



Daniel Farias Porto
Advocacia

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: ANA KELLY DE SOUSA LIMA
RG: 2007443161-1 SSP CE
CPF: 603-494-263-25
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: DO IAN COSTUMEIRA
Residente: RUA = ELESBAO VEIOSO Nº32 CASA A
Cidade: FORTALEZA Estado: CEARA CEP: 60526380
Telefone: 985310511 E-mail: _____

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, divorciado, advogado, OAB-CE nº 20334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB – CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza/Ce, Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85) 3047-8110 / 98933-4070

Pelo presente instrumento particular de PROCURAÇÃO, o outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de relacionada ao SEGURO DPVAT, em que o outorgante figure em qualquer dos polos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, _____ de _____ de 2019

* Ana Kelly de Sousa Lima
OUTORGANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: ANA KELLY DE SOUSA LIMA
CPF: 603494 263 25
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
PROFISSÃO: COSTURIEIRA DO LAR
985310511

Declaro para os devidos fins que minha atual condição econômica não me permite demandar juízo sem prejuízo do meu sustento próprio e da minha família, pelo que rogo os benefícios da justiça gratuita previstos na Carta Constitucional de 1988, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.060/50 (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consoante com o artigo 1º da Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em PROCURAÇÃO.

Fortaleza - Ce, ____ de ____ de 2019

x Ana Kelly de Sousa Lima
DECLARANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, ANA KELLY DE SOUSA LIMA declaro para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o Dr. DANIEL FARIAS PORTO – OAB/CE 20.334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS – OAB/CE 21.113, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce _____ de _____ 2019

o Ana Kelly de Sousa Lima
DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2020456075



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 1902 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/07/2020 11:53:11**
Data / Hora da Ocorrência: **30/04/2020 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ELISBÃO VELOSO COM LUIS MORAIS
CORREIA, AUTRAN NUNES - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **AUTRAN NUNES**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA KELLY DE SOUSA LIMA**
Nascimento: **18/10/1992** CPF:
RG: **20074431611** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA LIMA
FRANCISCO CLEBER LIMA DE SOUZA**
Endereço: **RUA ELESBÃO VELOSO , 32 AUTRAN NUNES**
Bairro: **AUTRAN NUNES**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSE1770** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi:
9C2JC4110ER813305 Renavam: **1018157112** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIA AURILENE DE ALMEIDA SOUSA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz a noticiante que no dia e hora cima descrito, viajava na garupa da moto de placas acima descrita, pilotada por seu companheiro, quando quando um veículo de marca Ford/Cros Fox, invadiu a preferencial e colidiu na moto; Que em virtude da colisão a declarante teve uma fratura Tibial; Que a declarante foi levado por uma ambulância do Samu para o Frotinha de Antônio Bezerra onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

ANA KELLY DE SOUSA LIMA

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

Nº

RECIBO

Valor

100,00

Recebi (emos) de

Endereço

A importância de

Referente

Para maior clareza firm

o presente.

Emitente

Assinatura

~~Dr~~ Kelly de Sousa Lima
RUA ELESBÃO VETUSO 32 Alto
Cm de (100,00)

A CONSULTA

Dr. Fco. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4471

CPF/RG

10/08/2020

tilib



Consultório de Fisioterapia
Dr. Luiz Gustavo de Sousa Moura
CREFITO: 1024 - Ce CPF: 008.485.863-01
End. Rua Natal, 564 - Henrique Jorge - Fortaleza-Ce

fls. 20

RECIBO

300,00 R\$

Recebi (emos) de Ana Kelly de Sousa Luis

A quantia de trezentos reais

Referente (10) sessões de fisioterapia com membro inferior direito.

Dr. Luiz Gustavo Moura
Fisioterapeuta

CREFITO: 114928 - F

Assinatura e Carimbo

Fortaleza.Ce 10 de Agosto de 2020



Consultório de Fisioterapia
Dr. Luiz Gustavo de Sousa Moura
CREFITO: 1024 - Ce CPF: 008.485.863-01
End. Rua Natal, 564 - Henrique Jorge - Fortaleza-Ce

RECIBO

300,00 R\$

Recebi (emos) de

ANA KELLY DE SOUSA LINS

A quantia de

trezentos reais

Referente

(10) DEZ REAIS DE fisioterapia com desconto de 20%
direito.

Dr. Luiz Gustavo Moura
Fisioterapeuta

CREFITO: 114928 - F

Assinatura e Carimbo

Fortaleza.Ce 10 de Agosto de 2020

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: ANA KELLY DE SOUSA LIMA	Nº PRONTUÁRIO: 90749
TOTAL DIAS DE PERMANÊNCIA: 07 DIAS	DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1992
UNIDADE DE INTERNAMENTO: POSTO 3	ENFERMARIA/LEITO: 207-73
DATA DE ADMISSÃO: 06/05/2020	DATA DE ALTA: 12/05/2020
DIAGNÓSTICO INICIAL/CID-10: 1. FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO	DIAGNÓSTICO FINAL/CID-10: 1. FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO CORRIGIDA

RESUMO DA ADMISSÃO:

PACIENTE TEVE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 30/04/2020, EVOLUINDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO. VEIO PARA ESTE SERVIÇO PARA REALIZAR CIRURGIA CORRETORA DE FRATURA.

BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, HIDRATADA, CORADA, EUPNÉICA, ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO - GLASGOW: 15. AUSCULTA CARDÍACA: RITMO CARDÍACO REGULAR, EM 2 TEMPOS, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS. AUSCULTA PULMONAR: MURMÚRIO UNIVERSAL VESICULAR PRESENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABD: RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS, TIMPÂNICO, TRAUBE LIVRE. EXT: PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, SEM SINAIS DE TVP.

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ASSINTOMÁTICA, COM BOM CONTROLE ÁLGICO, SEM NOVAS QUEIXAS. ACEITA BEM A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VÔMITOS. APRESENTA DIURESE FISIOLÓGICA, CONCILIA CICLO SONO VIGILIA, FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA.

BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, HIDRATADA, CORADA, EUPNÉICA, ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO - GLASGOW: 15. AUSCULTA CARDÍACA: RITMO CARDÍACO REGULAR, EM 2 TEMPOS, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS. AUSCULTA PULMONAR: MURMÚRIO UNIVERSAL VESICULAR PRESENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABD: RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS, TIMPÂNICO, TRAUBE LIVRE. EXT: PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, SEM SINAIS DE TVP. FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA.

TERAPÉUTICA UTILIZADA:

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE PLANALTO/ESPINHAS TIBIAIS DIREITA + OSTEOTOMIA REALIZADA DIA 11/05/2020, SEM INTERCORRÊNCIAS, PELO DR. VÍCTOR CALLADO E DR. DANIEL MINA.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS PÓS-ALTA:

1. MARCAR NO SAME RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DA TRAUMATO-ORTOPEDIA COM 21 DIAS APÓS DATA DE CIRURGIA.
2. SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.
3. TRAZER PEDIDO DE RADIOGRAFIA NO DIA DE CONSULTA AMBULATORIAL.
4. RETIRAR PONTOS CIRÚRGICO COM 15 DIAS DE CIRURGIA.
5. EM CASO DE EMERGÊNCIA, PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA COM ESTE RELATÓRIO DE ALTA.

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: ANA KELLY DE SOUSA LIMA	Nº PRONTUÁRIO: 90749
TOTAL DIAS DE PERMANÊNCIA: 07 DIAS	DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1992
UNIDADE DE INTERNAMENTO: POSTO 3	ENFERMARIA/LEITO: 207-73
DATA DE ADMISSÃO: 06/05/2020	DATA DE ALTA: 12/05/2020
DIAGNÓSTICO INICIAL/CID-10: 1. FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO	DIAGNÓSTICO FINAL/CID-10: 1. FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO CORRIGIDA

RESUMO DA ADMISSÃO:

PACIENTE TEVE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 30/04/2020, EVOLUINDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO. VEIO PARA ESTE SERVIÇO PARA REALIZAR CIRURGIA CORRETORA DE FRATURA.

BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, HIDRATADA, CORADA, EUPNÉICA, ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO - GLASGOW: 15. AUSCULTA CARDÍACA: RITMO CARDÍACO REGULAR, EM 2 TEMPOS, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS. AUSCULTA PULMONAR: MURMÚRIO UNIVERSAL VESICULAR PRESENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABD: RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS, TIMPÂNICO, TRAUBE LIVRE. EXT: PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, SEM SINAIS DE TVP.

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ASSINTOMÁTICA, COM BOM CONTROLE ALGÍCO, SEM NOVAS QUEIXAS. ACEITA BEM A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VÔMITOS. APRESENTA DIURESE FISIOLÓGICA, CONCILIA CICLO SONO VIGILIA. FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA.

BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, HIDRATADA, CORADA, EUPNÉICA, ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO - GLASGOW: 15. AUSCULTA CARDÍACA: RITMO CARDÍACO REGULAR, EM 2 TEMPOS, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS. AUSCULTA PULMONAR: MURMÚRIO UNIVERSAL VESICULAR PRESENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABD: RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS, TIMPÂNICO, TRAUBE LIVRE. EXT: PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, SEM SINAIS DE TVP. FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA.

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE PLANALTO/ESPINHAS TIBIAIS DIREITA + OSTEOTOMIA REALIZADA DIA 11/05/2020, SEM INTERCORRÊNCIAS, PELO DR. VÍCTOR CALLADO E DR. DANIEL MINA.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS PÓS-ALTA:

1. MARCAR NO SAME RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DA TRAUMATO-ORTOPEDIA COM 21 DIAS APÓS DATA DE CIRURGIA.
2. SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.
3. TRAZER PEDIDO DE RADIOGRAFIA NO DIA DE CONSULTA AMBULATORIAL.
4. RETIRAR PONTOS CIRÚRGICO COM 15 DIAS DE CIRURGIA.
5. EM CASO DE EMERGÊNCIA, PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA COM ESTE RELATÓRIO DE ALTA.

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 123.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

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

Mrs Kelly de Sousa Lima

vítima de acidente de trânsito, em 30/09/2020, sofreu:

Fratura do platô tibial DIREITO
CID- S82.1

e submeteu-se a tratamento(s):

Tratamento cirúrgico
Redução e fixação da fratura
tibia Lengua

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

Dor e desconforto
limitado no andar, deambulando
com muletas, fadiga, cansaço
força limitada, dificuldade
de locomoção.

Atrofia muscular.

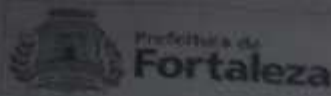
Comprometimento funcional
irreversível. Proposta
de tratamento definitivo

10/08/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

CREMEC 4411
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a) ANA KELLY DE SOUSA
LIMA (PONT. 90749)

portador do documento RG: 20074431511 - SEP

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

CID: S-821 ⇒ Fx Roto Tíbia (A), com craniotomia em 11/05/2020

* Ainda nas Fases Pós!
em fisioterapia

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

Fortaleza, CE 04 de Junho de 2020

Dr. FELIPE O. MAGALHÃES
Médico Traumatologista - Ortopedista
CRM: 7880 / RQE: 2795

Assinatura do(a) médico(a) / CRM

SEM CONTRA-INDICAÇÃO DE TRABALHO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a Sra. ANA KELLY DE SOUSA LIMA, portadora do RG: 20074431611, esteve internada nesta instituição de saúde, HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN, do dia 06/05/2020 ao dia 12/05/2020 por fratura de tibia direito, tendo realizado cirurgia ortopédica corretora. Após abordagem cirúrgica paciente necessitada de afastamento de suas atividades laborais por 30 (TRINTA) a partir desta data para repouso/reabilitação.

CID-10: (S828) FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Autorizo divulgação de Cid-10 e outras informações relacionadas a procedimentos cirúrgicos em atestado médico:

Fortaleza, 12 de maio de 2020

Dr^a Vanessa Ribeiro
Médica
CREMEC 29.456

MÉDICO(A)
(assinatura e carimbo)



ATESTADO MÉDICO

O Sr(a)

Sra Kelly de Souza Lima

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: - de - de - as - hs -

Tendo como causa do atendimento: -

1. () paciente foi atendido nesta instituição as
hs

E pode retornar à suas atividades.

2. (2) Necessitando de 07 (sete) dias de afastamento
de suas atividades laborais ou escolares por motivos de
Doença ou agravos: -
3. () Encontra - se a () Apto () Inapto a prática
curricular de Educação física .
4. () Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de
Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho
5. () Paciente encaminhado à especialidade: -

CID: S83

Fortaleza,

30

de

04

de

2020

Dr. Felipe Mendes

Ortopedia e Traumatologia

CREMEC-15020

Médico CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 894 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PABX (85) 3488 32 10



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

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: ANA KELLY DE SOUSA LIMA	Nº PRONTUÁRIO: 90749
TOTAL DIAS DE PERMANÊNCIA: 07 DIAS	DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1992
UNIDADE DE INTERNAMENTO: POSTO 3	ENFERMARIA/LEITO: 207-73
DATA DE ADMISSÃO: 06/05/2020	DATA DE ALTA: 12/05/2020
DIAGNÓSTICO INICIAL/CID-10: 1. FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO	DIAGNÓSTICO FINAL/CID-10: 1. FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO CORRIGIDA

RESUMO DA ADMISSÃO:

PACIENTE TEVE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 30/04/2020, EVOLUINDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO. VEIO PARA ESTE SERVIÇO PARA REALIZAR CIRURGIA CORRETORA DE FRATURA.

BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, HIDRATADA, CORADA, EUPNEICA, ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO - GLASGOW: 15. AUSCULTA CARDÍACA: RITMO CARDÍACO REGULAR, EM 2 TEMPOS, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS. AUSCULTA PULMONAR: MURMÚRIO UNIVERSAL VESICULAR PRESENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABD: RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS, TIMPÂNICO, TRAUBE LIVRE. EXT: PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, SEM SINAIS DE TVP.

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ASSINTOMÁTICA, COM BOM CONTROLE ALGICO, SEM NOVAS QUEIXAS, ACEITA BEM A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VÔMITOS, APRESENTA DIURESE FISIOLÓGICA, CONCILIA CICLO SONO VIGILIA. FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA.

BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, HIDRATADA, CORADA, EUPNEICA, ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO - GLASGOW: 15. AUSCULTA CARDÍACA: RITMO CARDÍACO REGULAR, EM 2 TEMPOS, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS. AUSCULTA PULMONAR: MURMÚRIO UNIVERSAL VESICULAR PRESENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABD: RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS, TIMPÂNICO, TRAUBE LIVRE. EXT: PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, SEM SINAIS DE TVP. FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA.

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE PLANALTO/ESPINHAS TIBIAIS DIREITA + OSTEOTOMIA REALIZADA DIA 11/05/2020, SEM INTERCORRÊNCIAS, PELO DR. VICTOR CALLADO E DR. DANIEL MINA.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS PÓS-ALTA:

1. MARCAR NO SAME RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DA TRAUMATO-ORTOPEDIA COM 21 DIAS APÓS DATA DE CIRURGIA.
2. SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.
3. TRAZER PEDIDO DE RADIOGRAFIA NO DIA DE CONSULTA AMBULATORIAL.
4. RETIRAR PONTOS CIRÚRGICO COM 15 DIAS DE CIRURGIA.
5. EM CASO DE EMERGÊNCIA, PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA COM ESTE RELATÓRIO DE ALTA.



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

Serviço de Diagnóstico por imagem/ Solicitação de Raios X

IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA:

NOME: AUX KELY VS J. L. PRONT.: 90743
 IDADE: _____ COR/RAÇA: B (), P (), N (), M (), I () OUTRA: _____
 ENDEREÇO: _____
 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

Exame Solicitado:

RX JOELHO @ - AP/H

Resumo da história clínica/exame físico:

Sumário De Exame Físico:

Resultado De Exames Anteriores Realizados Para Esclarecimentos De Diagnóstico:

Diagnóstico Provável:

Data: ____/____/____

Dr. FELIPE O. MAGALHÃES
 Médico Traumato - Ortopedista
 CRM 7080 / RQB 3798

Assinatura, carimbo e CRA do(a) Médico(a)



RECEITA

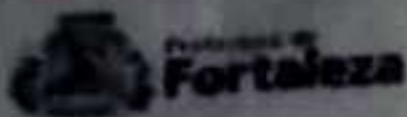
Ana Karine e seu filho

Retorno Físico

30/04/20

Dr. Felipe Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18020

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVAR SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PODEM AFIAR A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN

ATESTADO MÉDICO

Atento para os devidos fins que a Sra. ANA KELLY DE SOUSA LIMA, portadora do RG: 20074431611, esteve internada nesta instituição de saúde, HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN, do dia 06/05/2020 ao dia 12/05/2020 por fratura de tíbia direito, tendo realizado cirurgia ortopédica corretora. Após abordagem cirúrgica paciente necessitada de afastamento de suas atividades laborais por 30 (TRINTA) a partir desta data para repouso/reabilitação.

CID-10: (S828) FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Autorizo divulgação de Cid-10 e outras informações relacionadas a procedimentos cirúrgicos em atestado médico:

Fortaleza, 12 de maio de 2020

Drª Vanessa Ribeiro


CREMEX 34458

MÉDICO(A)

(assinatura e carimbo)

Respeite os direitos humanos e sexuais das mulheres: saúde sim, violência não.
Av. Linneu Machado, nº 145, Joazeiro Clube, CEP: 60.520-100, Fortaleza-CE.



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

603.494.263-25

Nome

ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Nascimento

18/10/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2007443161 - 1

DATA DE
EXPEDIÇÃO 25/01/2010

NOME
ANA KELLY DE SOUSA LIMA

FILIAÇÃO
FRANCISCO CLEBER LIMA DE SOUZA
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA LIMA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO
18/10/1992

DOC. ORIGIN
LEPT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERMO: 159361 FOLHA: 175
LIVRO: A-136 FORTALEZA - CE

CPF

1 VIA

Francisco de Souza

P.: 1

ASSINATURA DO DIRETOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

fls. 34

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUZA

Polegar Direito



Ana Kelly de Sousa Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - (II) do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **603 494 263 25** 4 - Nome completo da vítima: **ANA KELLY DE SOUSA LIMA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
5 - Nome completo: **ANA KELLY DE SOUSA LIMA** 6 - CPF: **603 494 263 25**

7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA ELESBAO VELOSO** 9 - Número: **32** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **AUTRAN NUNES** 12 - Cidade: **FORTALEZA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60526380**

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADORES

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2194** **6** CONTA: **34644** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA, 31/07/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Nº do Cliente:

1029471

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



fls. 36

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 070087226

Rota FOK20U63 - 39800

Referência 06/2020

Nome FRANCISCO WANDERGLEYSON SOUZA DE OLIVEIR

Endereço RU ELESBAO VELOSO, 00032 - CS A, AUTRAN NUNES, 60526-380, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 29/06/2020

Medidor 1247384-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

E2091E591696661A4FEB3AFE014B40B4A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 32 dias

Anterior
28/05/2020

Atual
29/06/2020

Próxima prevista
29/07/2020



MED JUN MAI ABR MAR FEV JAN DEZ NOV OUT SET AGO JUL

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	30.646	30.513	1.00	133	00	133	0,78451	104,3

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

CONSUMO

COB DOACAO IPREDE

0800.042.01.08

TARIFA

0,78451

VALOR (R\$)

10,8
104,3
1,0

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Tel. do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: _____

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

5 - Nome completo: _____ 6 - CPF: _____

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: _____ 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: _____ 13 - Estado: _____ 14 - CEP: _____

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Adriana Kelly de Souza Lima*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



Bradesco



4096 0219 4034 6441

4096

12/21 2194 6 0034644 6 02 00

VALIDO ATÉ AGÊNCIA DIO CONTA DIO VIA TIPO

ANA KELLY DE SOUSA LIMA

VISA

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPE: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

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

Mrs Kelly de Sousa Lima

vítima de acidente de trânsito, em 30/08/2020, sofreu:

*Fratura do plav. TUBIL DIREITO
CID- S82.1*

e submeteu-se a tratamento(s): *Tratamento cirúrgico*

*Redução e fixação da fratura
fisio terapia*

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

*Dor e desconforto
limitado movimento, deambulacão
com muletas, fadiga, cansaço
força limitada, dificuldade
de locomoção.*

Distúrbio muscular.

*Comprometimento funcional
impermanente. Protrusão.*

Os membros inferiores

10/08/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272624

Vítima: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000002194-6

Conta: 0000034644-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

