

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 tíbia 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 atrofia 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 tíbia 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

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

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



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

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



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 as informações abaixo:

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

Recebedor: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

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, 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, 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 as informações abaixo:

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

Recebedor: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

609.439.453-48

Maria Gleiciane Santos Freitas

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Maria Gleiciane Santos Freitas

609.439.453-48

Op. Telemarketing

Rua Ralf Cavalcante

36

Camandézinha

Fortaleza

CE

60110-000

rc527310@gmail.com

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0693

9

CONTA:

0022228

3

(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 (assinatar 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 (as nascituros)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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, Fortaleza, 16 de Dezembro de 2019.

Maria Gleiciane Santos Freitas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 COMPARECE 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 CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Gleiciane Santos Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

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: 000000022228-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0702202005000000000023700693000000022228168750 PAGO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS		DADOS PESSOAIS	
DOCUMENTOS	NASCIMENTO 09/06/1997(22 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 385398	Nº DO BE 284039
SEXO F	RAÇA/COR PARDO		
NOME RESPONSÁVEL NI	NOME LÍMITE MARIA DAS GRACAS PEREIRA DOS SANTOS LIMA		
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	ENDEREÇO RUA RALFE COLARES CAVALCANTE 58 SIQUEIRA	
CEP 60.732-311	CONTATO		

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE	OCORRÊNCIA
---	------------

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
------------------------	------------------------

PACIENTE REFERE DOR APOS TRAUMA NO MMII, MMSS	MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA
---	---

ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	ESCALA DE DOR
-------------------------------------	---------------

ESQ NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS	TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NAO	RESPONSAVEL PELA CLASSIFICAÇÃO BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO
---------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------------------	--

CLASSIFICAÇÃO VERDE	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 11/08/2019 20:49:42
-------------------------------	--

ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	ÁREA DE ATENDIMENTO
---	---------------------

ATENDIMENTO MÉDICO	ATENDIMENTO MÉDICO
--------------------	--------------------

Politrauma cl da em membro inferior D	Politrauma cl da em membro inferior D
---------------------------------------	---------------------------------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

Politrauma	Politrauma
------------	------------

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

1) Dupinosa 1g EV aqsa

23/30 09:30

2) Propionil 1a veta 2:18 AO EV

23/25

3) Tala negro veta

HOSPITAL DISTRICTAL DE LIMA
ALICIA LIMA LIMA LIMA LIMA LIMA

PP - LIMA

MOTIVOS DE

Mot. 15584

CONDUTA:

1. ALTA:

☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ REMETIDO PARA:

GUIA Nº

DATA E HORA DA ALTA: / / HORA: :

2. OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 H)

DATA E HORA DA ALTA: / / HORA: :

3. INTERNAÇÃO

Nº PRONTUÁRIO:

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: / / HORA: :

1. PARA QUEM
ANTES DO 1º SOCORRO ☐ MÃE ☐ BEM

DATA ONTOD: / / HORA ONTOD: :

ASS. DOUTORADO MÉDICO

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMILIA

2 ☐ LAL

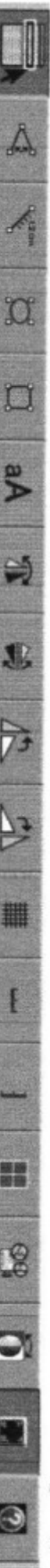
3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

4 ☐ EVO

ASS. CAMBIO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU AGENTE

ASS. DO MÉDICO E CAMBIO



Não destinado a uso clínico

DataSelector (Selecionador de Dados)

Exame	descrição
Def Study ID	FX JOELHO DIRET...

série	Tipo	Procedime...
Ser 539	FOR PRO...	Knee
Ser 540	FOR PRES...	Knee

23-dec-2019 11:56:31
DOB: 09-Jun-1997
PATIA GLEICIANES ANTOS FREITAS PETROPPO/ TEC PATIA
HOSPITAL DA MULHER
253,0 mA 55 kVp
40 mAs10100,00 mAs
WExp:4,37mAsy CDEsp:0,12mAsy
DEI: 4,1210,00 - 0,003
W: 1852 WC: 5567
Zoom: 1,000
R

23-dec-2019 11:56:42
DOB: 09-Jun-1997
PATIA GLEICIANES ANTOS FREITAS PETROPPO/ TEC PATIA
HOSPITAL DA MULHER
252,0 mA 55 kVp
63 mAs15895,00 mAs
WExp:4,09mAsy CDEsp:0,11mAsy
DEI: 3,8610,00 - 0,003
W: 1933 WC: 5546
Zoom: 1,000
R

23-dec-2019 11:56:12
DOB: 09-Jun-1997
PATIA GLEICIANES ANTOS FREITAS PETROPPO/ TEC PATIA
HOSPITAL DA MULHER
253,0 mA 58 kVp
68 mAs15895,00 mAs
WExp:10,02mAsy CDEsp:0,31mAsy
DEI: 11,0210,00 - 0,003
W: 1737 WC: 4550
Zoom: 1,000
R

23-dec-2019 11:56:12
DOB: 09-Jun-1997
PATIA GLEICIANES ANTOS FREITAS PETROPPO/ TEC PATIA
HOSPITAL DA MULHER
253,0 mA 58 kVp
68 mAs15895,00 mAs
WExp:10,02mAsy CDEsp:0,31mAsy
DEI: 11,0210,00 - 0,003
W: 1737 WC: 4550
Zoom: 1,000
R

12700031620



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



PRINCÍPIOS DE PORTALEZA - MEMÓRIA, UNIVERSAL, GRATUITO
PRINCÍPIOS DE PORTALEZA - MEMÓRIA, UNIVERSAL, GRATUITO
AT. Odont. de Pol. n° 1117 - Fortaleza - CEP 64.216-600
Fonofone - Orelha
Telefones (06) 3132-1233

CENTRO DE REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE PORTALEZA - FORTALEZA - PERNAMBUCO - PNE
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

NOME DA MÃE

1. ☐ MASC 3. ☒ FEM 2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ 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

7110812019

003830 403 07

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pele com tona por queda de albumina e politenia
com dor e inchaço no perito
veios com veias fôcos de urina tinal

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Análises em fôcos.

HISTÓRIA DE DOENÇA EM FÔCOS DE DOENÇA
ATESTO QUE CADA CONFERE COM LAUDO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R+exa fôcos.

pp. - Mônica Saba

Mônica Saba
Mat. 15584

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fôcos de urina tinal.

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
8. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Análises em TC

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMBO-Frotinha de Parangaba

GUIA DE TRANSFERÊNCIA
SAME

Paciente: Maria Gloriosa Santos
Data de Nascimento: 09/06/1997 Idade - N°: _____ Telefone: _____
Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem. Naturalidade: _____ Estado Civil: ☐ Solto ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Outros
Pai: _____ Mãe: MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA DOS SANTOS
Endereço: RUA: RAFAEL COLARES CAVALCANTE N° 56
Bairro: SIQUEIRA Cidade: FORTALEZA UF: CE
Acompanhante: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: <u>Fórmula da Parangaba</u>	HOSPITAL CONTACTADO:
MÉDICO QUE CONTACTOU:	MÉDICO CONTACTADO:
MÉDICO QUE AUTORIZOU TRANSFERÊNCIA:	HOSPITAL DE DESTINO:

OBS.: SOMENTE PODERÁ TRANSFERIR, APÓS AUTORIZAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DO LEITO

CONDIÇÕES DO PACIENTE				PUPILAS	
1 <input type="checkbox"/> APARENT BEM	2 <input type="checkbox"/> REGULAR	3 <input type="checkbox"/> HAL. ETÍLICO	4 <input type="checkbox"/> CONSCIENTE	1 <input type="checkbox"/> MIDRIASE	4 <input type="checkbox"/> ANISOCÓRIA
5 <input type="checkbox"/> TORPOROSO	6 <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	7 <input type="checkbox"/> AGITADO	8 <input type="checkbox"/> EM CONVULÇÃO	2 <input type="checkbox"/> KIOSE	5 <input type="checkbox"/> REAGENTE
9 <input type="checkbox"/> DISPNEIA	10 <input type="checkbox"/> CIANÓTICO	11 <input type="checkbox"/> ENTUBADO	12 <input type="checkbox"/> C/ HEMORRAGIA	3 <input type="checkbox"/> ISOCORIA	
13 <input type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO	14 <input type="checkbox"/> QUEIMADO	15 <input type="checkbox"/> MORTO	16 <input type="checkbox"/>		

TRAUMA: - <input type="checkbox"/> SIM - <input type="checkbox"/> NÃO	P.A.: _____ X _____ mmHg TEMP.: _____	F.R.: _____ mRm F.C.: _____ ppm	ATENDIMENTO: DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____
---	--	------------------------------------	--

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente com relato de trauma por polígrafo
com suspeita de lesões ombros em
espaço lateral de pelvis (L5), sendo
para avaliação e cuidado.

Fortaleza-Ce, 11 de agosto de 2019.

CRM - MÉDICO (A) / CHEFE DE EQUIPE

ATESTADO DE RECEBIMENTO DO PACIENTE
ATESTADO QUE O PACIENTE FOI RECEBIDO EM

PP. Plauso
Mônica Silva
Mat. 15134

CRM - MÉDICO (A) / PLANTONISTA

Preferência

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

M^o Odeciário Santos Freitas

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

77 108 12017

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

DATA

EVOLUÇÃO

12/08/19

Paciente com fratura exposta tíbia, sem outros traumas. Não apresenta mais sintomas de dor. Condição geral satisfatória. FIMAF, 4042-4000. Transfere-se.

Dr. ~~João~~ ~~Tratado~~ ~~CRM 7879~~

13/08/19

Fernando Joelho Cirurgião

Transferência

HISTÓRIA DESTA DOENÇA: ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

PP. ~~João~~

Carlos Wilson C. Neto
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

Marcelo Silva
Méd. 35554

13

18

19

M. G. S. F., 22a. Ferimento, HD: Trauma MED. Corrente, ou entado contatando a equipe. Febre, supuração com ou amarelo, neutrofilos. Dieta dieta oferecida. No prévio e encaminhado, 77. Segue em cuidados.

Paula Dias
COREN-CE 17204-ENF

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

Thamara:

11:			
16:			
20:			
06:			

DATE:	00-11				
P.A.:	130740				
TEMP.°:	38°C				
P.J. MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NOME:	ilê Coleiane Santos Freitas	IDADE:	22a	ENF.:		LEITO:		Nº. PRONTUÁRIO:	
-------	-----------------------------	--------	-----	-------	--	--------	--	-----------------	--

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
IDH-1300-Previdência de Fortaleza

PREScrição Médica / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SANE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

Trauma

NOME:

Monia Oliveira Sôcio Freitas

IDADE:

22a

ENF.:

LEITO:

Nº. PRONTUÁRIO:

Unasmiat	Insulinas	Rubrica
11:		
16:		
20:		
06:		

SINAIS VITAIS	
HORÁ:	10:00
P.A.:	137x103
TEMP.º:	35,5
P./MIN.:	
M.V./MIN.:	

DIETA GERAL

13.08.16

IBUPROFENO - 01CP VO 12/12H
DIPRONAL 13 + 18ML AD - IV 8/8H
PLASIL + 18ML AD - IV 8/8H S/N
TRAMAL 100 + 100ML SF0,9% - IV 8/8H S/N

HORARIO DE APLICAÇÃO
DOS MEDICAMENTOS

S/N

22.08.16

20 02 08

S/N

S/N

Carla Martins C. Neta
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

Curativo no Joelho Esq

Orienta!

PP - Plantar

Resposta S/N
Método S/N

Carlos Wandsch C. Neta
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

DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10

FRATURA DE ESPINHA TIBIAL + LESÃO DE
LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

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 FRATURA DE TÍBIA DIREITO. 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, EUPNEICA EM AA; COM DISCRETA DOR, SEM CREPITAÇÃO, SEM EQUIMOSE, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. ACEITA A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VÔMITOS. CONCILIA CICLO SONO-VIGILIA. REFERE ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS. DEAMBULANDO. APTA A RECEBER ALTA HCSPITALAR E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

TERAPÊUTICA 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
- 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 EMERGENCIA MÉDICA SE APARECIMENTO DE FEBRE OU DOR DE FORTE INTENSIDADE.

CONDIÇÕES DE ALTA

() Curada (X) Melhorada () Inalterada () A pedido () Transferida
() OUTRA () Óbito () Solicitada Necropsia

Fortaleza - Ceará 26 / 08 / 2019



CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 145 - Jôquei 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 – Jôquei Clube
CEP: 80520 –100 Fone: (85) 3233-3545
Fortaleza - Ceará



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
MCCP. DIST. M^{TE} J^{OSÉ} BARROSO DE OLIVEIRA
PROTEINHA DE PARANGABA
AV. Ovídio de Paula n° 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará Telefones (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARTECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD: 38 5398

Atesto que o (a) Sr. (a) M^{TE} GLECIANO S^{EN}TO

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 11/05/97 às 20:44 hs.

Tendo como causa de socorro CSO

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

Observações: Atenda pelo Dr. Miguel
PAIOLINHO CRM 11441

Fortaleza-Ce, 27 de 05 de 19

Antonio Eusebio T. Rocha
CRM 4774
Traumato

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 8º do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 88.581 de 14/03/87, 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) MARIA GECILIA
SAUTER FORTES (PONT: 24.607)
portador do documento 125.2207524/2007-534
necessita de 90 (NOBIS) dias de repouso por motivo de doença.
CID: F00.99 (5.821)

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

Fortaleza, CE 13 de Setembro de 2013.

Assinatura do(a) médico(a) / CRM

Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
Av. Lineu Machado, 145 - Jôquei 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 – Jôquei Clube
CEP: 60520 – 100 Fone: (85) 3293-3545
Fortaleza - Ceará

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013790122326

BAVI 01 1147730170 RENTR 00000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA DO SOCORRO PEREIRA GOMES
FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ 09262862870 PLACA PML4042
CHASSI 9C2K52500JF118714

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START

CATEGORIA 2018 ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

PARTECIPAR PRETA

COTA UNICA 1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

AL.FID. BANCO PAN 3 A. OBSERVAÇÕES

CE Nº 013790122326 BILHETE DE SEGURO DPVAT

09262862870 PML4042

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 28/03/2018

RENAVAM 1147730170 MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START

PRÊMIO TARIFÁRIO 81.29 DENATRAM (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 185.50

PROPRIETÁRIO LOTE/D SEGURO LIDER DPVAT 117976
MOTOR: KC25E09P19728608/0001-04

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 tíbia 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 atrofia 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 tíbia 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 atrofia 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. Nexos 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 às 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. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico