUES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/07/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - CÓDIGO ÓRGÃO EMISSOR

Dr. Gilvan Melo Marques
Médico Auditor CRM/CE 1078
Secretaria Municipal de Saúde de Crateus
Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



S. CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 08/07/2019 08:01

Página 1
v2019002

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 065509	Atendimento 0013	Nome do Paciente JOYCE MESSIAS BEZERRA	CNS 706507304342993	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20079638940	Local CRATEUS/CE	Estado Civil Outro	Sexo Feminino	
Data de Nascimento 04/10/1996	Idade 22 Ano(s)	Mãe ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA		
Pai GONCALO BEZERRA NETO	Bairro CIDADE 2000	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148	CPF do Responsável ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUS	Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148	Município CRATEUS	UF CE
Profissão DO LAR	Empresa	Cônjuge VLADIMYR DE OLIVEIRA ALVES		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 08/07/2019	Hora 04:10	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO	CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 08/07/2019 08:01	Tipo de Saída Permanência		

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
				96	22	140 X 90	95	

Classificação de Risco	Classificação de Risco: AMARELO	Data e Hora: 08/07/2019 04:03
Responsável pela Classificação:	SAARA BARBOSA FERRE	
Relatório:	paciente deu entrada na urgencia trazida pelo corpo de bombeiros, vítima de acidente de mot (SIC), apresentando dor em MID com lesão em joelho e lesão cortante em pé E	

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

08/07/2019 04:18:03h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482
 PACIENTE TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS VITIMA DE COLISÃO CARRO MOTO
 A: OK
 B: MVU SEM R/A SATO2 95%
 C: ABD INOCENTE PA 140X90 FC 96 BP,
 D: GLASGOW 15 NEGA DESMAIOS OU VOMITOS
 E: LACERAÇÃO EM PÉ E
 DEFORMIDADE(FRATURA ? EM FEMUR DIREITO) E FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

08/07/2019 08:01:17h Responsável: JAMIL S. JORQUEIRA CRM-CE 6945
 PACIENTE COM TRAUMA EM MID APRESENTANDO ALGIA EDEMA, LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEFORMIDADES.
 FRATURA DIAFIASARIA FEMUR DIREITO
 INTERNAMENTO

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Chaire Messias da Silva
 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: ANTONIO MARCOS GOMES D



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 065509	Atendimento 0013	Nome do Paciente JOYCE MESSIAS BEZERRA	CNS 706507304342993	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20079638940			Estado Civil Outro	Sexo Feminino
Data de Nascimento 04/10/1996	Local CRATEUS/CE	Idade 22 Ano(s)		
Pai GONCALO BEZERRA NETO		Mãe ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA		
Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148	Bairro CIDADE 2000	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão DO LAR	Empresa	Cônjugue VLADIMYR DE OLIVEIRA ALVES		
Responsável ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUS	CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 08/07/2019	Hora 04:10	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO		CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente		Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			96	22	140 X 90	95	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 08/07/2019 04:03

Responsável pela Classificação: SAARA BARBOSA FERRE

Relatório:

paciente deu entrada na urgencia trazida pelo corpo de bombeiros, vítima de acidente de mot (SIC), apresentando dor em MID com lesão em joelho e lesão cortante em pé E

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

08/07/2019 04:18:03h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS VITIMA DE COLISÃO CARRO MOTO

A: OK

B: MVU SEM R/A SATO2 95%

C: ABD INOCENTE PA 140X90 FC 96 BP,

D: GLASGOW 15 NEGA DESMAIOS OU VOMITOS

E: LACERAÇÃO EM PÉ E

DEFORMIDADE(FRATURA ? EM FEMUR DIREITO) E FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

Prescrição: 0001 Data: 08/07/2019 Hora: 04:18 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição

Dosagem Via

Frequência Aprazamento

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA	ATENÇÃO.
RX QUADRIL AP	
RX CERVICAL LATERAL	
RX TORAX AP	
RX JOELHO DIREITO	
RX PE E	
RX COXA D	



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 08/07/2019 04:22

Página 2

v2019002

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 065509	Atendimento 0013	Nome do Paciente JOYCE MESSIAS BEZERRA	CNS 706507304342993	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20079638940			Estado Civil Outro	Sexo Feminino
Data de Nascimento 04/10/1996	Local CRATEUS/CE	Idade 22 Ano(s)		
Pai GONCALO BEZERRA NETO	Mãe ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA			
Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148	Bairro CIDADE 2000	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão DO LAR	Empresa	Cônjuge VLADIMYR DE OLIVEIRA ALVES	Telefone 88 92688322	
Responsável ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUS	CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 08/07/2019	Hora 04:10	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
CETOPROFENO 100MG EV, diluir em 100mL de SF 0,9%, administrar 100mg em 30 minutos			E.V.	12/12 H 04:20 16:20
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL EV		500ml	E.V.	DOSE ÚNICA 500(04:20) 500(16:20)
OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO				

Patricia Rosa de Anchieta
ENFERMEIRA
COREN-CE 233.958

Dr. João Victor Melo
Médico - Cirurgião Geral
CREMEC 15482 RQE: 9492

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIO MARCOS GOMES D



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 065509	Atendimento 0013	Nome do Paciente JOYCE MESSIAS BEZERRA	CNS 706507304342993	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20079638940			Estado Civil Outro	Sexo Feminino
Data de Nascimento 04/10/1996	Local CRATEUS/CE		Idade 22 Ano(s)	
Pai GONCALO BEZERRA NETO		Mãe ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA		
Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148		Bairro CIDADE 2000	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão DO LAR	Empresa	Cônjuge VLADIMYR DE OLIVEIRA ALVES		
Responsável ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUS	CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 08/07/2019	Hora 04:10	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO		CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente		Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
CETOPROFENO 100MG EV, diluir em 100mL de SF 0,9%, administrar 100mg em 30 minutos			E.V.	12/12 H 04:20 16:20
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL EV			500ml E.V.	DOSE ÚNICA 500(04) 500(0433)
OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO				

Patricia Rosa de Anchieta
ENFERMEIRA
COREN-CE 233.958

Dr. João Victor Melo
Médico - Cirurgião Geral
CREMEC 15482 RQE: 9492

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIO MARCOS GOMES D

C.C

Cliente: JOYCE MESSIAS BEZERRA P:65509 URG

Atendimento: 01-139461

Idade/Sexo: 22-F

Data Entrada: 08/07/2019

Convênio: SÃO CAMILO

RG:

Médico Dr(a): JAMIL S. JORQUERA

Impressão: 08/07/2019 14:47:29

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: [sangue total c/edta] Método: [automatizado] / Exame realizado com leitura de lâmina

ERITROGRAMA

Valores Encontrados

Hemácias...: 4,63 milhões/mm³
 Hemoglobina: 12,9 g/dL
 Hematócrito: 40,3 %
 V.C.M.....: 87,0 fL
 H.C.M.....: 27,9 pg
 C.H.C.M....: 32,0 %
 R.D.W.....: 13,5 %

Valores de Referência:

Masculino	Feminino
4,4 - 5,8	3,8 - 5,2
13,5 - 17,0	11,3 - 15,2
39,0 - 50,0	35,0 - 47,0
	80,0 - 96,0
	32,0 - 36,0
	27,0 - 33,0
	11,0 - 16,0

Observação.: Hemácias Normocíticas e Normocrômicas.

LEUCOGRAMA

Leucócitos - Global: 12.400 céls./mm³

Adultos: 4.000 - 11.000
 4 a 7 anos: 6.000 - 15.000
 8 a 12 anos: 4.500 - 13.500

Neutrófilos.....: 82,0 %
 Promielócitos.....: 0,0 % 0 /mm³
 Mielócitos.....: 0,0 % 0 /mm³
 Metamielócitos.....: 0,0 % 0 /mm³
 Bastões.....: 0,0 % 0 /mm³
 Segmentados.....: 82,0 % 10168 /mm³
 Eosinófilos.....: 01,0 % 124 /mm³
 Basófilos.....: 0,0 % 0 /mm³
 Linfócitos.....: 14,0 % 1736 /mm³
 Monócitos.....: 03,0 % 372 /mm³

40 - 75

-	-
-	-
0 - 1	0 - 100
0 - 11	0 - 500
38 - 73	1.500 - 8.000
0 - 6	00 - 600
0 - 2	0 - 100
10 - 45	600 - 3.500
4 - 13	300 - 1.400

Observação.....: Ausência de atipias linfocitárias.
 Neutrófilos sem alterações degenerativas.

PLAQUETAS.....: 344.000 /mm³

150.000 - 400.000 /mm³

Observação.....: Plaquetas morfologicamente normais.



Dr. EDNALDO SOARES BARBOSA
 CRF: 2821

Cliente: **JOYCE MESSIAS BEZERRA P:65509 URG**

Atendimento: **01-139461**

Idade/Sexo: **22-F**

Data Entrada: **08/07/2019**

Convênio: **SÃO CAMILO**

RG:

Médico Dr(a): **JAMIL S. JORQUERA**

Impressão: **08/07/2019 14:47:31**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

Tempo de Sangria

Método: [DUKE]

Material: [NÃO NECESSITA]

Resultado: **2 minuto(s) e 17 segundo(s)**

Valor de Referência: menor ou igual a 8 minutos.

;AS DUAS INCISÕES SÃO REALIZADAS NA FACE ANTERIOR DO ANTEBRAÇO, EM LOCAL SEM VASOS VISÍVEIS.

Tempo de Coagulação

Método: Lee-White

Material: Sangue

Resultado: **5 minuto(s) e 39 segundo(s)**

Valor de Referência: De 5 a 10 minutos





Dr. EDNALDO SOARES BARBOSA

CRF: 2821



CAMILLO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
RUA Ubaldino Souto Maior, 1052, CRATEUS/CE, CEP 63700-000

Impressão: 19/07/2019 08:30

Página 1

v2019002

Resumo/Sumário de alta

Paciente: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data de Nascimento: 04/10/1996

Idade: 22 Ano(s)

Setor: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal: S72.3 Fratura da diáfise do fêmur

Diagnóstico Secundário: S72.3 Fratura da diáfise do fêmur

Data da Alta: 19/07/2019

Nome da Mãe: ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Hora da Alta: 08:30

Prontuário: 065509

Data da Internação: 08/07/2019

Leito: 009 - 0003

CRM: 6945

Motivo da Internação:

FRATURTA DIAFISARIA DO FEMUR D

Conduta / Tratamento Realizado:

OSTEOSSINTESE DO FEMUR

Exames Realizados:

RX COXA

Plano Pós-Alta:**Tipo de Saída:**

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Assinatura Paciente/Responsável



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOYCE MESSIAS BEZERRA			065509/001
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
04/10/1996	22 Ano(s)	ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/07/2019	ENFERMARIA		009/0003
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLÍNICA CIRURGICA	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S72.3 Fratura da diáfise do fêmur S72.3 Fratura da diáfise do fêmur			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 19/07/2019 10:00:00

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, ENTREGUE AVISO DE ALTA, EXAMES, RECEITUÁRIO.

IVONEIDE VIEIRA FERNANDES
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1092584

RESPONSÁVEL: IVONEIDE VIEIRA FERNANDES - COREN-CE 1092584

Rosa Maria Messias da Silva



Dados Clínicos - Médico

Paciente			Prontuário
JOYCE MESSIAS BEZERRA			065509/0015
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
04/10/1996	22 Ano(s)	ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/07/2019	ENFERMARIA		009/0003
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S72.3 Fratura da diáfise do fêmur S72.3 Fratura da diáfise do fêmur			

DESCRIÇÃO

DESCRICAO ORTOPEDICA: - 16/07/2019 17:08:03

PACIENTE NO CC
FEITO RAQUIANESTESIA
FEITO ANTISSEPSIA COM ASEEPSIA
COLOCADO CAMPOS CIRURGICOS
ABERTURA LATERAL
FEITO REDUÇÃO
FIXADO COM PLACA DCP LARGA DE 10 FUROS
FIXADO COMPARA FUSOS CORTICAIS
COLCADO DRENO DE SUÇÃO
FEICHAMENTO ÓR PLANOS
FEITO CURATIVO

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: JOYCE MESSIAS BEZERRA
Data de Int: 08/07/2019 Dt de Nasc: 04/10/1996
Convênio: SUS Prontuário: 065508
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

Admissão: 16/07/19 Horas: 13:50 Cirurgia Proposta: Remoção de
Observação: 2.10 120x90 +°C 36.3°C 2:20 Dx 89mg/dl

Medicação pré-anestésica: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____

Anestesista: Dr. Johannes

Tipo de Anestesia: ☒ Raquidiana ☐ Geral ☒ Local

☐ Bloqueio Anestésico: ☐ Sedação

Início da anestesia 15:00

Sala: D

Cirurgião: Dr. Sami 1º Auxiliar: _____

Instrumentador(a): _____

Início da Cirurgia: 15:15 Término da Cirurgia 16:50

Posição do paciente: ☒ Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Ventral ☐ Lateral

☐ Outra: _____

Soluções Antissépticas:

☒ Clorohexidina Degermante

Localização de:

☐ Iodopolidona Degermante

☐ Eletrodos

☐ Iodopolidona Tópico

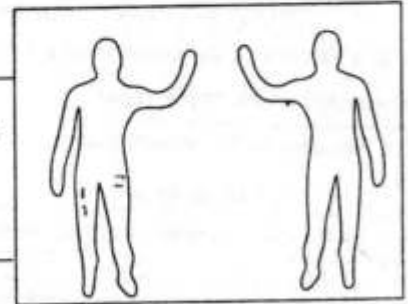
☐ Incisão Cirúrgica

☐ Álcool iodado

☐ Placa de Bisturi

☐ Álcool 70%

☐ Drenos



Parto Cesariana: RN1º _____ Hora: _____ Apgar _____ Sexo: _____ Peso: _____

Apresentação Fetal _____ RN2º _____

RN Encaminhamento às _____ Para _____

Infusão de: ☐ Concentrado de Hemácias ☐ Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: _____

Destino: ☐ Biopsia Laboratório ☐ Outro: _____

Exames durante o transoperatorio: ☒ RX ☐ Laboratorial ☐ _____

Cirurgia Realizada: Osteossíntese em fêmur "D"

Encaminhamento às 17:00 Para: URPA

com: ☒ Curativo-Tipo compressivo ☐ Tubo Endotraqueal

☒ Dreno de sucção ☐ Sonda Vesical

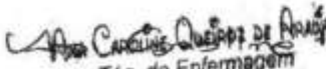
☐ Imobilizador _____ ☐ Tampão

☐ Cateter de Oxigênio O2 ☐ Bolsa de Colostomia

☐ Cateter venoso central ☐ Outros _____

☒ Cateter venoso periférico ☐ Outros _____

Observação: _____


Téc. de Enfermagem
COREN 790.696

Assinatura/Carimbo
Circulante

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SAOCAMILLO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data de Int: 08/07/2019 Dt de Nasc: 04/10/1996

Convênio: SUS

Prontuário: 065509

Município: CRATEUS-CE

Nome da Mãe: ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

DATA 16/07/19

1.1 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira

1.2 Cirurgia proposta: Remoção1.3 (X) Avaliar jejum hora 08:00 Data 15/07/191.4 Exames recebidos: (X) Laboratoriais () ECG () RX () TC
() US () RMN (X) Ficha de internamento1.5 (X) Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico,
Amputação hemotransfusão)

1.6 Reserva de hemoderivados

() Sim (X) Não se aplica

1.7 (X) Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...

1.8 () Realizado tricotomia

() Sim (X) Não se aplica

1.9 (X) Vestimento adequado (camisola)

1.10 Alergia (X) Não () Sim Qual?

1.11 (X) Acesso venoso com boa infusão

1.12 Uso de Medicação Anticoagulante (X) Não () Sim data

Assinatura do responsável: 
COREN/CE 117825 TE

2.1 (X) Origem do encaminhamento

(X) Clínica Cirúrgica () Clínica Médica

() Clínica Pediátrica () Maternidade

() Semi-intensiva () Urgência () observações

2.2 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira

2.3 () Tipo de procedimento:

() Agendamento (X) Urgência/Emergência

2.4 (X) Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico,
Amputação, Hemotransfusão)2.5 (X) Local da Cirurgia? MID

2.6 Alergia (X) Não () Sim Qual?

2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?

(X) Não () Sim e há equipamento disponível

2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?

(X) Não () Sim, planejamento para fluidos

2.9 Reserva de Hemoderivados () Sim (X) Não se aplica

2.10 () Demarcar lateralidade (X) Não se aplica

3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

3.1 (X) Apresentação dos membros da equipe verbalmente

3.2 (X) Confirmar verbalmente identificação do paciente,
Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado3.3 (X) Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou
inesperadas, perda sanguínea prevista?)3.4 (X) Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação
específica?)

3.5 A lateralidade () Sim () Não

3.6 (X) Verificar a integridade da pele e funcionamento
no paciente e funcionamento4.1 (X) Confirmar verbalmente com a equipe se registro
completo do procedimento executado

4.2 Houve mudança no procedimento/intercorrerência?

(X) Não () Sim Qual?

4.3 Contagem manual:

Compressas Entregue: 10 + 5 + + + conferida: 15Instrumentais Entregue: 31 + + + + conferida: 31Lâmina Entregue: 1 + + + + conferida: 1Agulha Entregue: 2 + 2 + + conferida: 4

4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome



Material: Csc traumático
Processamento: Autoclave: 01
Lote: 003
Data da Esterilização: 13/07/2019
Hora: 12:00
Data de Validade: 13/08/2019

Material: Csc traumático
Processamento: Autoclave: 01
Lote: 003
Data da Esterilização: 13/07/2019
Hora: 12:00
Data de Validade: 13/08/2019

ASS: CLA

Hospital São Lucas
ADMINISTRAÇÃO  SAOCAMILLO

Material: Csc traumático
Processamento: Autoclave: 01
Lote: 003
Data da Esterilização: 13/07/2019
Hora: 12:00
Data de Validade: 13/08/2019

ASS: CLAU

INTEGRADO

antes no

camento que deve

Imagem
20.605

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: JOYCE MESSIAS BEZERRA
CPF e/ou RG: 074.987.633-62

Informações do Acidente

Data do acidente: 08/07/2019

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DE FÊMUR DIR.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE DE FÊMUR DIR. E FISIOTERAPIA, COM ALTA TERAPÊUTICA.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: LEVE CURTAMENTE DO M. I. D. COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA E LIMITAÇÃO DA A.O.M. AO AGACHAR E À ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO M. I. D.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: MEMBRO INFERIOR DIR.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve (☒) 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa (☒) 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

19.10.19., CRATEÚS-CO

Local e data da realização da avaliação médica

+ Joyce Messias Bezerra
assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MEPICO
CREMEC 19150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA FAZENDA

SECRETARIA DE RECEITAS E CONTRIBUIÇÕES

SECRETARIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO



Polegar Direto



JOYCE MESSIAS BEZERRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
074.987.633-62

Nome
JOYCE MESSIAS BEZERRA

Nascimento
04/10/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

1 VIA

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 2.110 DE 2008/08

P.: 36

20079643894 - 0

DATA DE EMISSÃO 22/08/2011

JOYCE MESSIAS BEZERRA

FILHA DE

GONÇALO BEZERRA NETO

ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

NACIONALIDADE

CRATEÚS - CE

DOC. ORIGIN

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1

OFÍCIO TERMO: 29795 FOLHA: 209

DATA DE NASCIMENTO 04/10/1996

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CÓDIGO DE CONTROLE 6A18.B03D.43FC.94F5

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 10:38:52 do dia 24/01/2014 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664341 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 12_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421593/19

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

CPF: 074.987.633-62

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 08/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOYCE MESSIAS BEZERRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOYCE MESSIAS BEZERRA : 074.987.633-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019
Nome: JOYCE MESSIAS BEZERRA
CPF: 074.987.633-62

JOYCE MESSIAS BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421593/19

Número do Sinistro: 3190664341

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

CPF: 074.987.633-62

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 08/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOYCE MESSIAS BEZERRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOYCE MESSIAS BEZERRA : 074.987.633-62

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019

Nome: JOYCE MESSIAS BEZERRA

CPF: 074.987.633-62

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

JOYCE MESSIAS BEZERRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421593/19

Número do Sinistro: 3190664341

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

CPF: 074.987.633-62

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 08/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOYCE MESSIAS BEZERRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019
Nome: JOYCE MESSIAS BEZERRA
CPF: 074.987.633-62

JOYCE MESSIAS BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664341

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data do acidente: 08/07/2019

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: MEMBRO COM FORÇA MUSCULAR GRAU IV, BLOQUEIO LEVE DOS MOVIMENTOS ASSOCIADO A ALTERAÇÃO DISCRETA DA MARCHA E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664341

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data do acidente: 08/07/2019

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: MEMBRO COM FORÇA MUSCULAR GRAU IV, BLOQUEIO LEVE DOS MOVIMENTOS ASSOCIADO A ALTERAÇÃO DISCRETA DA MARCHA E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664341 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664341 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 12_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664341

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Data do acidente: 08/07/2019

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00