

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2014024693**
Vítima: **PAULO MARTINS FERNANDES**
Local: **CE-QUIXERAMOBIM**
Data do Acidente: **9/1/2013**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s):

JOELHO DIREITO

b) 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.

TRAUMATISMO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

APRESENTA ATROFIA DE COXA DIREITA E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. 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 corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
 b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
 b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

JOELHO DIREITO

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%


Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:


Local e data de realização do exame médico legal:

CE - BOA VIAGEM, 2/1/2014

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302

Médico Revisor: MARCUS HERRERA RODRIGUES DE ALMEIDA CRM: 52200288


Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRMCE - 6302


MARCUS H. R. ALMEIDA
CRM RJ 52.20028-8

Assinatura do perito examinador - CRM

Assinatura do perito revisor - CRM

Informações Complementares

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:

14/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

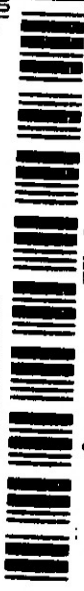
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00722-6

CONTA: 000000030621-5

Nr. Autenticação

BRDESCO140220140500000000023700722000000030621168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Martins Fernandes
RG nº 05058830852 data de expedição 09/11/11, Órgão Sebrae
CPF nº 03900341346, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

CAPEMISA

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Plúto Skeffy</u>	01 NOV 2013
Número	<u>89</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Monteiro de Norais</u>	
Cidade	<u>Guararombem</u>	
Estado	<u>ceara</u>	
CEP	<u>63.800.000</u>	
Telefone de Contato	<u>(88)3412-1978 (88)9414-7239 (88)9937-5110</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 03/10/13Assinatura do Declarante: X Paulo Martins Fernandes



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 4121 / 2013 -

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO

Data / Hora da Comunicação: 01/10/2013 10:56:56

Data / Hora da Ocorrência : 01/09/2013 10:00:00

Endereço da Ocorrência: LAGOA CERCADA /

CENTRO QUIXERAMOBIM / CE

Ponto de Referência:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES

Nascimento : 01/06/1988

CNH: 519383224 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Afiliação: JOSE FERNANDES DA SILVA

MARIA DAISE MARTINS FERNANDES

CAPEMISA

Endereço: R ALVISTO SKEFF 39

01 NOV 2013

MONTEIRO DE MORAIS

QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone: 9794.4248

Histórico

QUE É HABILITADO; QUE CONDUZIA O VEÍCULO DO TIPO HONDA CG 150 TITAN ES, ANO 2006, COR VERMELHA, DE PLACAS HYL 5311, CHASSI 9CZKC8507R036243, LICENCIADO EM NOME DE MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES; QUE UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA NA CONTRAMÃO COLIDIU FRONTALMENTE COM O NOTICIANTE EM UMA DETERMINADA CURVA DO PERCURSO; QUE O NOTICIANTE VEIO AO SOLO; QUE DEVIDO A QUEDA SOFREU DIVERSAS AVÁRIAS PELO O CORPO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES; QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL LOCAL; QUE NÃO FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. ENADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Elaine

ATRÍCULA: 198855-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Martins Fernandes

DESTINO DO DELEGADO(A): _____



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

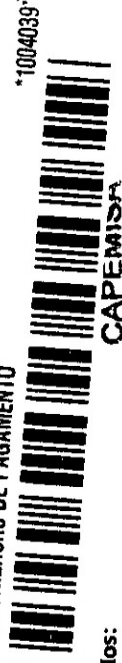
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomendamos o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Paulo Martins FernandesPORTADOR(A) DO RG Nº 05058830852 EXPEDIDO POR LOUVAU EM 09/11/11 ECPF 031003403-46 / CNPJ 00000000-0000-0000-0000-0000 - PROFISSÃO _____E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Martins Fernandes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

CAPEMISA

01 NOV 2013

❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 33 AGÊNCIA 722-6 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0030621-5

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fortaleza DATA 03/10/13ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Paulo Martins Fernandes

❗ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



REDE PAJOS DA GUARDA - FILIAL QUIXERAMOB
R MONSENHOR SALUTIANO PINTO - 263 A
Term. Net-Iso 00026673 Data 02/10/2013
Data: 02/10/2013 Hora de Brasília: 15:33

xxxx Extrato de Conta Corrente xxxx

PAULO MARTINS FERNANDES 15:33HR
AGENCIA 0722 CTA 0030621-5 02/OUT/2013

DISPONIVEL	
+ CONTA CORRENTE	0.00
= TOTAL DISPONIVEL	0.00
SALDO TOTAL	0.00

CAPEMISA

01 NOV 2013

Ag. Bradesco : 722 - QUIXERAMOB
Corresp. Banc.: 074 - REDE A G FL
QUIXERAM
NSU: 022426711837 Autenticacao: 974744

QUITADORIA BRADESCO
0800 722 9933

NSU Rede: 121305 Hora Rede: 15:33:35



REDE PAJOS DA GUARDA - FILIAL QUIXERAMOB
R MONSENHOR SALUTIANO PINTO - 263 A
Term. Net-Iso 00026673 Data 02/10/2013
Data: 02/10/2013 Hora de Brasília: 15:33

xxxx Extrato de Conta Corrente xxxx

PAULO MARTINS FERNANDES 15:33HR
AGENCIA 0722 CTA 0030621-5 02/OUT/2013

DISPONIVEL	0.00
+ CONTA CORRENTE	0.00
= TOTAL DISPONIVEL	0.00
SALDO TOTAL	0.00

CAPEMISA

01 NOV 2013

Ag. Bradesco : 722 - QUIXERAMOB
Corresp. Banc.: 074 - REDE A G FL
QUIXERAM
NSU: 022426711837 Autenticacao: 974744

QUITADORIA BRADESCO
0800 722 9933

NSU Rede: 121305 Hora Rede: 15:33:35

OUTROS

10040154



REVISAO DE PROCESSO

Eu, Paulo Martins Fernandes..... portador
do RG 2006021076212..... inscrito no CPF 03900341346
Com o endereço na Rua/Trav Rua Alvaro 544 - 89
Bairro Monte Prado Mourão..... cidade Quixeramobim

Eu..... venho através desta requerer aos senhores revisão do processo, a referida solicitação se faz pelo fato de não concordar com o valor pago do processo, tendo em vista as gravidades das lesões por mim sofridas em consequência do acidente de trânsito.

Diante das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo e se necessário realização de uma nova perícia médica com o médico auditor da seguradora para que o mesmo possa constatar real situação, pois é inaceitável o valor pago.

17.12.2013.....

RECEBIDO EM:

09 JAN 2014

Atenciosamente,

Paulo Martins Fernandes

OUTROS

1004054



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo Martins Fernandes

identidade nº 05058830852 e inscrito no CPF/IME sob o nº 03900341346 portador da carteira de residente e domiciliado na Rua Pluribuskey 89 - Monteiro de Moraes Estado SP declaro, sob as penas da lei, que a Univeronbu está impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro-DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☐ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro-DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro-DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

* Paulo Martins Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CAPEMIS

01 NOV 2013

Monteiro de Moraes - 103110/13

Local e data

01 NOV 2013

DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Martins Fernandes portador da carteira de
identidade n° 05058830852 e inscrito no CPF sob o n° 039.00341346
residente e domiciliado na Rua Plutostoffy 89 Monteiro de Norais
Cidade: Guaraná-mirim CE declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO, realizado no Hospital _____ Data de Entrada: / / .

Data de Saída: / /
Localizado em: _____

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA
TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro
Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvat, para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha
documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT
para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei
nº 6.194/74.

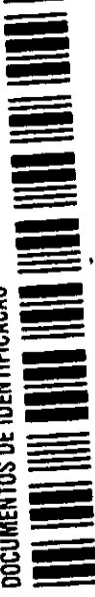
Paulo Martins Fernandes

Assinatura do Declarante

Fontalvo, 03/10/13

Local e Data

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
PAULO MARTINS FERNANDES	
DOG. EXTERNO / DOG. INTERNO Nº 200602104212 SSPDS CE	DATA DE EMISSAO 03/06/1998
CN 039.003.413-46	DATA DE VALIDACAO 01/06/1998
NOME JOSE FERNANDES DA SILVA MARIA DAISE MARTINS FERNANDES	
FERNANDES FERNANDES	AGO A
NOME 05058810852	DATA DE VALIDACAO 16/05/2015
NOME 20/10/2010	DATA DE VALIDACAO 20/10/2010
SEM OBSERVACAO:	
Paulo Martins Fernandes	
LOCAL COIXADA, CE	DATA DE EMISSAO 09/11/2011
NOME JOSE FERNANDES DA SILVA	DATA DE EMISSAO 09/11/2011
NOME MARIA DAISE MARTINS FERNANDES	DATA DE EMISSAO 09/11/2011
PROIBIDO PLASTIFICAR	

CAPEMISA

01 NOV 2013



Ortopedia e
Traumatologia

Mefi Clinic

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA

Av. Santos Dumont, 3646 - Aldeota - Fone: (85) 4006.7207 - (RNB CLUBE) - Fortaleza - Ceará

Dr. Mardônio Salmito

CRM 4411



Ortopedia
Infantil

Paulo Marcos Fernandes



Patologia
da Coluna

Laudo Médico

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*100



Cirurgia do
Joelho

Paciente de 70 anos de idade
de 70 anos tendo sequelas cirúrgicas
na coluna no período de 1980-1981.8
com complicações e sequelas cirúrgicas



Patologias
do Esporte

09-80.1.581.8

For. subseqüente a fratura
de 70 anos de idade e fratura de
osteoporose, com fratura de 70 anos de idade e
osteoporose, com fratura de 70 anos de idade e



Osteoporose

RECEBIDO EM:
09 JAN 2014

fratura com fraturas de
70 anos de idade e fratura de 70 anos de idade e
osteoporose, com fratura de 70 anos de idade e
osteoporose, com fratura de 70 anos de idade e
osteoporose, com fratura de 70 anos de idade e

RM Médica de Fratura

Fco. Mardônio Salmito Almeida

Ortopedia - Traumatologia

CRM 4411

CRF - CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota

Fone: (85) 3244.5597 / 335446

COT - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro

Fone: (85) 3392.2700

Rua Prof. Dias da Rocha, 2192 - Dionísio Torres

Fone: (85) 3472.2784

17/12/2013

⊕
Ortopedia e
Traumatologia

Mefi Clinic

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA
Av. Santos Dumont, 3646 - Aldeota - Fimpr (33) 4006 7207 - (RNR CLUBE) - Fortaleza - Ceará
Dr. Mardônio Salmato
CRM 4411

⊕
Ortopedia
Infantil

Paulo Monks Fernandes
Lando pidro

CAPEMISA

01 NOV 2013

⊕
Patologia
da Coluna

Paciente virou de cabeça
de mont. 6. Tenda sofreda trauma
no pino direito com fratura de
C10 - S81.8, S80.1

⊕
Cirurgia do
Joelho

For. subinjetado a lampa
e viras do lenimento e
foras.

⊕
Patologias
do Esporte

⊕
Osteoporose

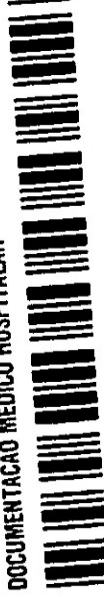
Frau com reguolar de
cicatriz, gnos e fadiga
precoce os movimentos com
carga. prejudicado.

Arto miêre ceptm 7m

Dr. Mardônio Salmato Almeida
Traumatologia Ortopedia
CRM 4411

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*10040



CRF - CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota
Fone: (85) 3244.5597 / 325446

COF - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro
Fone: (85) 3392 2700

Rua Prof. Dias da Rocha, 2192 - Brumadão Torres
Fone: (85) 3472.2784



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE: (83) 3441.1353 - FAX: (83) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@universalnet.psl.br
Quixeramobim - CE



Dr. Pontes Neto

BOLETIM DE CONSULTA MÉDICA

10:00

Data: 01/09/13 04.01.005-8 UN N° 30

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Ruba Martins Arraújo 01.06.88
Estado Civil: solteiro Sexo: M Idade: 25a
Naturalidade: Quixeramobim Profissão: parente
Residência: Grupo Sereia
Procedência: 72

3 - QUEIXA PRINCIPAL:

3-H.D.A.

11 NOV 2013

CAPEMISA

4 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

5 - CONDIÇÃO:

Boa evolução
em visita por 5/12 (11/80)

Dra. Paula Lira
MÉDICA
CRM-6079

ASSINATURA / CARIMBO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que _____

recebeu atendimento médico em _____

com diagnóstico de: _____

o (a) mesmo(a) está necessitando de: _____ dias de licença do

trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim - CE

Dra. Paula Lima
Médica
CRM: 8079

CAPEMISA

01 NOV 2013

MÉDICO - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014024693**Cidade:** Quixeramobim**Natureza:** Invalidez**Vítima:** PAULO MARTINS
FERNANDES**Data do acidente:** 01/09/2013**Emissor do parecer:** Erica Marinho
Silva Lima**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços**CRM do médico:** 6302

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR DIREITO**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA ATROFIA DE COXA DIREITA E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 01/02/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 3.375,00**Médico avaliador:** gustavo adolfo pereira da silva junior**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

Quixeramobim - CE, 29 de Janeiro de 2014.

À
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT
RIO DE JANEIRO – RJ

TERMO DE COMPROMISSO / PEDIDO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA –
INVALIDEZ

VÍTIMA: **PAULO MARTINS FERNANDES**

SINISTRO: **2014/024693**

DATA DO ACIDENTE: **01/09/2013**

Venho por meio desta informar que não pude comparecer à perícia agendada.

Tendo em vista que me considero portador de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **reagendado** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmo a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

TELEFONES DE CONTATO PARA REAGENDAMENTO DE PERÍCIA:

(88) 3412-1978

(88) 9914-7239

(88) 9202-8501

(88) 9937-5110

RECEBIDO EM:

29 JAN 2014