

**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 Wlear, 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?

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?

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)?

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**Lesões neurológicas que cursem com impedimento do livre deslocamento corporal**

**Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 (\*).

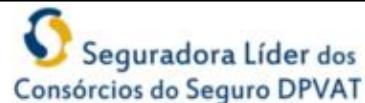
Total = "100% da IS"

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

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

  
Dr. Odete Martins Carvalho  
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 continuo de Hidantál.

**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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Facial, cursando 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
<b>Total</b>			<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

## 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](http://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](http://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.

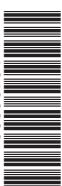
#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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**





Seguradora Líder · DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2015

Carta n°: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2015

Carta n°: 7571998

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043  
Vitima: 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](http://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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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 Wlear, 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?

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?

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)?

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 céfaléia 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 Hidental.**

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

“Sem sequela permanente”

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

“Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

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)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

PREF  
SÉCR  
HOSPI

Comprobación de alto declarativo

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**  
**SÉCRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR**  
**HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NEÍO**  
**DISPONIBILIZA ATENDIMENTO MÉDICO**

BLOCO DE ATENDIMENTO MÉDICO	
Data:	11/05/85
1 - IDENTIFICAÇÃO	Horário: 13:44 hs. Nº 8]
Nome:	<u>Maria da Conceição Freitas de Melo</u>
Estado Civil:	<u>Casada</u>
Sexo:	<u>Fêmea</u>
Idade:	<u>35</u>
Data de Nascimento:	<u>11/05/50</u>

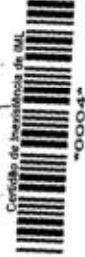
SUS:	Naturalidade: <u>CA</u>
Profissão: <u>Cozinheira</u>	Residência: <u>Cidade das Cachoeiras</u>
Temperatura: <u>37,5</u>	Bairro: <u>QX 2111</u>
2 - Diagnóstico: <u>PACIENTE VITIMA DE DENGUE E ALMO</u>	PA: <u>14 DX 90 2017</u>
<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>
3 - Procedimento: <u>DISPENSANDO TRABALHO EM REDE SOCIA</u>	<u>DISPENSAR = CACEM HOSPITAL 2013</u>
<u>PROBLEMA CONSISTENTE, ORIENTADO, VENDO SERVI</u>	<u>PROBLEMA CONSISTENTE, ORIENTADO, VENDO SERVI</u>
glasgow 15. Acp ginecologica.	glasgow 15. Acp ginecologica.

ASSINATURA/MÉDICO

- 3) Z. D. 10 hours  
2) Dexamethasone 0.1 mg. 2x1. At  
1) Tramadol 100 mg + 100 mg Seroquel.

COPENHAGEN  
16 JUN 1945

~~Nobre~~  
6149  
Dr.



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, Paulo Montino Fernandes, portador da carteira de identidade nº 2006021046210 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.003.413-46, residente e domiciliado na Toronto, Quebecer 111001, Cidade Búzios/RJ, Estado Rio de Janeiro, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IMI 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-IMI, 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 discordo do seu conteúdo.

Paulo Montino Fernandes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Auricenamolim, 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**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 LOGOAO 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 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 MUNICIPIO, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA IFJ NA CIDADE DE FORTALEZA, LOGO DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA SANTA CASA DE MISERICÓDIA NA CIDADE DE FORTALEZA, QUE, NESTE ULTIMO HOSPITAL PASSOU DEZ DIAS ENTERRADO, 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 ALOCALIDADE DA VITIMA.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**"ESQUERVAO AD HOC"**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :** *Paulo Matias J. Mendes*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA CIVIL  
DEPARTAMENTO DE QUEREMOSME

## BOLINHA DE OCORRÊNCIAS – B.O.

A VITIMA DA OCORRÊNCIA  
NATURALIZADA ATRAVÉS DE TRÂNSITO  
Nº E.O. 516-00631/2015 CIOPS. -  
DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 06/02/2015 10:41  
DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 11/01/2015 13:44  
ENDERECO DA OCORRÊNCIA LOCALIDADE DE LAGOA CERCADA  
NAO INFORMADO QUIXERAMOBIM/CE

### PONTO DE REFERÊNCIA

#### DOCUMENTO(S).

#### MATERIAL USADO/USADO/A/ATRIBUÍDO/DEIXADO:

HISTÓRICO: QUE, QUANDO VIA A MONTANHA, MODELO MONDIAL X 150 WITAS ES, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2006/2007, PLACA HYL 5411, CHASSI 9C2KC08507R36243, LICENCIADA EM NOME DA GENTORA DA VITIMA, QUE, ESTAVA NO LOCAL, HORA ACTUA MENCIONADO QUANDO TRAVEGAVA PELA AQUELA PRACAS QUANDO DERROPOU EM UMA PEDRA DE CALCAMENTO QUE ESTAVA SOLTO DO SOLO, QUE, CAIU CONTRA O SOLO QUE TEVE VARIAS ESCORRACOES NA FACHA E ENTRE OUTRAS, OUT, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL, DESDE MUNICIPIO, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA NA CIDADE DE FORTALEZA, QUE, NESTE ULTIMO HOSPITAL PASSOU 07 DIAS ENTERRADO, QUE, COMO TESTEMUNHA OCULAR DO SINISTRO JERRY LUIS DE BRITO, PORTADOR DO RG 2007663106-5, JEAN LUIS DE BRITO, TORNADOR DO RG 2007663109-0, RESIDENTE AMBAS AS VITIMAS N LOCALIDADE DA VITIMA.

#### DADOS DA VITIMA

NOME: PAULO MARTINS FERNANDES  
RG: 2006021046212 ORG: O EMISSOR: SSPDS UF: CE

FILIAÇÃO: JOSÉ FERNANDES DA SILVA  
MIRIA ELISE MARTINS FERNANDES  
ENDERECO: R LAGOA CERCADA  
LAGOA CERCADA  
QUIXERAMOBIM/CE  
TELEFONE:  
2) DADOS DO INFORMANTE  
NOME: VITIMA

CAPEMISA  
16 JUN 2015

DELEGACIA DE DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE OUTREMORIM

RESPONSÁVEL: PECÔO NEVES  
MOTRÍCULAS: --

RESPONSÁVEL: PECÔO NEVES X PECÔO NEVES JUNIOR

VISTO DO DELEGADO:

CAPENISA  
16 JUN 2015



Seguradora Líder • DPVAT

Autenticação de preenchimento

\*0014\*

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014

0014



AUTO-ATENDIMENTO - AG. QUIXERAMOBIM  
DATA: 06/02/2015 HORA: 14:45:58  
TERMINAL: 2843100700023

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2843.013.00018324-6  
NOME: PAULO MARTINS FERNANDES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE: 0342890100  
NÚMERO DE CONTROLE: 037459984

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  
Queridaria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CAPENISA  
16 JUN 2015

## REVISAO DE PROCESSO



10029\*

processos@mpb.mt.gov.br

Eu Paulo Martins Gennaro

Portador do RG 200600210462212

Inscrito no CPF 039.003.413-46

Com o endereço na Rua/Trav. Trav. Eneida Liliean

Bairro Montes de Nossa

Cidade Guiaconacemium

UF SC vengo 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.

Dia 10 de Setembro 2015 para solicitar ao senhor revisor do processo a realização de uma nova perícia médica com o medico auditor da seguradora Lider para que o mesmo possa constatar real situação, pois é inacreditável o valor  pago.

23/10/2015

Atenciosamente,

Paulo Martins Gennaro

<u>RECEBIDO EM:</u>
19 NOV. 2015



## DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Mafinho Fernandes, portador da carteira de identidade nº 2006021046212 e inscrito no CPF sob o nº 039.003.413-46,

Residente e domiciliado na Travessa Andrade 1100/201,

Cidade: Araçatuba, Estado São Paulo, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital [redacted], Data de Entrada: [redacted]

Data de Saída: [redacted]

Localizado em: [redacted]

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 à análise da minha documentação enviada.

Considerando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.

Cidade: [redacted]

Assinatura do Declarante

CAPEMISA  
16 JUN 2015

Araçatuba, 05/03/2015

Local e Data



- 6 - 343 C. 2

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DENTREN

**DETAN - CE** **Nº 011430616738**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA <b>PPT</b>	ODB-RENAVAM <b>01 00907923275</b>	R.N.T.R.C. <b>00000000000</b>	EXERCÍCIO <b>2014</b>
NOME <b>MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES</b> ***** ***** <b>QUIXERAMOBIM</b> /CE			
CPF / CNPJs <b>01280525813</b>		PLACA <b>HYL5311/CE</b>	
PLACANT/ME <b>/CE</b>	CHASSI <b>902KCG08001006243</b>		
PERÍODO <b>PAS / MOTOCICLO DANHO IMPL.</b>		COMBUSTÍVEL <b>GASOLINA</b>	
MARCA / MODELO <b>HONDA / CG 150 TITAN ES</b>		ANO PAB <b>2006</b>	ANO MOP <b>2007</b>
CAP / POT / CIL <b>2R / 149CC</b>		CATEGORIA <b>PARTIC</b>	DOR PREDOMINANTE <b>VERMELHA</b>
I P V A	COTA ÚNICA ***** , **	VENC. COTA ÚNICA ** / ** / **	VENC. COTAS 10*****
F A I X A I R V A *****	PARCELAMENTO / COTAS ***** , **	2*****	
		3*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO *****
OBSERVAÇÕES ***** ***** *****			
LOCAL <b>QUIXERAMOBIM</b>	DATA <b>24/02/2014</b>		
<i>Igor Ponte</i> Superintendente DETAN-CE			

CENTRUM

Igor Pante  
Superlenschide



24/02/2021

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SLA 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

**EXERCÍCIO DATA EMISSÃO**  
**2014 24/02/2014**

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 01260575813 HYL5311

**RECHAVAM** 0090/92.1275 **MARCA / MODELO** HONDA/CB 150 TITAN ES

AND FAB. DATE NO. CHASSIS  
2006 09 9C2KC08507R036243

## **PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BANHETE (R\$) - 4,15 OF (R\$) - 1,31 TOTAL A SER PAGO P/OS REQUERIDOS (R\$) - 292,61

**PAGAMENTO** **COTA ÚNICA** **PARCELADO** **DATA DEQUITAÇÃO** **17/02/2014**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br)

-677 / 2013



-0012\*



CAPEMISA  
16 JUN 2016



Comunicação de alta disponibilidade



# ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o/a paciente Raquel Manta Renardo  
foi atendido nesse local, necessitando de:

(90) dias de licença médica.

CID: S06.9 - Traumatismo intracraniano. ✓

Quixeramobim - CE 12 / 08 / 15

MÉDICO - CRM

*[Handwritten signature]*  
Márcio Oliveira Rabelo  
CRM - 05609  
CRM DO TRABALHO  
6569

09 NOV 2015

RECEBIDO EM:

**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 Nº 41 de 18 de junho de 2009.**

**RECEBIDO EM:**

09 NOV 2015

(DOU nº167, seção 1 em 01/09/2009, página 89) Dispõe sobre a autonomia da habilitação e competência do Fisioterapeuta para desempenhar atividades de pericia, 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 comprimento 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 pericia;

**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.

(x) a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

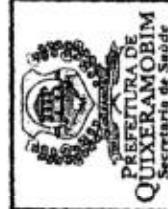
Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima, e que as respostas acima são verdadeiras.

*Paulo Martins Fernandes*

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



J



**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, SIN  
CENTRO - CEP: 63.800-000  
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *José Antônio Gómez*  
Endereço: *Baixa - Pernambuco*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Prescrição: *Hidroxicál 100 mg - 60 cp*

*Tomar 01 cp 2x dia*

DATA: *26/10/15*

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_  
Órgão Emissor: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_  
Data: *1/1/15*

**RECEBIDO EM:**

09 NOV 2015



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

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

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

1<sup>a</sup> Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria  
2<sup>a</sup> Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Adeildo mantista Jardim*

Endereço: *Chavez - Cenador*

Prescrição: *Hidantul 100 mg 50 cp*

*Tomar 01 cp 2x dia*

Data: 19 / 09 / 15

<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>
Nome:	
Ident.:	
Órgão Emissor:	
Endereço:	
Cidade:	UF: / /
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 EMISSOR**

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

Paciente:

*V. Almeida*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via: Orientação ao Paciente

Endereço:

*Rua 10 de Novembro, 1000*

Prescrição:

*100g. 100g. 100g.*

DATA:

*09/11/2015*

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome:

*Edson*

Ident.:

*RG 123456789*

Órgão Emissor:

*SEFAZ*

Endereço:

*Rua das Flores, 1000*

Tel.:

*(85) 3123-1234*

Cidade:

*Quixeramobim*

Assinatura do Farmacêutico

Data:

*09/11/2015*

**RECEBIDO EM:**

**09 NOV 2015**



PREFEITURA DE  
QUIXERAMOBIM  
Secretaria de Saúde

**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, SIN  
CENTRO - CEP: 63.800-000  
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

Paciente:

*Daniel Vicentius Jenaciklo*

Endereço: *Locação - Cidade*

Prescrição: *Hidantai 300 mg* \_\_\_\_\_ 60cp

*tornci 01 cp 2 x dia*

DATA: *02/07/95*

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Name:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

UF:

Cidade:

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico

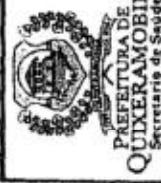
Data: / /

**RECEBIDO EM:**

09 NOV 2015

SUS: 898003019304396 DNI 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, SIN  
CENTRO - CEP: 63.800-000  
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1<sup>a</sup> Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria  
2<sup>a</sup> Via: Orientação ao Paciente

*Vitória*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

*Paulo manoel*

Endereço:

*Rua Souza Carvalho*

Prescrição: *Hidantil 100 mg - Gocp*

*Tomar 01 colher x dia*

DATA: *17/05/15*

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome:	Identificação do Fornecedor		
Ident.:			
Órgão Emissor:			
Endereço:			
Cidade:	UF:	TEL:	Data:
<i>Assinatura do Farmacêutico</i>			

**RECEBIDO EM:**

09 NOV 2015



PREFEITURA DE  
QUIXERAMOBIM

Secretaria de Saúde

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

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR**

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

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

Veronica Castro Fleites  
QMF 73.000.230-000-000  
- N°:

CARIMBO FASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Jaélio incentivo Jonnandes*

Endereço: *Floripa - Têncula*

Prescrição: *Hidantol 100 mg* *Socp*

*Tomar 1000 2x dia*

DATA: *04 / 03 /15.*

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Name: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico  
Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**RECEBIDO EM:**

*04/03/2015*



PREFEITURA DE  
QUIXERAMOBIM  
Secretaria de Saúde

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

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

1º Via: Retenção da Farmácia ou Drograria

2º Via: Orientação ao Paciente

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

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Edo maitins Fernandes*

Endereço: *Lagoa-Cacude*

Prescrição: *Hidantol 100mg 60cp*

*firmar 01 cp 2x dia*

**DATA:** *04 / 05 / 15*

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Name: \_\_\_\_\_

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

1<sup>a</sup> Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria  
2<sup>a</sup> Via: Orientação ao Paciente

**Veronica Castro Fleites**  
RMS Nº 2300715/Ce  
*Monica Castro Fleites Para o Bem*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

*Veronica Castro Fleites*

Endereço:

*Rua 01 Centro*

Prescrição:

*Veronica Castro Fleites*

DATA: 19/10/2015

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

Tel.: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

**RECEBIDO EM:**

09 NOV 2015



Documentação médica Hospitalar

PA MIOXAS



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

## BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Data:	15/05/15	Horário:	13:44 hs	Nº	0008
1 - IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Marcília Fernandes</u>				
Estado Civil: &	casado	Sexo:	feminino	Idade:	22
Data de Nascimento:	/ /	SUS:			
Naturalidade:	<u>Glasgow</u>				
Profissão:	<u>Tutora de Crianças e Adolescentes</u>				
Residência:	<u>Bairro: Olaria</u>				
Temperatura:	<u>PA: 34,0x90 mmHg</u>				
2 - Diagnóstico:	<u>paciente vítima de bala no abdômen</u>				
3 - Procedimento:	<u>intervenções na paciente em regime social</u>				
Paciente:	<u>CACIMBAS 203, 141</u>				
Glascow 15. ACP fisiológica:	<u>Glascow 15. ACP fisiológica</u>				
ASSINATURA/MÉDICO					

- 1) Transt 100mg + 100ml SFO, 91. EV. +
- 2) Dexalantase no O/ dup. EV. +
- 3) Dipirona 01 grs. EV. +

**CAPEMISA**  
**16 JUN 2015**

Nobre  
06/06/15  
Dr. C...

# FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

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

## RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):  
*Pedro Mardônio Salmito de Almeida*

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

*Fratura do metatarso direito  
com luxação e deslocamento  
com óssea mal. Dor no*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Cirurgia com luxação e deslocamento  
corrigido e fixado com placa e*

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

*50% de invalidez permanente  
com dor e sensibilidade  
distal do dedo e dor no tornozelo  
com dor no joelho. Dor no*

11

CAPEMIRIA  
16 JUN 2015

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida  
CREMEX 4411 /

*DR F. M. SALMITO DE ALMEIDA  
ORTOPEDISTA*

*Francisco Mardônio Salmito de Almeida*



## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Número do Prontuário:

Nome: <u>José Roberto Fernandes</u>	Idade: <u>216.</u>	Sexo: <u>M</u>
Clinica: <u>SBM</u>	Enf.: <u>28</u>	Leito: <u>754</u>
Endereço do Paciente: <u>Rua 1000 Unicade - Unicidade</u>		Procedência: <u>CRM</u>
Nome do Responsável: <u></u>		Telefone: <u></u>
Data da Internação: <u>12/06/15</u>		Telefone: <u></u>
		Data da Alta: <u>20/06/15</u>

## Resumo Clínico

Dolores na região do Abdômen e micturitisa  
Vendo sono agitado dia e noite  
força

## Exames Realizados

Teste Ossos Face

## Terapêutica Utilizada

Antibiotico Antidiarreico Analgesico

## CAPEMISA

16 JUN 2015

## Condições de Alta

Melhorado: X Curado:  Encaminhamento:   
 Retorno em: 24/06/15 SALA 17 AMBULATÓRIO BMF.

## Diagnóstico Final

Dolores Saca

## Observações

Documentos obtidos SDS

CRM-060522CE  
Cirurgia e Traumatologia  
Bruno-Araújo-Metrio  
Dr. Sélio Almeida CRM e Carimbo

Nome do Médico - CRM e Carimbo



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Segurado José Luiz Martins Fernandes

portador da Carteira Profissional nº 11

Série 301 Necessita de 30 (Trinta)

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

5/05 / 19/05/15  
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO LOCALIDADE E DATA

Dr. Diogo Ohse

Cirurgia P/ Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial  
CRM-CE 7270

ASS. DO MÉDICO - CRM Nº

NOTA - atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº. 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

POLHA DE RECEITA

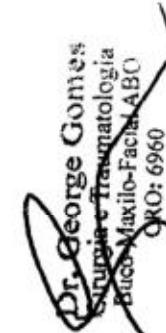
Para: Paulo Batista Ferreira

Protocolario Nº: \_\_\_\_\_

F

010 7081

1) Voluntário \_\_\_\_\_ com  
Afluir São Bernardo Oct Av das  
Artes.

  
Dr. George Gomes  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucal Maxilo-Facial ABC  
ORO: 6960

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 - Fone: (85) 3455.9100

CAPEN/SA  
16 JUL 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 012.605.258-13, com  
domicílio na cidade de Muriciamirim, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Bragea Bereada, nº 511,  
complemento pavada, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Paulo Martins Fernandes, cujo o condutor era  
Paulo Martins Fernandes.

### RECEBIDO EM:

09 JUL 2015

Veículo: Motociclo  
Modelo: Honda 160 Titan e5  
Ano: 2006  
Placa: HYL 5311  
Chassi: 9E2K08504R036243  
Data do Acidente: 11/01/2015  
Local e Data: Muriciamirim/PE, 17/06/2015

Maria Daise Martins Fernandes  
Assinatura do Declarante

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

RECONHEÇO VERDADEIRAS (firmas):	
<u>Maria Daise Martins Fernandes</u>	
DATA DE AUTENTICAÇÃO:	17/06/15
Local:	<u>Em Iles</u>
Ocupação do Declarante:	
CABINETE DE POLÍCIA CIVIL	
VALÍDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO	

**SELLO DE AUTENTICAÇÃO**  
MARIA DE FÁTIMA MARTINS DE BRITO  
Márcia de Fátima Martins de Brito  
Chefe do Registro Civil

Comprovante de residência  
\*0015\*

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Martins Fernandes,  
RG nº 2006021046212, data de expedição / /, Orgão SSP DS/RC,  
CPF nº 039.003.413-46, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo 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/Praca)	<u>Trauv. Antônio Lopes</u>
Número	<u>89</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Montes de Minas</u>
Estado	<u>Quintana do Leste</u>
CEP	<u>38300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3441-3521 (88) 92451228 (88) 92188940 (88) 99010887</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quintana do Leste, 05/03/2015.

Assinatura do Declarante: Paulo Martins Fernandes

CAPMISA

16 JUN 2015



## SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

AV. DR. JF. NUNES  
QUIXERAMOBIM - CEARÁ - CEP: 63340-000  
FONE: (88) 3441-1173 - FAX: (88) 3441-1177  
C.N.P.J.: 17.742.778/0001-15

CONTA  
ÚNICA

<b>ROSSIL MARTINS DE BRITO</b> TRAV. EUCLIDES WICAR, 89 MONTEIRO DE MORAES 63800-000 QUIXERAMOBIM CE ROTA: 1-2740	MES/ANO: 01/2014
COD LIGAÇÃO: 11346-4	Nº LIGAÇÃO: 000
DESCRICAÇÃO	VALOR
Tarifa de Água	15,80
MULTA REF. SET/13	0,32

TABELA DE VALORES NO POR FAIXA				
Cat.: 1-RES	FAIXA	VALOR/M3 (R\$)		
00 a 10	1,50			
11 a 16	1,20			
18 a 20	2,54			
21 a 30	2,46			
31 a 40	3,43			
41 a 60	4,64			
61 a 999	5,16			

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	VALOR A PAGAR
4998	4999	1	10
NR DO HISTÓRICO	NR/2013	DIA/2014	DATA DE INSTALAÇÃO
25014908 P	1	1	

## CORRENCIA:

## TODOS OS ÚLTIMOS 6 MESES

COM O NOVO SISTEMA, O SAAE ATINGE UMA DAS METAS DE APERFEIÇOAR O ATENDIMENTO, TRAZENDO MAIS TRANSPARENCIA PARA O CLIENTE.

MESES CONSUMO NR 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

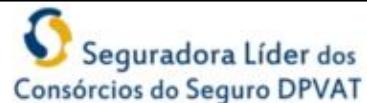
MESES EM DEBITO: DEZ/13.

PARÂMETRO	UNIDADE	MP	TOTAL DE ANALISES	VALOR MÉDIO DETETADO
Cloro Resíduo	mg/l Cl	0,20	4	2,00
Cor Aparente	HU	0,00	4	15,00
Coliformes	CT	0,00	4	0,00
Coliformes T	CT	0,00	4	0,00
Fluor	MF/FL	0,60	4	1,50
PH	PH	0,00	4	0,72
Turbidez	UNT	0,00	4	1,50

DETALHES Sobre a Tabela: PERÍODO DA ANALISE: 04/01/2014 a 03/02/2014

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

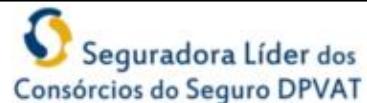
**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**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 CEFALEIA 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 CEFALEIA 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:**