

**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

Nome do(a) Examinado(a): Paulo Martins Fernandes
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Quelide Wiewar, 89 000
Ponteiro de Moraes Quixeramobim CE CEP: 63800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006021046212
Data local do exame: [25/11/2015] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TCE COM FRATURA DA FACE.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA. EVOLUIU COM CEFALÉIA RESIDUAL, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, DISESTESIAS NA FACE, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E MASTIGATÓRIA

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA FUNCIONAL POR CEFALÉIA RESIDUAL, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, DISESTESIAS NA FACE, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E MASTIGATÓRIA

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Lesões neurológicas que cursem com impedimento do livre deslocamento corporal

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


J. Oliveira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150598043 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 11/01/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE com ferimento corto contundente na face fratura do maxilar esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Apresentando diminuição dos movimentos de abertura da boca e da força mastigatória

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com colocação de mini placas de platina e parafusos. Paciente teve alta definitiva em 02/07/2015.

Sequelas permanentes: Apresentando diminuição dos movimentos de abertura da boca e da força mastigatória, episódios de cefaléia e tonturas. Distúrbio da memória remota. Presença de edema residual na hemiface esquerda e diminuição a da abertura palpebral esquerda. Presença de distúrbio do sono. Paciente faz uso contínuo de Hidantal.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Gerardo Vale Matos

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

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
trauma, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2015

Carta nº: 7348697

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vitima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2015

Carta nº: 7467120

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2015

Carta nº: 7571998

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: PAULO MARTINS FERNANDES

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 0000018324-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2015

Carta nº: 8172116

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2015

Carta nº: 8206733

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vitima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Paulo Martins Fernandes
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Quelide Wiewar, 89 000
Ponteiro de Moraes Quixeramobim CE CEP: 63800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006021046212
Data local do exame: [30/07/2015] Icó [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- TCE com ferimento corto contundente na face fratura do maxilar esquerdo. Apresentando diminuição dos movimentos de abertura da boca e da força mastigatória**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
- (X) Sim () Não
- Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
- (X) Sim () Não
- Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- Periciando sequelado de TCE com ferimento corto contundente na face fratura do maxilar esquerdo, tratado cirurgicamente com colocação de mini placas de platina e parafusos. Paciente teve alta definitiva em 02/07/2015.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
- (X) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- Apresentando diminuição dos movimentos de abertura da boca e da força mastigatória, episódios de cefaléia e tonturas. Distúrbio da memória remota. Presença de edema residual na hemiface esquerda e diminuição da abertura palpebral esquerda. Presença de distúrbio do sono. Paciente faz uso contínuo de Hidantal.**
- Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() “Vítima em tratamento”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> <p>() “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações</p> | <p>() “Sem sequela permanente”
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = “100% da IS”
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. José Gerardo V. Matos
Médico | CRM - 3216
CPF: 073.762.353-53

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	6.750,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000018324-6

Nr. da Autenticação 421CD55377C2D0A7

ATO de declaração

PA 140 x 90



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Data: 13/06/15 Horário: 13:44h Nº 81

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Mantuvas Fernandes

Estado Civil: Solteiro Sexo: Masculino Idade: 81

Data de Nascimento: 1/1/1934

SUS:

Naturalidade: Cabangu

Profissão: Engenheiro

Residência: Rua Cacerada Bairro: Oxente

Temperatura: PA: 140 x 90 mmHg

2 - Diagnóstico: Paciente vítima de queda de altura

presentando trauma em região facial,

3 - Procedimento: Episódio de cefaleia local,

paciente consciente, orientado, sem alterações,

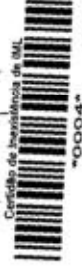
Glasgow 15. ACP fisiológica.

ASSINATURA/MÉDICO

- 1) Talamida 100mg + 100ml SFO 97. EV. H
- 2) Dexametasona 01 mg. EV. H
- 3) Dipirona 01 mg. EV. H

CAPEMISA
16 JUN 2015

Dr. R. Nobre
CRM: 16149



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paula Martins Fernandes, portador da carteira de identidade nº 2006021046212 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.003.413-46 residente e domiciliado na Trav. Quelzen Wian Cidade Quixeramundim Estado Perná, 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 (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.

Paula Martins Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quixeramundim, 05/03/2015

Local e data

CAPEMISA
16 JUN 2015



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

Gov. do Estado do Ceará
Secretaria da Segurança Pública e
Defesa Social - SSPDS
12º RPC / DELEGACIA MUNICIPAL DE
QUIXERAMOBIM - CEARÁ
Fones (88) 3441-0302

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 631 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 06/02/2015 10:41:06
Data / Hora da Ocorrência : 11/01/2015 13:44:06
Endereço da Ocorrência: LOCALIDADE DE LAGOA CERCADA

NAO INFORMADO QUIXERAMOBIM /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES
Nascimento : 01/06/1988
RG: 2006021046212 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF:
Filiação: JOSE FERNANDES DA SILVA
MARIA DIASE MARTINS FERNANDES
Endereço: R LOGOA CERCADA
LAGOA CERCADA
QUIXERAMOBIM CE BRASIL Telefone:

RECEBIDO EM:

09 JUL 2015

Histórico

QUE, CONDUZIA A MOTOCICLETA MODELO HONDA/ CG 150 TITAN ES, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2006/2007, PLACA HYL 5311, CHASSI 9C2KC08507R036243, LICENCIADA EM NOME DE MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES, QUE, ESTAVA NO LOCAL, HORA ACIMA MENCIONADO QUANDO TRAFEGAVA PELA AQUELAS PLAGAS QUANDO DERRAPOU EM UMA PEDRA DE CALCAMENTO QUE ESTAVA SOLTDO DO SOLO, QUE, CAIU CONTRA O SOLO QUE TEVE VARIAS ESCORIAÇÕES NA FACE E ENTRE OUTRAS, QUE, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTES MUNICIPIO, ONDE FOI TRANFERIDO PARA IJF NA CIDADE DE FORTALEZA, LOGO DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA SANTA CASA DE MISERICORDIA NA CIDADE DE FORTALEZA, QUE, NESTE ULTIMO HOSPITAL PASSOU DEZ DIAS ENTERNADO, QUE, COMO TESTEMUNHA OCULAR DO SINISTRO JERRY LUIS DE BRITO, PORTADOR DO RG 2007663106-5, JEAN LUIS DE BRITO PORTADOR DO RG 2007663109-0, RESIDENTE AMBAS AS TESTEMUNHA N ALOCALIDADE DA VITIMA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Paulo Martins Fernandes*

VISTO DO DELEGADO(A) :
SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7



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

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS – B.O.

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATURIZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 536-00631/2015 CIOPS. -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 06/02/2015 10:41

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 11/01/2015 13:44

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: LOCALIDADE DE LAGOA CERCADA
NÃO INFORMADO QUIXERAMOBIM/CE

PONTO DE REFERÊNCIA

DOCUMENTO(S).

MATERIAL (S) ROUBADO(S)/APREENHIDO(S):

HISTÓRICO: QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MODELO HONDA/CX150 TTAN ES, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2006/2007, PLACA IYL 5311, CHASSI 9CZKC08507R036243, LICENCIADA EM NOME DA GENITORA DA VITIMA QUE, ESTAVA NO LOCAL, HORA ACIMA MENCIONADO QUANDO TRAFEGAVA PELA AQUELAS PIAÇAS QUANDO DERRAFOU EM UMA PEDRA DE CALCAMENTO QUE ESTAVA SOLTO DO SOLO, QUE, CAIU CONTRA O SOLO QUE TEVE VARIAS ESCORIAÇÕES NA FACE E ENTRE OUTRAS, QUE, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTE MUNICÍPIO, ONDE FOI TRANFERIDO PARA LIT NA CIDADE DE FORTALEZA, LOGO DEPOIS TOI ENCAMINHADO PARA SANTA CASA DE MINERICOPIA NA CIDADE DE FORTALEZA, QUE, NESTE ULTIMO HOSPITAL PASSOU DEZ DIAS ENFERMADO, QUE, COMO TESTEMUNHA OCULAR DO SINISTRO JERRY LUIS DE BRITO, PORTADOR DO RG 2007663106-5, JEAN LUIS DE BRITO PORTADOR DO RG 2007663109-0, RESIDENTE AMBAS AS TESTEMUNHAS NA LOCALIDADE DA VITIMA.

DADOS DA VÍTIMA

NOME: PAULO MARTINS FERNANDES

RG: 2006021046212 ORGÃO EMISSOR: SSPDS UF: CE

FILIAÇÃO: JOSÉ FERNANDES DA SILVA

MARIA DIAS MARTINS FERNANDES

ENDEREÇO: R LAGOA CERCADA

LAGOA CERCADA
QUIXERAMOBIM/CE

TELEFONE:

DADOS DO INFORMANTE

NOME: VITIMA

CAPEMISA

16 JUN 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUINERAMORIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
MATRÍCULA --



RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Paulo Martins Fernandes*

VISTO DO DELEGADO(A).

CAPEMISA
16 JUN 2015

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. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Paula Martins Hernandez

PORTADOR(A) DO RG Nº 2006021046212 EXPEDIDO POR SSPD/DE EM / /
CPF 039003413-46 / CNPJ 00000000-00000000-00000000, PROFISSÃO - -
E RENDA MENSAL DE R\$ - - (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paula 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados;

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO	Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)	Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2843 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 018324-6

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

Wuxterandim. 05 de maio de 2015 x Paulo Mendes de Almeida

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.

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



CAPEMISA

16 JUN 2015



AUTO-ATENDIMENTO - AG. QUIXERAMOBIM

DATA: 06/02/2015

HORA: 14:45:58

TERMINAL: 28431007

CONTROLE: 284310070023

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA:

2843.013.00018324-6

NOME:

PAULO MARTINS FERNANDES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:

0342090100

NÚMERO DE CONTROLE:

037459084

A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CAPEMISA

16 JUN 2015



0029

REVISAO DE PROCESSOEu Paulo Martins FernandesPortador do RG 2006021046212Inscrito no CPF 039.003.413-46Com o endereço na Rua/Trav. Av. Euclides LúcioBairro Monteiro de Menezes cidade Guaxinim

UF PE venho através desta carta requerer aos senhores revisão do meu 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 líder para que o mesmo possa constatar real situação, pois é inaceitável o valor pago.

Atenciosamente,

Paulo Martins Fernandes23/09/2015

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



4

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DECLARAÇÃO

Paula Martins Bernardes portador da carteira de
Identidade n° 2006021046212 e inscrito no CPF sob o n° 039.003.413-46

Residente e domiciliado na Trav. Euclides Wilson

Cidade: Murumbiana, Estado Piauí, 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 cirurgicos realizados.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro
Orcvat (Lei nº 5.194/74)

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.

Corroborando desde já, em me submeter à pericia 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 5.194/74.

५५

1994

24

Assinatura do Declarante

CAPENMISA

16 JUN 2015

Quiterandim 05/03/2015

Local e Data



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 011430616738
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 00907923275 0000000000 EXERCÍCIO 2014

NOME MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES
QUIXERAMOBIM /CE

CPF/CNPJ 01260525813 PLACA HYL5311/CE

PLACA ANT. /CE 9C2KC08507R036243

VEICULO /MO PAS/MOTOCICLO DANO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CAP/POT/CIL 2P/149CC CATEGORIA PARTIC DOA PREC. DOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I P V A 1 2 3

FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
QUIXERAMOBIM 24/02/2014

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 011430616738 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 24/02/2014

VIA 01 01260525813 PLACA HYL5311

RENAVAM 0090/923275 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2006 DOA 09 NO CHASSI 9C2KC08507R036243

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129.04 DENATRAN (R\$) 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 149.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 1.11 TOTAL A SER PAGO POR SEGURO (R\$) 292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 17/02/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

03493



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO
CARTIIRA/NACIONAL DE HABITACÃO

TÍTULO **CPF** **DATA DE EMISSÃO** **VALIDADE** **CE**
 2006021046212 88705 09/11/2011 09/11/2011

CPF **059-003.413-46** **DATA DE EMISSÃO** **VALIDADE**
 01/06/1998 01/06/1998

NOME **JOSE FERNANDES DA SILVA**
MARIA DAISIE MARTINS FERNANDES

AC **CE** **DATA DE EMISSÃO** **VALIDADE**
 16/05/2015 16/05/2015

05050530352

519383224
VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

519383224

PROIBIDO PLASTIFICAR

DATA DE EMISSÃO **VALIDADE**
 09/11/2011 09/11/2011

93080336308
CEL27967184

DETRAN-CE (CEARA)

Paulo Roberto Gomes

CAPEMISA
16 JUN 2015



Comunidade de São Sebastião



CLÍNICA
FISIOIMAGEM
Clínica Médica e Exames

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o/a paciente Paula Mante Fernandes

foi atendido nesse local, necessitando de:

(90) dias de licença médica.

CID: S06.9 - Traumatismo intracraniano. ✓

Quixeramobim - CE 12 / 08 / 15

MÉDICO - CRM

Isidoro Oliveira Rodrigues
MÉDICO DO TRABALHO
CRM - 85889 6569

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015

Objetivo: Verificar e quantificar a capacidade funcional, para os devidos fins, junto ao DPVAT.

CONSIDERANDO:

Fisioterapia atividade de saúde, regulamentada pelo: Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resolução do COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94.

RESOLUÇÃO CNE/CES, 19 DE FEVEREIRO DE 2002 (*).

Institui diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

Art. 3º. O curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e coletividade. **Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.**

Art. 4º. A função do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

VI – realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da fisioterapia, em toda a sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela sua alta fisioterapêutica;

VII – elaborar criticamente o diagnóstico cinético-funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo aspecto de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas sociais e culturais, implicando na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

X – emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

RESOLUÇÃO CREFITO-8 N° 41 de 18 de junho de 2009.

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015

A

(DOU nº167, seção 1 em 01/09/2009, página 89) *Dispõe sobre a autonomia da habilitação e competência do Fisioterapeuta para desempenhar atividades de perícia, consistentes na avaliação, dentro da sua esfera de competência, de alterações e disfunções do movimento humano, com vista à elaboração de parecer de Nexo técnico e Nexo Causal.*

Artigo 2º - O Fisioterapeuta é considerado habilitado, para atuar com autonomia em Perícias em cumprimento ao estabelecimento do Código do Processo Civil, Decreto-Lei 938/69, nas resoluções COFFITO 8, 80, 10, 259, 351 e demais, desde que comprove conhecimento ou formação acadêmica complementar em perícia;

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA:

Nome: Paulo Martins Fernandes

Endereço: Lagoa Cercada - Quixeramobim

CPF: 039.003.413-46

Data de Nascimento: 11/01/2015

DADOS DO ACIDENTE

Data do acidente de trânsito: 11/01/2015

Lesão (ões) resultantes do acidente (Segmento Anatômico ou órgão afetado): Paciente apresenta lesão no Crânio

Tratamento realizado: paciente fez tratamento medicamentoso.

Sequelas decorrentes da(s) lesão (ões): Paciente sofreu traumatismo crâniano apresentando escoriações, apresentando comprometimento do osso nasal, apresentando alteração da sensibilidade, vertigem, cefaleia, comprometimento muscular da face, edema, luxação, fraqueza muscular, diminuição do tônus muscular e encurtamento muscular e dor a palpação.

Conclusão quanto a capacidade funcional – invalidez permanente total ou parcial:

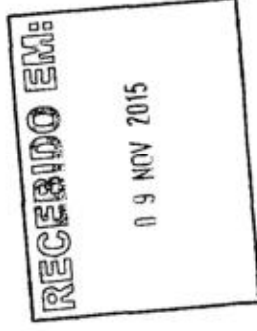
Concluo, segundo o exposto acima, 75% de incapacidade. Com relação à invalidez pode-se concluir que:

☐ a invalidez é temporária, portanto, passível de recuperação significativa ou de cura.

☒ a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima, e que as respostas acima são verdadeiras.

Antônio Mendes F. Filho



Antonio Mendes Figueredo Filho (88)97145862-(88)88484661
CREFITO: 205100-F
Fisioterapeuta
Quixadá, CE 22/09/2015



[Handwritten signature]



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N CENTRO - CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drográria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Neto

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Paulo mantins Gernandes*

Endereço: *Barra-Pencada*

Prescrição: *hidartabul 100 mg 60 cp*

tomar 01 cp 2 x dia

DATA: *26 / 10 / 15*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____
Orgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Tel.: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via: Orientação ao Paciente

V. C. T.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Paula martins Fernandes*

Endereço: *Av. Brasil - Cercado*

Prescrição: *Hydantal 500 mg 50 cp*

Tomar 03 cp 2 x dia

DATA: *19 / 09 / 15*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Tel.: _____ UF: _____
Cidade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico
Data: ____ / ____ / ____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

DATA: 10/03/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N CENTRO - CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Verônica Castro Fleites
RMS Nº 2380735-Ce
Proprietária do Medicamento

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paulo prattis Ferreira

Endereço: Barroca - Caramuru

Prescrição: Hydantol 300 mg - 60cp

tomar 01 cp 2 x dia

DATA: 02, 07, 15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____
Orgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Tel.: _____
UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: _____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015

SUS: 898003019104396 DU 10106182



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Verônica de Souza
[Assinatura]

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Paulo mantovani Genesio dos*

Endereço: *Logradouro*

Prescrição: *hidantal 100mg 50cp*

curar 01 cp 2 x dia

DATA: *17 106 15*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____
Orgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Tel.: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: ____/____/____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites
RMC 7.000.250.000
- Nº: 2.112

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paulo matheus Fernandes

Endereço: Rua - Encadea

Prescrição: Hidantal 500mg 60cp

Tomar 01cp 2x dia

DATA: 04 / 03 / 15.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____
Orgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Tel.: _____
UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: ____ / ____ / ____





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N CENTRO - CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via: Orientação ao Paciente

Verônica Castro Fieles
RMS Nº 23007151CE
Projeto Mais Médicos para o Brasil

Verônica

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paulo marcos Fernandes

Endereço: Rua - Conceição

Prescrição: hidantal 300 mg 60cp

1x dia

DATA: 04.05.15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____
Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Tel.: _____
UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico: _____
Data: _____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites
RMS Nº 2300715/Ce
Médico Responsável

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

DATA: 11/02/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:
Ident.:
Órgão Emissor:
Endereço:
Cidade:
Tel.:
UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: / /

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



PA 140x90



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Data: 14/06/15 Horário: 13:44h Nº 81
1 - IDENTIFICAÇÃO
Nome: Paulo Martins Fernandes
Estado Civil: Solteiro Sexo: M Idade: 28
Data de Nascimento: 1/1/1987

SUS:

Naturalidade: Quixeramobim
Profissão: Engenheiro de Segurança
Residência: Lagoa da Conceição Bairro: Oxidante
Temperatura: PA: 140x90 mmHg

2 - Diagnóstico: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
APRESENTANDO TRAUMA EM REGIÃO FACIAL,
3 - Procedimento: EMERGENCIAL E CACENARAT LONBIAH
PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VEM DO HOSPITAL
GLASGOW 15. ACP FISIOLOGICA

ASSINATURA/MÉDICO

- 1) TAPADM 100mg + 100ml SF0,9%. EV. #
- 2) DEXAMETASON 01 amp. EV. #
- 3) DIPIRONA 01 amp. EV. #

CAPEMISA
16 JUN 2015

Dr. D. Nobre
CRM: 1616149

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Pe. João Paulo Fernandes

vítima de acidente de trânsito, em 11/01/2015, sofreu:

Fratura do antebraço
Fratura do maxilar inf.
CID- S02.2. S02.4

e submeteu-se a tratamento(s):

cirurgia
ortoprotese do maxilar inferior

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Perda de visão
com testes visual cronica
Dificuldade de atenção e
condução oral. Dor
e desconforto no maxilar
inferior e maxilar superior
Dores locais no maxilar
inferior. Prejudicados

16 JUN 2015
CAPENISA

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

DR. FCO. M. SALMITO DE ALMEIDA
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Número do Prontuário: _____

Nome: <u>João Vitoriano Fernandes</u>	Idade: <u>26</u>	Sexo: <u>M</u>
Clinica: <u>BMF</u>	Enf.: <u>28</u>	Procedência: <u>UF</u>
Endereço do Paciente: <u>Rua Circópea - Quilombo 51M</u>	Leito: <u>234</u>	Telefone: _____
Nome do Responsável: _____		Telefone: _____
Data da Internação: <u>12/04/15</u>	Data da Alta: <u>20/04/15</u>	

Resumo Clínico

Pt. interno portador de traumatismo
sendo como segunda vítima de
da face.

Exames Realizados

CAPEMISA
16 JUN 2015

RX OSSOS FACE

Terapêutica Utilizada

Atendimento sob anestesia geral

Condições de Alta

Melhorado: <u>X</u>	Curado: _____	Encaminhamento: _____
Retorno em: <u>27/04/15</u>	<u>SALA 17</u>	<u>AMBULATÓRIO BMF</u>

Diagnóstico Final

traumatismo face.

Observações

Paciente encaminhado

Data: 20/04/15

Dr. Stênio Araújo Neto
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-6052/CE

Nome do Médico - CRM e Carimbo



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Segurado Paulo Martins Fernandes

— portador da Carteira Profissional n° —

Série — Necessita de 30 (Trinta)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

SMF

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

19/01/15

LOCALIDADE E DATA

Dr. Diogo Ohse

Cirurgia e Traumatologia

Buco-Maxilo-Facial

CRO-CE 7270

ASS. DO MÉDICO - CRM N°

NOTA - atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto n°. 60.501, de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

SANTA CASA, DESDE 1861 SALVANDO VIDAS

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza - CE - CEP 60.025-060
CNPJ 07.273.592/0001-64 - CGF 06.011.507-6 - Tel.: (85) 3455.9100

CAPEMISA

16 JUN 2015



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

FOLHA DE RECEITA

Para: Paulo Laran Gomes

Prontuário N°: _____

7

uso Topi

3/ Colocação de _____ • 1 Bimba

Alcivar J. (M. R. R. Olt A. G. M., N. 3)
F. 21.11.17

Dr. George Gomes
Clínica e Traumatologia
Boca-Maxilo-Facial ABO
CRIO: 6960

SANTA CASA, DESDE 1861 SALVANDO VIBAS

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza/CE - CEP 60.025-060
CNPJ: 07.273.592/0001-64 - CGF: 06.011.507-6 - Fone: (85) 3455.9100

CAPEMISA
16 JUN 2015



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria Daise Martins Fernandes

RG nº 2006021054355, data de expedição 11 / 09 / 2006
 Órgão SSP/EE, portador do CPF nº 032.605.258-13, com
 domicílio na cidade de Buixerama-Bu, no Estado de
Perná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua da Breada, nº 511.

complemento para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Paulo Martins Fernandes, cujo o condutor era
Paulo Martins Fernandes.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Bonda 166 150 Titan ES

Ano: 2006

Placa: HYL5311

Chassi: 922KE08507R036243

Data do Acidente: 11/01/2015

Local e Data: Buixerama-Bu, 17/06/2015

RECEBIDO EM:

09 JUL 2015

Maria Daise Martins Fernandes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SELO DE AUTENTICIDADE

CA - Conselho de Autenticidade de Assinaturas
 Quixadá - Ceará

Reconheço verdadeiramente (firmar):
Maria Daise
Martins Fernandes
 Dou Fe F. 17/06/15
 Em tes. da verdade
Maria Daise
 Maria Daise Martins de Brito
 Oficial do Registro Civil

VALIDO SOMENTE COM SELO DE PARTICIPANTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Martins Senander
RG nº 2006021046212, data de expedição / / , Órgão SSP DS DE
CPF nº 039.003.413-46, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Juv. Guedes Wlean</u>
Número	<u>89</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Monteiro de Mendon</u>
Estado	<u>Quixeramédim</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3441-3521 (88) 9245 1228 (88) 92188940 (88) 99010887</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quixeramédim, 05/03/2015.

Assinatura do Declarante: Paulo Martins Senander

CAPEMISA

16 JUN 2015



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

AV. DR. JACQUES GUILLAUME, 570 - CENTRO
QUIXERAMOBIM - CEARÁ - CEP: 63800-000
FONE: (88) 3441-1132 - FAX: (88) 3441-1177
C.N.F.J.: 07.742.778/0001-15

CONTA
ÚNICA

ROSALI MARTINS DE BRITO TRAV. EUCLEDES WICAP, 89 MONTEIRO DE MORAES 63800000 QUIKERAMOBIM CE ROTA: 1-2740	MES/ANO: 01/2014 N. GUIN: 140111346 CATEGORIA/QUANTIDADE 1-RES:
---	--

DESCRICAO	VALOR
Tarifa de Agua	15,80
MULTA REF. SET/13-	0,32

TABELA DE VALORES M3 POR FAIXA		
Cat. : 1-RES	FAIXA	VALOR M3 (R\$)

111245281

DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
06/12/2013	06/01/2014	23/01/2014	R\$ 16,12
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL	CONSUMO MEDIO
498 m ³	499 m ³	1 m ³	1 m ³
NR DO HIEMETRO	VALOR DO	DIAMETRO	DATA DE INSTALACAO
2F014908 P	1	1 m ³	06/01/2014

LOCORENCA:

DADOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES			
MES	CONSUMO	Nº DIAS	MÉDIA
Dez/2013	4	30	0,13
Nov/2013	2	30	0,07
Out/2013	2	30	0,07
Set/2013	3	30	0,10
Ago/2013	1	30	0,03
Jul/2013	2	30	0,07

DETALHES SOBRE A LEGISLAÇÃO VIGENTE	PERÍODO DA ANÁLISE:	04/01/2014 a 03/02/2014
PARÂMETRO	UNIDADE	IMP
	TOTAL DE ANÁLISES PERÍ. 2004/5	VALOR PERÍO PERÍ. 2004/5

	mg/Cl	HU	CL	FL	ur	pH	Turbidez
	MG/FL	UNT					
Cloro Residu	0	0	0	0	0	0	0
Col. Aparente	0	0	0	0	0	0	0
Col. Formes +	0	0	0	0	0	0	0
Col. Formes	0	0	0	0	0	0	0
Fluor.	0	0	0	0	0	0	0
pH	0	0	0	0	0	0	0
Turbidez	0	0	0	0	0	0	0

CAPEMISA
16 JUN 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150598043 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 11/01/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em face

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150598043 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 11/01/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM FRATURA DA FACE

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA FUNCIONAL POR CEFALÉIA RESIDUAL, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, DISESTESIAS NA FACE, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E MASTIGATÓRIA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA. EVOLUIU COM CEFALÉIA RESIDUAL, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, DISESTESIAS NA FACE, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E MASTIGATÓRIA

Sequelas permanentes: DÉFICIT NEUROLÓGICO
LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM ESTRUTURAS CRÂNIO - FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/11/2015

Conduta mantida: Sim

Observações: JÁ INDENIZADO A CONTENTO

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

