



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01481698-9** em **02/10/2020 14:29:44**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0252332-17.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01481698-9
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 02/10/2020 14:29:44

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2754937_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2754937_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ERNESTINA DUARTE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01041-3

CONTA: 000010031182-2

Nr. da Autenticação 1B2710B4B6FBE3BD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164110 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE **Data do acidente:** 28/01/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE TORNOZELO DIREITO (LESÃO LIGAMENTAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 3_LAUDO DE EXAME

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127864/20

Vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE

CPF: 617.021.533-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 28/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ERNESTINA DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA ERNESTINA DUARTE : 617.021.533-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/05/2020
Nome: MARIA ERNESTINA DUARTE
CPF: 617.021.533-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/05/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

MARIA ERNESTINA DUARTE

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164110 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE **Data do acidente:** 28/01/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE TORNOZELO DIREITO (LESÃO LIGAMENTAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @2 (LATERALIDADE DIVERGENTE) - PAGAMENTO COMPLEMENTAR CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 20/04/2020 DR. MARCUS GADELHA CRM- 10184

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164110 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE **Data do acidente:** 28/01/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE TORNOZELO DIREITO (LESÃO LIGAMENTAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @2 (LATERALIDADE DIVERGENTE) - PAGAMENTO COMPLEMENTAR CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 20/04/2020 DR. MARCUS GADELHA CRM- 10184

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164110

Vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE

Data do Acidente: 28/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ERNESTINA DUARTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164110

Vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE

Data do Acidente: 28/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ERNESTINA DUARTE

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA ERNESTINA DUARTE**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000001041-3**

Conta: **000010031182-2**

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



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164110

Vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE

Data do Acidente: 28/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ERNESTINA DUARTE

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\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA ERNESTINA DUARTE**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000001041-3**

Conta: **000010031182-2**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 617.021.533-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE

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

5 - Nome completo: MARIA ERNESTINA DUARTE 6 - CPF: 617.021.533-04
7 - Profissão: PROFESSORA 8 - Endereço: RUA C PQ PECÉM I 9 - Número: 1088 10 - Complemento:
11 - Bairro: MATÕES 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61680-990
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85)996333354

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: 1041 3 CONTA: 31182 0
(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 (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, CAUCAIA - CE 02/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 2703 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/03/2020 10:00:19**
Data / Hora da Ocorrência: **28/01/2020 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 085 ENTRE MATÕES DE PECEM, MATÕES - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA ERNESTINA DUARTE VASCONCELOS**
Nascimento: **21/06/1979** CPF: **617.021.533-04**
RG: **20079314907** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA JOSE DUARTE**
FRANCISCO SOARES DUARTE
Endereço: **RUA C, 1099**
Bairro: **MATÕES**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **60.000-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98929-9578**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POV8647** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2JB0100JR086913** Renavam: **1178542839** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MAURICIO FREITAS MESQUITA COD 0371337** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz a declarante que no dia e hora acima descrita, pilotava sua moto já mencionada acima, quando atropelou dois cachorros; Que a declarante perdeu o controle da moto e caiu ao solo; Que na queda a declarante teve um rompimento no tendão do tornozelo esquerdo e escoriações pelo corpo; Que a declarante foi levado para a UPA do Pecem por populares onde recebeu tratamento médico; Que a declarante procurou um médico especialista onde foi comprovado a lesão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :


LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 617.021.533-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE

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

5 - Nome completo: MARIA ERNESTINA DUARTE 6 - CPF: 617.021.533-04
7 - Profissão: PROFESSORA 8 - Endereço: RUA C PQ PECÉM I 9 - Número: 1088 10 - Complemento:
11 - Bairro: MATÕES 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61680-990
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85)996333354

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: 1041 3 CONTA: 31182 0
(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 (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, CAUCAIA - CE 02/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DATA ATEND	28/01/2020	PRONTUARIO	12875
PACIENTE	MARIA ENESTINA DUARTE	Nº ATEND	21976
DATA NASC	21/06/1979	SEXO	FEMININO
RG	20079314907	IDADE	40
MÃE	MARIA JOSE DUARTE	CPF	617.021.533-04
ENDEREÇO	RUA C SN CASA	CIDADE	CAUCAIA
BAIRRO	MATOES	UF	CE
TELEFONE 1	85989299578	CEP	61600050
PLANO DE SAÚDE	BPA - SUS AMBULA	CARTÃO SUS	

PRIORIDADE CLÍNICA: URGENCIA (Amarel

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

GRUPO DE PERGUNTAS: BEEIT

TEMPERATURA: 36.100
PRESSÃO ARTERIAL: 146/72
FREQUÊNCIA CARDÍACA: 70.000
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: 8.000
GLICEMIA: 0.000
SP02: 100.000
PESO: 0.000
ALTURA: 0.000
RELATO: refere dor mie e msd, associado queda de motocicleta.
ALERGIAS:
ESCALA DE GLASGOW: 15.000
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE: AMARELO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

PACIENTE REFERINDO QUEDA DE MOTO A +/- 30MIN. RELATA DOR EM MSD E MIE

EXAME FÍSICO

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADA
EVIDENCIA DE ESCORIAÇÕES EM MSD E MSE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

CONDUTA

RAIO-X/ MEDICAÇÃO

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Frederico F. F. F. F.
Médico
CREMEC 20000

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200164110 Data da solicitação: 13/07/2020
Nome do beneficiário: MARIA ERNESTINA DUARTE CPF do beneficiário: 617.021.533-04
Nome do solicitante: MARIA ERNESTINA DUARTE CPF do solicitante: 617.021.533-04

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 996333354 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros: _____

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO SOLICITAR UMA PERICIA MEDICA PRESENCIAL POR
SOFRI LESÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO ESQUERDO, ONDE
FIZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO, MAS AINDA PERSISTO COM
DORES, EDEMAS E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. FICO GRATO
PELA ATENÇÃO

CAUCAIA - CE 13/07/2020

Local e Data

Maria Ernestina Duarte

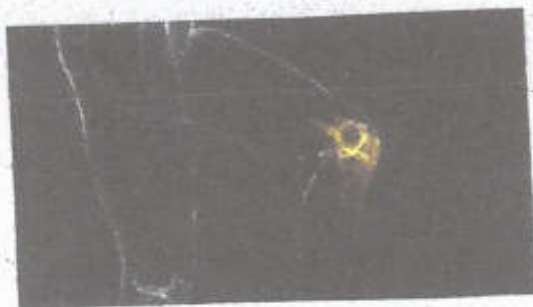
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTES:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: MARIA ERNESTINA DUARTE

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **28/01/2020**. **SOFREU LESÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO ESQUERDO**. PACIENTE FOI A TRATAMENTO CONSERVADOR (REPOUSO, MEDIDAS LOCAIS, MEDICACAO SINTOMÁTICA E FISIOTERAPIA). NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR E EDEMA RESIDUAL (PRINCIPALMENTE APÓS ESFORÇO FÍSICO) NO TORNOZELO ESQUERDO. **PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 40% DO TORNOZELO ESQUERDO.**

DATA: 20/04/2020

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
TEOT 12042 - ROE 5137
CRM 10184

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

Nome:	MARIA ERNESTINA DUARTE	Dt Nasc:	21/06/1979 40 Anos
Pedido:	180689	Data do Pedido:	05/03/2020 08:04:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	2233998
Médico Solicitante:	GILMAR DE OLIVEIRA LIMA		

ULTRASSONOGRAMA DO TORNOZELO DIREITO

Ausência de derrame articular.

Tendões tibial anterior, extensor longo do hálux, extensor longo dos dedos, tibial posterior, flexor longo do hálux e flexor longo dos dedos com ecotextura e espessura preservadas e contornos normais.

Tendão fibular longo espessado, com alteração ecotextural e com líquido peritendíneo, sem evidências de rotura.

Tendão fibular curto espessado, com alteração ecotextural e com líquido peritendíneo, sem evidências de rotura.

Tendão calcâneo com ecotextura e espessura preservadas e contornos normais.

Presença de entesófito na inserção do tendão calcâneo, medindo 0,5 cm.

Sinais de rotura parcial do ligamento fibulotalar anterior, caracterizados por espessamento e hipocogenicidade ligamentar.

Ausência de cistos sinoviais ou ganglionares.

Ausência de coleção líquida na bolsa retrocalcânica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Sinais de tenossinovite do fibular longo e fibular curto.

Entesófito na inserção do tendão calcâneo.

Sinais de rotura parcial do ligamento fibulotalar anterior.

Restante do exame sem anormalidades detectáveis pelo método.



TACIO RATES DUETE
CRM: 15887

UNIDADE ALDEOTA

Hospital OTOclínica
Av. Antônio Sales, 990
85 3466.1170 | 85 3466.1171
Fortaleza - CE



UNIDADE CAUCAIA

R. Pedro Gomes da Rocha, 550
85 3011.1172 | 85 3011.1173
85 99755.1234
Caucaia - CE

UNIDADE MESSEJANA

R. Manoel Castelo Branco, 533
85 3466.1170 | 85 3466.1171
Fortaleza - CE

DATA ATEND	28/01/2020	PRONTUARIO	12875
PACIENTE	MARIA ENESTINA DUARTE	Nº ATEND	21976
DATA NASC	21/06/1979	SEXO	FEMININO
RG	20079314907	IDADE	40
MÃE	MARIA JOSE DUARTE	CPF	617.021.533-04
ENDEREÇO	RUA C SN CASA	CIDADE	CAUCAIA
BAIRRO	MATÕES	UF	CE
TELEFONE 1	85989299578	CEP	61600050
PLANO DE SAÚDE	BPA - SUS AMBULA		

PRIORIDADE CLÍNICA.: URGENCIA (Amarel

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
GRUPO DE PERGUNTAS: BEEIT

TEMPERATURA: 36.100
PRESSÃO ARTERIAL: 146/72
FREQUÊNCIA CARDÍACA: 70.000
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: 20.000
GLICEMIA: 0.000
SP02: 100.000
PESO: 0.000
ALTURA: 0.000
RELATO: refere dor mie e msd, associado queda de motocicleta.
ALERGIAS:
ESCALA DE GLASGOW: 15.000
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE: AMARELO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

PACIENTE REFERINDO QUEDA DE MOTO A +/- 30MIN. RELATA DOR EM MSD E MIE

EXAME FÍSICO

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADA
EVIDENCIA DE ESCORIAÇÕES EM MSD E MSE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

CONDUTA

RAIO-X/ MEDICAÇÃO

Assinatura e Carimbo do Médico

Recibo

Recebi: Maria Ernestina Duarte

Quantia: (Cento e quarenta reais)

Referente: á 07 sessões de fisioterapia com diagnostico de tenossinovite dos fibulares + Lesão LTFA á E

Renata Cândido

Caucaia, 17 de Marco de 2020

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO E CARTILHA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME MARIA ERNESTINA DUARTE					
		DOC. IDENTIFIC. / CNH EMISSOR DE 20079314907 SSPDS CE			
		CPF 617.021.533-04 DATA NASCIMENTO 21/06/1979			
		FRAÇÃO FRANCISCO SOARES DUARTE MARIA JOSE DUARTE			
		PERMISSÃO ACC CA/NA AD			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1659562109		Nº REGISTRO 0425046R509		VALIDADE 09/02/2023 1ª HABITAÇÃO 10/12/2007	
OBSERVAÇÕES NÃO TEM NENHUMA OBSERVAÇÃO					
PROIBIDO PLASTIFICAR 1659562109	 ASSINATURA DO PORTADOR				
	LOCAL FORTALEZA, CE				
	DATA EMISSÃO 03/08/2018				
	ASSINATURA DO EMISSOR 41604555811 CE163715343				
CEARÁ					

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164110 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE **Data do acidente:** 28/01/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE TORNOZELO DIREITO (LESÃO LIGAMENTAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 3_LAUDO DE EXAME

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127864/20

Número do Sinistro: 3200164110

Vítima: MARIA ERNESTINA DUARTE

CPF: 617.021.533-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 28/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ERNESTINA DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/07/2020
Nome: MARIA ERNESTINA DUARTE
CPF: 617.021.533-04

MARIA ERNESTINA DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

DATA ATEND	28/01/2020	PRONTUARIO	12875
PACIENTE	MARIA ENESTINA DUARTE	Nº ATEND	21976
DATA NASC	21/06/1979	SEXO	FEMININO
RG	20079314907	IDADE	40
MÃE	MARIA JOSE DUARTE	CPF	617.021.533-04
ENDEREÇO	RUA C SN CASA	CIDADE	CAUCAIA
BAIRRO	MATOES	UF	CE
TELEFONE 1	85989299578	CNP	61600050
PLANO DE SAÚDE	BPA - SUS AMBULA	CARTÃO SUS	

PRIORIDADE CLÍNICA: URGENCIA (Amarel

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

GRUPO DE PERGUNTAS: BEEIT

TEMPERATURA: 36.100
PRESSÃO ARTERIAL: 146/72
FREQÜÊNCIA CARDÍACA: 70.000
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA: 8.000
GLICEMIA: 0.000
SP02: 100.000
PESO: 0.000
ALTURA: 0.000
RELATO: refere dor mie e msd, associado queda de motocicleta.
ALERGIAS:
ESCALA DE GLASGOW: 15.000
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE: AMARELO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

PACIENTE REFERINDO QUEDA DE MOTO A +/- 30MIN. RELATA DOR EM MSD E MIE

EXAME FÍSICO

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADA
EVIDENCIA DE ESCORIAÇÕES EM MSD E MSE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

CONDUTA

RATO-X/ MEDICAÇÃO

Assinatura e Carimbo do Médico

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA) FUNDACAO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES - UPA PECEM

Prescrição: 24998

1"QAE>1

Paciente: **MARIA ENESTINA DUARTE**
Data Solto.: 28/01/2020 18:51:57
Data Pr Ini: 28/01/2020 19H
Data Atend.: 28/01/2020 18:34:22

Sexo: FEMININO Dt Nasc: 21/06/1979 40A 7M 7D
Convênio: BFA - SUS AMBULATORIAL Prescrição: 24998
Data Pr Enc: 29/01/2020 19H
Atendimento: 21976(A)

Medicações	Item Elem Código	Descrição	Opção Comercial	Dose	Uní Via	Frequência	Qtde Total	Saída Início
	001 01 00000034	DIFIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL APLICAR 01 AMP IN -	19.10 Cidade João Paulo Santos Téc de Farmácia 141436 CORRENTIN	1	AMP	IM	1	ESTOQ 28/01/2020

Exames	Item Elem Código	Descrição	Qtde Total	Centro de Custo
	002 01 00000041	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO -	1	
	003 01 00000046	RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO -	1	
	004 01 00000050	RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO -	1	
	005 01 00000055	RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA -	1	

Ass. Prestador:

FREDERYK ORIA DA FONSECA (CRM 29804)
Impresso em 28/01/2020 18:53:19 pelo Usuário/FRED

Dr. Antônio F. Soares Junior

Médico

CRM 9053

FLUM - UPA PECEM
Sócio Farmácia
Data Hora 28/01/20
Entregue por: Emilly
- recebido por: Clara

Nome:	MARIA ERNESTINA DUARTE	Dt Nasc:	21/06/1979 40 Anos
Pedido:	180689	Data do Pedido:	05/03/2020 08:04:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	2233998
Médico Solicitante:	GILMAR DE OLIVEIRA LIMA		

ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Ausência de derrame articular.

Tendões tibial anterior, extensor longo do hálux, extensor longo dos dedos, tibial posterior, flexor longo do hálux e flexor longo dos dedos com ecotextura e espessura preservadas e contornos normais.

Tendão fibular longo espessado, com alteração ecotextural e com líquido peritendíneo, sem evidências de rotura.

Tendão fibular curto espessado, com alteração ecotextural e com líquido peritendíneo, sem evidências de rotura.

Tendão calcâneo com ecotextura e espessura preservadas e contornos normais.

Presença de entesófito na inserção do tendão calcâneo, medindo 0,5 cm.

Sinais de rotura parcial do ligamento fibulotalar anterior, caracterizados por espessamento e hipoeogenicidade ligamentar.

Ausência de cistos sinoviais ou ganglionares.

Ausência de coleção líquida na bolsa retrocalcânica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Sinais de tenossinovite do fibular longo e fibular curto.

Entesófito na inserção do tendão calcâneo.

Sinais de rotura parcial do ligamento fibulotalar anterior.

Restante do exame sem anormalidades detectáveis pelo método.



TACIO RATES DUETE
CRM: 15887

UNIDADE ALDEOTA

Hospital OTOclínica
Av. Antônio Sales, 990
85 3466.1170 | 85 3466.1171
Fortaleza - CE



UNIDADE CAUCAIA

R. Pedro Gomes da Rocha, 550
85 3011.1172 | 85 3011.1173
85 99755.1234
Caucaia - CE

UNIDADE MESSEJANA

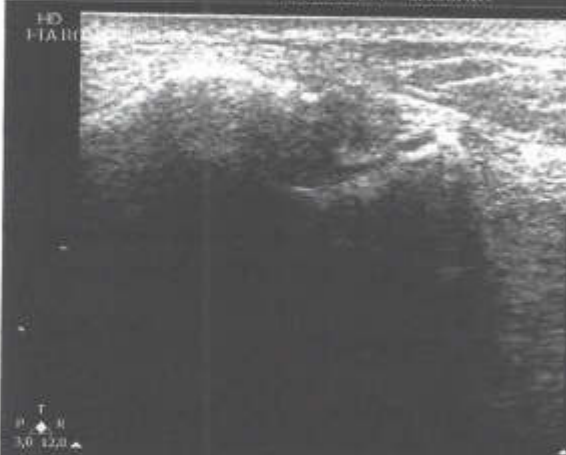
R. Manoel Castelo Branco, 533
85 3466.1170 | 85 3466.1171
Fortaleza - CE

MARIA ERNESTINA DUARTE, 21/06/1979
313170 OTOIMAGEM - CAUCAIA

5/3/2020 PHILIPS
09:32:40

MARIA ERNESTINA DUARTE, 21/06/1979
313170 OTOIMAGEM - CAUCAIA

5/3/2020 PHILIPS
09:34:04



TUBO
L12-3
MI 1,3
TIS 0,3
F3 Gn 83
232dB/C4
E 3/3

31Hz 3cm



TUBO
L12-3
MI 1,3
TIS 0,3
F3 Gn 83
232dB/C4
E 3/3

31Hz 3cm

MARIA ERNESTINA DUARTE, 21/06/1979
313170 OTOIMAGEM - CAUCAIA

5/3/2020 PHILIPS
09:35:34

MARIA ERNESTINA DUARTE, 21/06/1979
313170 OTOIMAGEM - CAUCAIA

5/3/2020 PHILIPS
09:36:04



TUBO
L12-3
MI 1,3
TIS 0,3
F3 Gn 83
232dB/C4
E 3/3

31Hz 3cm



TUBO
L12-3
MI 1,3
TIS 0,3
F3 Gn 83
232dB/C4
E 3/3

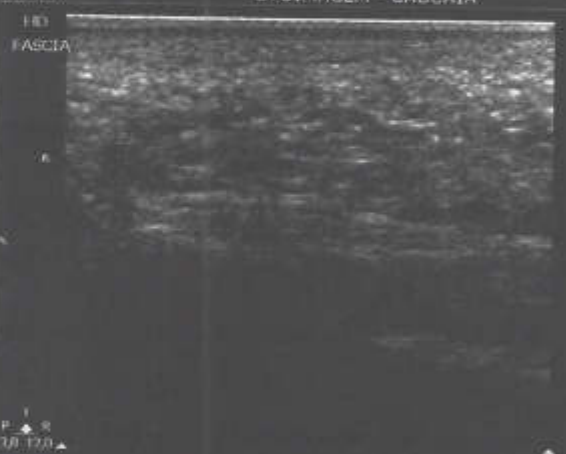
31Hz 3cm

MARIA ERNESTINA DUARTE, 21/06/1979
313170 OTOIMAGEM - CAUCAIA

5/3/2020 PHILIPS
09:36:18

MARIA ERNESTINA DUARTE, 21/06/1979
313170 OTOIMAGEM - CAUCAIA

5/3/2020 PHILIPS
09:36:47



TUBO
L12-3
MI 1,3
TIS 0,3
F3 Gn 83
232dB/C4
E 3/3

31Hz 3cm



TUBO
L12-3
MI 1,3
TIS 0,3
F3 Gn 83
232dB/C4
E 3/3

31Hz 3cm

Recibo

Recebi: Maria Ernestina Duarte

Quantia: (Cento e quarenta reais)

Referente: á 07 sessões de fisioterapia com diagnostico de tenossinovite dos fibulares + Lesão LTFA á E

Renata Cândido

Caucaia, 17 de Marco de 2020



Instituto Médico Caucaia

Pha. Lepore Expresso
24 ano inf.

Ativo Refor. Ortop
01 cap. v.o. Leão.

Gilmar de Oliveira
Traumatologia/Ortopedia
CRM 7834

28
02
2020

Rua: José Matias de Brito, 800 - Centro - Caucaia
Tel.: (85) 3011.0477 / 3011.0577 / 98409.0614



^{JOSS}
SOCIEDADE BENEFICENTE
JOAQUIM BENTO CAVALCANTE

^{Paulinho}
CNPJ: 23.467.467/0001-41
RUA JUACI SAMPAIO PONTES, 1696
FONE: (85) 3342.0896 - CEP: 61.600-150
Caucaia - Ceará

NOME: Liana Ernestina

Duarte

ENDEREÇO: _____

FONE: _____

MÊS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JANEIRO																															
FEVEREIRO																															
MARÇO																															
ABRIL																															
MAIO																															
JUNHO																															
JULHO																															
AGOSTO																															
SETEMBRO																															
OUTUBRO																															
NOVEMBRO																															
DEZEMBRO																															

DIAGNÓSTICO Tenossinovite dos fibularestleses
TTO CRIO + EV + TENS + UST + CINGO LTF + ME

OBS: + MEC

Dr. Gilmar de Oliveira

MÉDICO

PT
FISIOTERAPEUTA / TERAPEUTA OCUPACIONAL