

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704622 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tibia proximal à direita com lesão do ligamento cruzado anterior associada.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 60°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, coloração normal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura de tibia proximal à direita com lesão do ligamento cruzado anterior associada, conforme documentos de pronto atendimento de 11/08/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no joelho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do joelho direito, em grau médio, devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704622 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS Data do acidente: 11/08/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ESPINHA DIREITA COM LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.10/13

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704622 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS Data do acidente: 11/08/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ESPINHA DIREITA COM LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.10/13

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704622

Vítima: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704622

Vítima: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704622

Vítima: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

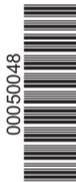
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190704622 Vítima: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

Data do Acidente: 11/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com a legislação.

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA GISELCIANE SANTOS EBITAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000693-9

Conta: 000000022228-3

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190704622 Vítima: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

Data do Acidente: 11/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com o que consta no documento.

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA GISELCIANE SANTOS EBITAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000693-9

Conta: 000000022228-3

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, retorno 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Maria Gleiciane Santos Freitas	
609.439.453-48			

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Maria Gleiciane Santos Freitas		6 - CPF: 609.439.453-48
7 - Profissão: Op. Telemarketing	8 - Endereço: Rua Ralf Cavalcante	9 - Número: 56	10 - Complemento:
11 - Bairro: Camindinho	12 - Cidade: Fortaleza	13 - Estado: CE	14 - CEP: 60110-000
15 - E-mail: rcs27310@gmail.com		16 - Tel.(DDD): 85985296730	

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <u>0693</u> CONTA: <u>0022-228</u> (3)
AGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	CONTA: <input type="checkbox"/> (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 atende 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (varônzes)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima teve pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 16 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019911044



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4373 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/12/2019 15:09:43**
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2019 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R E C/ RUA H, SIQUEIRA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS**
Nascimento: **09/06/1997** CPF: **609.439.453-48**
RG: **20076241097** Orgão Emissor: **UF:**
Filiação: **MARIA DAS GRACAS PEREIRA DOS SANTOS LIMA**
PEDRO WILSON PEREIRA DE FREITAS
Endereço: **RUA RALF COLARES CAVALCANTE , 56**
Bairro: **SIQUEIRA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9944-4572**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PML4042** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC2500JR118714 Renavam: **1147730170** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 START** Ano Fabricação:
2018 Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **MARIA DO SOCORRO PEREIRA GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARCE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PML-4042 NA RUA E, QUA A VITIMA AVANÇOU A PREFERENCIAL DA RUA H COLIDINDO COM UMA MOTO DE PLACAS NA ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.
Prazo para representação criminal: 6 meses.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CÂMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Maria Gleiciane Santos Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

MCS **MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7**

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: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00693-9

CONTA: 00000022228-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0702202005000000000237006930000002228168750 PAGO

10245

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS		Nº DO PRONTUÁRIO 385398	Nº DO BE 284039
CIDADES DOCUMENTOS		DATA DE Nascimento 09/06/1997 (22 ANOS)	SEXO F RAÇA/ETNIA PARDO
NOME RESPONSÁVEL NI MUNICÍPIO FORTALEZA CEP 60.732-311		ENDERECO RUA RALFE COLARES CAVALCANTE 56 SIQUEIRA CONTATO	

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

JUÍZA

PACIENTE REFERE DOR APOS TRAUMA NO MMII, MMSS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

INTIMAÇÃO

NI

ALÉRGICO

VERDE

MOTIVO

AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICAESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

ESTADO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

CLASSIFICAÇÃO

AMARELO

LARANJA

VERMELHO

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIA

NAO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADODATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
11/08/2019 20:49:42

TIPO DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

F1

WAKES

L1

L2

L3

L4

L5

L6

L7

L8

L9

L10

L11

L12

L13

L14

L15

L16

L17

L18

L19

L20

L21

L22

L23

L24

L25

L26

L27

L28

L29

L30

L31

L32

L33

L34

L35

L36

L37

L38

L39

L40

L41

L42

L43

L44

L45

L46

L47

L48

L49

L50

L51

L52

L53

L54

L55

L56

L57

L58

L59

L60

L61

L62

L63

L64

L65

L66

L67

L68

L69

L70

L71

L72

L73

L74

L75

L76

L77

L78

L79

L80

L81

L82

L83

L84

L85

L86

L87

L88

L89

L90

L91

L92

L93

L94

L95

L96

L97

L98

L99

L100

L101

L102

L103

L104

L105

L106

L107

L108

L109

L110

L111

L112

L113

L114

L115

L116

L117

L118

L119

L120

L121

L122

L123

L124

L125

L126

L127

L128

L129

L130

L131

L132

L133

L134

L135

L136

L137

L138

L139

L140

L141

L142

L143

L144

L145

L146

L147

L148

L149

L150

L151

L152

L153

L154

L155

L156

L157

L158

L159

L160

L161

L162

L163

L164

L165

L166

L167

L168

L169

L170

L171

L172

L173

L174

L175

L176

L177

L178

L179

L180

L181

L182

L183

L184

L185

L186

L187

L188

L189

L190

L191

L192

L193

L194

L195

L196

L197

L198

L199

L200

L201

L202

L203

L204

L205

L206

L207

L208

L209

L210

L211

L212

L213

L214

L215

L216

L217

L218

L219

L220

L221

L222

L223

L224

L225

L226

L227

L228

L229

L230

L231

L232

L233

L234

L235

L236

L237

L238

L239

L240

L241

L242

L243

L244

L245

L246

L247

L248

L249

L250

L251

L252

L253

L254

L255

L256

L257

L258

L259

L260

L261

L262

L263

L264

L265

L266

L267

L268

L269

L270

L271

L272

L273

L274

L275

L276

L277

L278

L279

L280

L281

L282

L283

L284

L285

L286

L287

L288

L289

L290

L291

L292

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

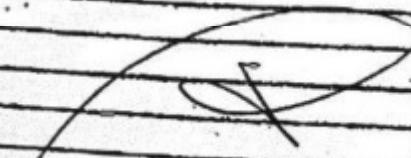
1) Dupixen 1g c/ agua

23/30 05:30

2) Profenol 1x sola 2:18 AD ev

23/25

3) Tala negra solas

HOSPITAL DIAZ DE VILA ALTO DA LARANJEIRA
AVENIDA GOUVEIA LIMA 1111 - LARANJEIRAS - RJ

PP. Ibarai

MORTE JESUS

ABR.15524

CONDUTA:

- 1-ALTA: DECISSÃO MÉDICA A PEDIDO A REVELIA TRANSFERÊNCIA
 REMOVIDO PARA: _____ GUARAPARI _____

1-OBSERVAÇÃO (ATE 30 M)

DATA E HORA DA ALTA: 11 HORAS: _____

2-INTERNACAO

NP PONTUADO:

DATA E HORA DA INTERNACAO: 11 HORAS: _____

ASS. GARNIÇAO MÉDICO

3-PARA ÓBITO
4-ITE DO 1º SOCORRO NÃO SIM

DATA ÓBITO: 11 HORAS ÓBITO: _____

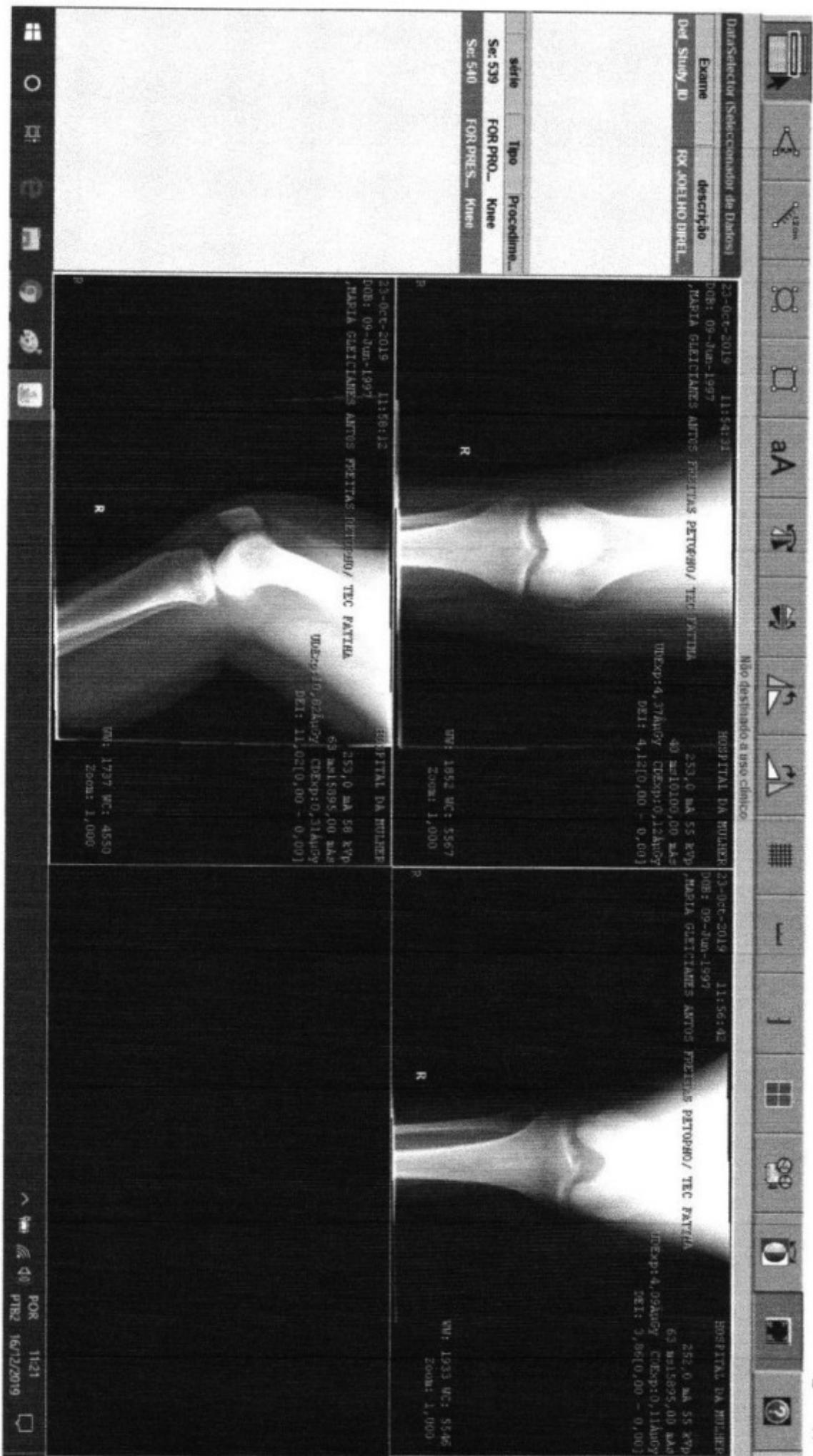
4-SOC

5-DESTINO DO CORPO: 1 ENTREGUE À FAMÍLIA2 IML3 ANATOMIA PATOLÓGICA

ASS. GARNIÇAO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU CONFERENTE

ABR. 15524





DataSelector [Seletor de Dados]

13-Sep-2019

14:10:36

HOSPITAL DA MULHER

13-Sep-2019

14:22:48

DOB:

09-Jun-1997

DOB:

09-Jun-1997

HOSPITAL DA MULHER

202,0 MA 67 kVp

50 mAs/100,00 mAs

Exame

descrição

JOERHO DIR

Def_Study_ID

, MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS PETRUPPIO/TEC. FOTOGRAFIA

IT0Exp: 7,69ms

CTExp: 0,23ms

Série

FOR PRES.

Knee

Procedim...

M: 1278 M: 474

Z:

2000

L:

1,000

P:

Z: 1,077 M: 3550

Z:

1,000

P:

<input type="button" value="■"/>	<input type="button" value="○"/>	<input type="button" value="□"/>	<input type="button" value="▲"/>	<input type="button" value="▼"/>	<input type="button" value="↶"/>	<input type="button" value="↷"/>	<input type="button" value="↶↷"/>	<input type="button" value="↶↶↷↷"/>	<input type="button" value="↶↶↷↷↶↷"/>	<input type="button" value="↶↶↷↷↶↷↶↷"/>	<input type="button" value="↶↶↷↷↶↷↶↷↶↷"/>	<input type="button" value="↶↶↷↷↶↷↶↷↶↷↶↷"/>	<input type="button" value="↶↶↷↷↶↷↶↷↶↷↶↷↶↷"/>	<input type="button" value="↶↶↷↷↶↷↶↷↶↷↶↷↶↷↶↷"/>
<input type="button" value="E"/>	<input type="button" value="C"/>	<input type="button" value="M"/>	<input type="button" value="A"/>	<input type="button" value="T"/>	<input type="button" value="F"/>	<input type="button" value="G"/>	<input type="button" value="H"/>	<input type="button" value="I"/>	<input type="button" value="J"/>	<input type="button" value="K"/>	<input type="button" value="L"/>	<input type="button" value="M"/>	<input type="button" value="N"/>	
<input type="button" value="S"/>	<input type="button" value="P"/>	<input type="button" value="D"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="W"/>	<input type="button" value="X"/>	<input type="button" value="Y"/>	<input type="button" value="Z"/>	<input type="button" value="U"/>	<input type="button" value="V"/>	<input type="button" value="B"/>	<input type="button" value="C"/>	<input type="button" value="D"/>	<input type="button" value="E"/>	
<input type="button" value="F1"/>	<input type="button" value="F2"/>	<input type="button" value="F3"/>	<input type="button" value="F4"/>	<input type="button" value="F5"/>	<input type="button" value="F6"/>	<input type="button" value="F7"/>	<input type="button" value="F8"/>	<input type="button" value="F9"/>	<input type="button" value="F10"/>	<input type="button" value="F11"/>	<input type="button" value="F12"/>	<input type="button" value="F13"/>	<input type="button" value="F14"/>	

POR 11:14
PTB2 16/12/2019

12700031620



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação
 HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 AT: Ofício de Pol. n° 1.127 - Parangaba - CEP: 64040-000
 Fortaleza-Ceará
 Telefone: (85) 322-7222

EMENTA DA INSCRIÇÃO E INCIALIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO DE FORTALEZA - CE - PMS - PMSF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

ENDERECO DO PACIENTE

Ana Gláucia Santos Freitas

BAIRRO

RUA: RALFE COLARES CAVALCANTE N.º 56

SIBREIRA

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

NOME DA MÃE

09/06/1997 1.º MASC 2.º FEM 3.º SEGUROADO 4.º CONJUGE 6.º FILHO 8.º OUTRO DEP.

MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA DOS SANTOS LIMA

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

003.870.403-07

11/08/2019

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pente com tura por queda da altura e politra
 com dor e limitação no movimento
 visão normal folha de serra tira

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Avaliação em fogo fe.

HOJE 11/08/2019 10:15:42
ATELIO GAI C/ LA CONFIDE COLE

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R+ exame fino.

pp-lladua

Mônica Sabo

Mat.15594

DIAGNÓSTICO INICIAL

Folha de serra tira.

TIPO DE CLÍNICA

- 1.º CIRÚRGICA
 3.º CLÍNICA MÉDICA
 5.º PSQUIÁTRICA
 8.º OUTROS

- 2.º OBSTÉTRICA
 4.º TISIOPEUMOL
 6.º PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Avaliação em TC

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

18

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Name:

Mº Oficio no Santos Fratres

Prontuário	Enferm.	Lelito	Data Internação	Diagnóstico
			11/10/2017	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluíu:

Festando juntos en un rincón

Transferring

HOSPITAL DE LA SANTÍSSIMA TRINIDAD DE
ATENAS (SANTO DOMINGO) -

Carmen Windfuhr C. Mata
Traumatología Ortopedia
CRM 7798

第十一章

Met 3593

13 M.G.S.F., 220. Ferrumero, HQ: Tucumán MZG. Convaleciente, en
18 todo contagiante clínica aguda. Febre, espasmos "m
19. con anorexia, normotensio. Acuta diarrea diarreica. Juv
gáveo e purgante, ff. ④. Sigue con cuidado

Paula Biles
COREN-CE 432014 EXE

PREScrição MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:	A.RIO:	00.11
15:	P.A.:	20x10
20:	TEMP.º:	34°C
06:	P.J MIN.:	.
M.V / M.NE:		

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deve ser verificada, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Thaumao

Unid. med.	Insulinas	Rubrica	SINAIS VITAIS
HORA:	10:00		
P.A.:	134x40		
TEMP.ºC:	35,5		
P.J MIN.:			
M.V. / MIN.:			

NOME: Maria Oliveira Soárez Knutson

IDADE: 220

ENF.:

LEITO:

Nº PRONTUÁRIO:

DATA:	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA:	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO
13/04/	DIETA GERAL ✓ IBUPROFENO - 01CP VO 12/24H	00 00 22 00 10 20 02 08	Paciente com cicatrizes, enbalizadas, facetas, feridas, descoloração, edema, hiperpigmentação, dissecante preservado,
	DIPRIVON TS + TENS. AD - IV 600ML PLASIL + 18ML AD - IV 600ML	00 00	
	TRAMAL 100+100ML S/0,9% - IV 600ML S/0,9%	00 00	

Carmo Windsor C. Mota
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

Curativo no joelho esq oriente!

PP - Fortaleza

Reabilitação

Hospitalar

Atendimento

Carmo Windsor C. Mota
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

Paula Dias
Enfermeira



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas Hospital e
Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS		Nº PRONTUÁRIO: 84607
TOTAL DE DIAS DE PERMANÊNCIA: 13 DIAS		ENFERMARIA / LEITO: POSTO 6 LEITO 06
DATA DE ADMISSÃO: 13/08/2019		DATA DA ALTA: 26/07/2019
DIAGNÓSTICO INICIAL / CID-10 FRATURA DE ESPINHA TIBIAL + LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR		DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10 FRATURA DE ESPINHA TIBIAL + LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: PACIENTE PROVENIENTE DO FROTINHA DA PARANGABA, ONDE FOI ADMITIDA PÓS QUEDA DE MOTO NO DIA 11/08/19(SIC), APRESENTANDO <u>FRATURA DE TIBIA DIREITO</u> . NO MOMENTO TRANSFERIDO PARA HDZAM PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.		
RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS: ECG + EXAMES LABORATORIAIS + RX TÓRAX + RX DO MSD		
EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES: PACIENTE 22 ANOS, ESTANDO CLINICAMENTE ESTÁVEL, AFEBRIL, EUPNÉICA EM AA; COM DISCRETA DOR, SEM CREPISTAÇÃO, SEM EQUIMOSE, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. ACEITA A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VOMITOS. CONCILIA CICLO SONO-VIGILIA. REFERE ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS. DEAMBULANDO. APTA A RECEBER ALTA HOSPITALAR E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.		
TERAPÉUTICA REALIZADA: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE ESPINHA TIBIAL + LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DE ACORDO COM A ORTOPEDIA DO HDZAN.		
ORIENTAÇÃO PÓS ALTA: 1) RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE TRAUMA-ORTOPEDIA EM 15 DIAS. 13.9.19 13h00 2) SEGUIR ORIENTAÇÕES MÉDICAS + SEGUIR PRESCRIÇÃO ANALGÉSICA PARA CASA. 3) REALIZAR RADIOGRAFIA DE CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO PARA TRAZER NO RETORNO AMBULATORIAL. 4) DIRIGIR-SE À EMERGÊNCIA MÉDICA SE APARECIMENTO DE FEBRE OU DOR DE FORTE INTESIDADE.		
CONDIÇÕES DE ALTA (<input type="checkbox"/> Curada (<input checked="" type="checkbox"/> Melhorada (<input type="checkbox"/> Inalterada (<input type="checkbox"/> A pedido (<input type="checkbox"/> Transferida _____). (<input type="checkbox"/> Óbito (<input type="checkbox"/> Solicitada Necropsia (<input type="checkbox"/> OUTRA _____)		

Fortaleza - Ceará 26 / 08 /2019



CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 145 – Jóquei Clube CEP: 60520 –100 Fone: (85) 3233-3545
Fortaleza - Ceará



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

PRONT: 84607

USO ORAL:

- 1) LISADOR -----01 CAIXA
TOMAR 01 COMP VIA ORAL DE 6/6H, DURANTE 05(CINCO) DIAS.

- 2) BIPROFENID 150MG -----01 CAIXA
TOMAR 01 COMP VIA ORAL DE 12/12H DURANTE 03 DIAS.

FORTALEZA-CE, 26 DE AGOSTO DE 2019.

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 145 – Jóquei Clube
CEP: 60520 -100 Fone: (85) 3233-3545
Fortaleza - Ceará



PREFECTURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
MOSP. DOUT. NEPTAL JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
FOTINHA DE PARANGABA
Av. Otávio de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.726-000
Fortaleza-Ceará Telefone (86) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: 38 5348

Atesto que o (a) Sr. (a) M. Gláucia R. Siqueira

1m/12/01

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 11/05/94 às 20:44 hs.

Tendo como causa de socorro doença

Necessita de 30 dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: Atendida pelo Dr. MPiel
(A. M. Piel CRM 11441)

Fortaleza-Ce, 27 de 08 de 19

Antonio Eusebio T. Rocha
CRM 4774
Traumato

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 50.501 de 14/02/57, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.



Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a)

SANTOS FRANCISCO (NASC: 24.607)

portador do documento 125.2007.524.1287-534

necessita de 90 (noventa) dias de repouso por motivo de doença.

CID: François Etienne Tremblay (S-821)

Assinatura do(a) usuário ou responsável
(Em caso de uso do CID)

Fortaleza, CE 13 de Sexta de 2013.

Dr. Edson Machado
Dra. Zilda Arns Neumann
CRM-CE-1060
Assinatura do(a) médico(a) / CRM

Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
Av. Lineu Machado, 145 – Jóquei Clube - Cep: 60.520-101 - Fone: (85) 3233-3954
Fortaleza – Ceará



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

Nº PRONTUÁRIO: 84607

O(A) paciente **MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS** esteve internado(a), no período entre os dias de agosto de 2019 e 26 de agosto de 2019, no Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann para realização de tratamento ortopédico. Necessita assim de 30 (TRINTA) dias de afastamento de suas atividades físicas e laborais.

Fortaleza- CE, 26 de agosto de 2019.

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 145 – Jóquei Clube
CEP: 60520-100 Fone: (85) 3293-3545
Fortaleza - Ceará

MISERIOJOS CIDADÕES

AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU PÔRTE
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013790122326

CE Nº 013790122326 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA COD. RENAVAM RNRCC EXERCÍCIO
01 1147730170 000000000 2018

MARIA DO SOCORRO PEREIRA GOMES

PLACA ANT/UF CHASSI PLACA

PML4042

09262802870

2018

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

013790122326 25024892550

OPÇÃO/PJ MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START CATEGORIA FARTIC COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º VENC/COTAS 2º VENC/COTAS 3º VENC/COTAS

VIA COD. RENAVAM ANO FAB. ANO MOD.

01 09262802870 2018 2018

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 28/03/2018

PLACA

Nº CHASSI

HONDA/CG 160 START MARCA / MODELO

DATA DE PAGAMENTO

1147730170 ANO FAB. CAL TARIFF 2018 09

185.50 IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$)

9.03 DENATRAN (R\$)

185.50 CUSTO DO BILHETE (R\$)

90.33 CUSTO DO SEGURO (R\$)

185.50 IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

00/00/0000 DATA DE OUTRAÇÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO FNS (R\$)

4.15 PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

COTA ÚNICA

PARCELADO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65

0.70 IOF (R\$)

185.50 PRÉMIO TOTAL (R\$)

00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO

AL-FID - BANCO PAN

DATA DE PAGAMENTO

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000 DATA DE OUTRAÇÃO

PROPRIETÁRIO LIDER DPVAT 17935
LOTE / D

JOTOR: KC25E09P49874808/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704622 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tibia proximal à direita com lesão do ligamento cruzado anterior associada.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 60°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, coloração normal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura de tibia proximal à direita com lesão do ligamento cruzado anterior associada, conforme documentos de pronto atendimento de 11/08/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no joelho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do joelho direito, em grau médio, devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190704622**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS**

Endereço do(a) Examinado(a): **rua ralf cavalcante, 56, , 60.110-000, CANIDEZINHO, Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 20076241097**

Data e local do acidente: **11/08/2019 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **23/01/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de tíbia proximal à direita com lesão do ligamento cruzado anterior.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento conservador. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no joelho direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 60°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, coloração normal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta do joelho direito, devido à redução da força e mobilidade.

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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

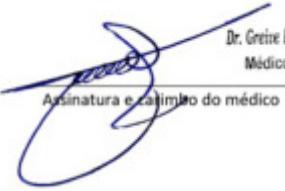
() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Joelho Direito - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Giseire Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico