



Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2014

Carta nº: 4873999

A/C: JULIANO COSTA DE ARAUJO

Sinistro: 2014657957
Vitima: JULIANO COSTA DE ARAUJO
Data Acidente: 04/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2014

Carta nº: 4939069

A/C: JULIANO COSTA DE ARAUJO

Sinistro: 2014657957
Vítima: JULIANO COSTA DE ARAUJO
Data Acidente: 04/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

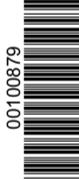
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2014

Carta n°: 5066568

A/C: JULIANO COSTA DE ARAUJO

Sinistro: 2014657957
Vitima: JULIANO COSTA DE ARAUJO
Data Acidente: 04/05/2014
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: JULIANO COSTA DE ARAUJO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005449-6

Conta: 00000501516-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$ 4.725,00
---	--------------

Multa:	R\$ 0,00
--------	----------

Juros:	R\$ 0,00
--------	----------

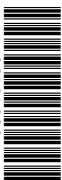
Total creditado:	R\$ 4.725,00
------------------	--------------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIANO COSTA DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05449-6

CONTA: 000000501516-2

Nr. Autenticação

BRADESCO09092014050000000002370544900000501516472500 PAGO



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Juliano Costa de Araujo, EXPEDIDO POR SSP - CE EM 03/06/14 E
 PORTADOR(A) DO RG N° 2006014160706 CPF 051299253-35 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ N. D. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/ REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Juliano Costa de Araujo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



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

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

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

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

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

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

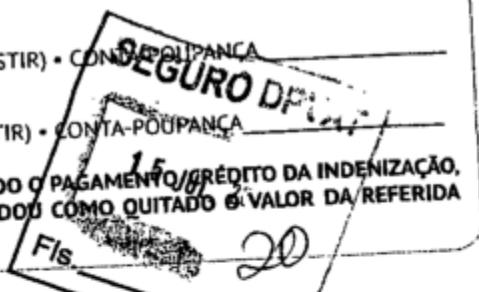
CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA 5449 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 501516-2

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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



LOCAL

Fortaleza

DATA 14/07/14ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Juliana Costa de Araujo

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à Legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
 Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 101 - 3099 / 2014

1º DISTRITO POLICIAL
BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Rua: Raimundo Correia Nº 199
Tel. 3101.2233 / 3101.2234
Monte Castelo - CEP: 60.321-020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 07/07/2014 10:56:05

Data / Hora da Ocorrência : 04/05/2014 18:30:00

Endereço da Ocorrência: ROD CE - 060

POSTO DE GASOLINA / REDENÇÃO / CE

Ponto de Referência: POSTO DE GASOLINA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JULIANO COSTA DE ARAÚJO

Nascimento : 08/04/1989

RG: 2006014160706 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF: 05129925335

Filiação: ANTONIO PEIXOTO DE ARAÚJO

RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAÚJO

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026

Endereço: SIT CURRAIS II
ANTONIO DIOGO
REDENÇÃO CE BRASIL

Telefone: NÃO POSSUI



Histórico

Informa o noticiante que na data e hora supracitadas a pessoa de JULIANO COSTA DE ARAÚJO, pilotava a motocicleta de marca HONDA / CG 150 FAN ESDI, ano/modelo-2011/2011, de cor preta, de placa OCP-0192/CE, chassi-2C2KC1680BR501803, licenciada no DETRAN/CE em nome de LUIS ALBERTO ESTEVES DA SILVA, portador do CPF-161.296.013-87, quando ao sair de um posto de gasolina, situado na CE 060, na cidade de Redenção, foi colhido por um automóvel FIAT UNO MILLE SX, de cor azul, placa CTW-5324-REDENÇÃO, o qual segundo o declarante trafegava na contra mão de direção; Que,a vítima foi socorrida por uma ambulância do SAMU ate GRSa em Fortaleza/CE, onde foi constado fratura no fêmur da perna esquerda; Que, o motorista do FIAT UNO, identificado como J.PASTOR, permaneceu no local do acidente até a chegada da ambulância. E nada mais disse.//

Noticiante(s)

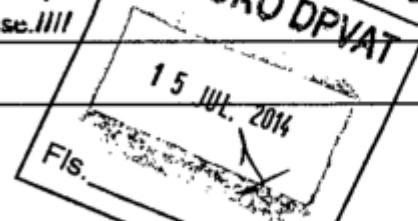
Nome : ANTONIO MAURO MONTEIRO

Endereço : SIT CURRAIZ 02

Bairro : ZONA RURAL

Município/UF : REDENÇÃO CE BRASIL

Telefone: 9914-5847



Zeferino de Castro Neto
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 97.558-1-0

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Zeferino de Castro Neto*

ZEFERINO DE CASTRO NETO - MAT.: 97558-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Antonio Mauro Monteiro*

VISTO DO DELEGADO(A) :

VAGNER DINIZ LEITE - MAT.: 12580-1-X



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO F. DISTRITO POLICIAL
BOLÉTM DE OCORRÊNCIA N. 101 - 30001201
Data da Ocorrência: 06/03/2014
Papel: 0030351-00

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO F. DISTRITO POLICIAL
BOLÉTM DE OCORRÊNCIA N. 101 - 30001201
Data da Ocorrência: 06/03/2014
Papel: 0030351-00

DETALHES DA OCORRÊNCIA

Número do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data/Hora da Ocorrência: 06/03/2014 10:26:00
Data/Hora da Ocorrência: 06/03/2014 10:30:00
Endereço da Ocorrência: RIO DE JANEIRO - RJ

POSTO DE GASOLINA / REDENCIONAL

Lugar de Registre: POSTO DE GASOLINA

Detalhes

Nome: JUANITO COSTA DE ARAÚJO
Nascimento: 08/04/1988
RG: 200601160206 Q180 Rio das Ostras - RJ - CNH: 0515005333
Residência: AVINTONIO FREIXOTO JR ARAÚJO
Residência: RAIMUNDO NEGRÃO COSTA DE ARAÚJO
Endereço: SIT CURRAIS II
Antônio Diogo
Telefone: NÃO POSSUI

Detalhes

Juânito o suspeito que iria a postos abastecer a gasosa de JUANITO, ligada a um engajado
de nome HONDA V CG 120 HAN FSD, número-50115201, de cor preta, de placa OCB-0167CE, chassis-
2CSKCIK0BR2U103, invadiu o muro de Luis Alberto Esteves da Silva, bairro de
CEP-18130-013-X, dando de cara com o motorista que dirigia um CE 900, um ciclone de Rebequena
na avenida FÁTIMA UNO MOTT SX, de cor azul, placa CLW-5324-REDENCIO, o qual seguindo a direção da
rua causou uma batida frontal. Onde, vítima foi socorrida por uma ambulância da SAMU e o PSA em Fortaleza/Ce, onde foi
conducido para o pronto atendimento. Que, o motorista de FÁTIMA, identificado apenas como PASSTOR
entregou a guincha ao juiz de direito da comarca de São José do Rio Preto. E ainda mais tarde.

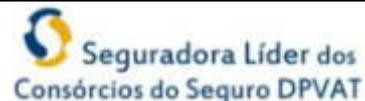
Detalhes

Nome: ANTONIO MAURO MONTEIRO
Endereço: SIT CURRAIS II
Residência: ZONA RURAL
Município: REDENÇÃO CE BRASIL Telefone: 3014-5843

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO F. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELA REGISTRAÇÃO: ZELEBRINO DE CASTRO NETO - MAT: 3258-1-0
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ZELEBRINO DE CASTRO NETO - MAT: 3258-1-0
VISTO DO DELEGADO(V): AGENTE DILNE LIMA - MAT: 12580-1-X

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014657957 **Cidade:** Redenção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIANO COSTA DE ARAUJO **Data do acidente:** 04/05/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E ATROFIA
médico pericial: MUSCULAR COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO ORTOPÉDICO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: roseany albaneze carretoni

CRM do médico: 2612

UF do CRM do médico: MS

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio	35 %	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Juliano Costa de Araujo, portador da carteira de identidade nº 2006014100706 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051.299.253-35, residente e domiciliado na Rua Kerrui II - Redençao, Cidade Redençao, Estado Pearai, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



X Juliano Costa de Araujo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza 14 de julho de 2014

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Juliana Costa de Araujo,
RG nº 2006014160706, data de expedição 03/06/14, Órgão SSP-CE,

CPF nº 051.299.853-35, 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:

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



"1004404"

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>PV Currais II</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Ribeira</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.790-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 3253.1701 / (85) 8860.2468</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 14 de julho de 2014

Assinatura do Declarante: Juliana Costa de Araujo



Nº DO CLIENTE

2076126-0

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
enquanto que entrar em contato comos.

COCA

UNIVERSAL ENERGIA

Rua Padre Valdomiro, 130 - CEP 00120-040 - Tijuca
CNPJ 07.847.231/0001-70 - CGF 00 163.648-3

A Tenda Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 5827, de 26 de abril de 1992

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA I GRUPO BASES E BÁSIS 32355787

Rota 04 27092-06 097400 - 8 Data de Emissão 06/11/2013

Nome RAINUNDA NEIDE COSTA DE ARAUJO

- End. Postal PV CURRAIS II
- REDENCAO - 62790000

Medidor 9249917

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 989000643-04

Nome do Responsável

Poste 0000 0000

Fator de Potência 0,00

CGF

VALORES DE CONTINUIDADE

DATAS	Mês de Referência	Data da Apresentação	Prazo Littura	Conjunto	Mês	Padrão Individual	Apuração Individual
	Nov/2013	06/11/2013	05/12/2013	ACARRE	Sep. 2013	ENSG 16,51	

ITEMS

Base de Cálculo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual

DIC 11,16 22,32 44,65 0,00 0,00 0,00

FIC 7,97 15,94 31,89 0,00 0,00 0,00

DMC 6,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLIBÍSICO

BPAI, PBAI, ICP, ICSI, SIEC, ISEL, 5622, B600

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Litr. Atual Litr. Anterior Consumo Consumo (kWh) Cons. Incr. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

16079	16174	1,00	205	0,00	0,00	0,00	43,51
06/11/13	04/10/13		205				

43,51

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 43,51

MULTA MORATORIA REF 08/2013 0,65

JUROS DO MES 0,26



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 3244 – 2144 Fax 3224-7225
e-mail psahosp@veloxmail.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Afesto e declaro que JULIANO COSTA DE ARAUJO, deu entrada neste Hospital dia 04/05/14, Prontuário N.º 153.077 aos cuidados médico de DR. JOSÉ NEWTON MACEDO. Paciente internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR ESQUERDO CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico recebeu alta hospitalar dia 08/05/14. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



10041

Fortaleza, 21 de maio de 2014

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE APARECIDA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTD
CNPJ 07.272.297/0001-93

Layanne Aparecida S. 03717-3
MAT. 111111111-AUXILIAR SAME

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113



2314102077562



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 horas de proteção à vida*

Fortaleza 2

cod: 103205001 | Prontuário: 153077

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **PSA**

4 - CNES:

5 - NOME DO PACIENTE: **JULIANO COSTA DE ARAUJO**

6 - Nº PRONTUÁRIO:
5993332

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
160696138140006

8 - DATA NASCIMENTO:
08/04/1989

(M)

10-RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE:
RAIMUNDA NEIDE COSTA ARAUJO

12 - TELEFONE DE CONTATO:
(85) 85649308

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
NI

14 - TELEFONE DE CONTATO:
(85) 91052990

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
LONDRINA 1/875 1348 GRANJA PORTUGAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
FORTALEZA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - GEP:
60591165

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICA:

PACIENTE SOFRERU FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR E , NESSECITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRAT.DIAFISE DE FEMUR

24 - CID 10 PRINCIPAL:

S723

25 - CID10 SECUNDARIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TTO CIRURGICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408050519

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARATER DA INTERNACAO:
CIRURGICO

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
04/05/2014

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

() CNES () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
/ /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

D.F. 15 JUL 2014
CRM: 93100
CONSELHO
DE MEDICINA
DO CEARÁ
Prado

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via-

Prontuário do paciente

Médico: Dr. Neivaar
Leito: 618
Registrante: Guilherme



RELAÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES

L-618
Nº PRONTUÁRIO 53.077

Paciente: Juliano Costa de Araújo Adm 04/05/2014

Alta 09/05

201

SSM	OPER.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	LIMITE	USADO	Nº LOTE	N.FISCAL
07020.30040	203732	Arruela	02			
07020.31380	9905	Cimento ortopédico	02			
07020.30139	203630	Componente cefálico nº 22 CM() CC() CL()	01			
07020.30139	203630	Componente cefálico nº 26 CM() CC() CL()	01			
07020.30139	203630	Componente cefálico nº 28 CM() CC() CL()	01			
07020.30090	203626	Componente acetabular nº	01			
07020.30163	203624	Componente femural	01			
07020.30171	203625	Componente femural tipo Chanlley	01			
07020.30333	203673	Fio de Stelmann rosqueado	01			
07020.30392	203767	Fixador externo híbrido p/ plateau tibial	01			
07020.30414	203768	Fixador externo para punho	01			
07020.30406	203766	Fixador externo Linear	01			
07020.30600	203770	Fixador para mão ou pé	01			
07020.30643	203742	Parafuso canulado 7.0	03			
07020.30635	203743	Parafuso canulado 4,5	03			
07020.30627	203744	Parafuso canulado 3.5	01			
07020.30023	203667	Parafuso Âncora 2,7	04			
07020.30694	203738	Parafuso cortical 3.5	04			
07020.30708	203737	Parafuso cortical 4.5	04			
07020.30724	203740	Parafuso esponjoso 4.0	04			
07020.30732	203739	Parafuso esponjoso 6.5	02			
07020.30716	203797	Parafuso Interferência X	04			
07020.30740	203741	Parafuso maleolar	01			
07020.30805	203818	Pino de Schanz X	01			
07020.30902	203677	Placa estreita () furos	01			
07020.30830	203693	Placa 1/3 tubular 3.5 () furos	01			
07020.30848	203685	Placa 1/3 tubular 4.5 () furos	01			
07020.31070	203697	Placa semitubular 2.7	01			
07020.31089	203694	Placa semi tubular 3.5 () furos	01			
07020.31097	203686	Placa semi tubular 4.5 () furos	01			
07020.30910	203676	Placa A/C larga () furos	01			
07020.30899	203688	Placa A/C pequenos fragmentos 3.5 () furos	01			
07020.30813	203706	Placa angulada Richard 135° () furos	01			
07020.30821	203699	Placa angulada Richard 95° () furos	01			
07020.30856	203687	Placa angulada 4.5 () furos	01			
07020.30945	203680	Placa de suporte de plateau tibial 4.5	01			
07020.30988	203695	Placa em T 2.7 () furos	01			
07020.30996	203690	Placa em T 3.5 () furos	01			
07020.31003	203679	Placa em T 4.5 () furos	01			
07020.30929	203689	Placa de reconstrução bacia 3.5 () furos	01			
07020.30937	203678	Placa de reconstrução bacia 4.5 () furos	01			
07020.50474	203814	Placa de reconstrução de titâniump/ mandíbula	02			
07020.31062	203708	Placa ponte 4.5 () furos	01			
07020.50482	203798	Placa específica de titâniump/ mini/micro fragmentos	02			
07020.30961	203691	Placa em L 3,5	01			
07020.30970	203682	Placa em L 4,5	01			
07020.31020	203683	Placa em Trevo 4.5 () furos	01			

Data da cirurgia 07/05/2014

Cirurgião: Dr. Newton

Circulante Roseli

SEGURO DPVAT
01 JUL. 2014
Fis. 01 01 01 01 01 01 01



HOSPITAL PSA - DATA: 04/05/2014 - HORA: 14:41
 NOME: JULIANO COSTA DE ARAUJO
 CONVENIO: SUS
 MEDICO: JOSE NEWTON MACEDO.
 ATEND.: 14001979 - FRONT.: 00153077

113

Registro N° 14001979

REGISTRO DE ATENDIMENTO

- URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
- AMBULATÓRIO
- INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia	Mês	Ano	Hora
04	05	2014	14:41

1º Atendimento

Retorno

Prontário N°

00153077

09/05

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

PACIENTE
JULIANO COSTA DE ARAUJO

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC	<input type="checkbox"/> FEM	NATURALID./NACIONALID: REDENCAO
---	------------------------------	------------------------------------

ENDERECO:
RUA LONDRINA, 348 - 8585649308PAI:
ANTONIO PEIXOTO DE ARAUJO

ACOMPANHANTE

Procedência IJF	Profissão SERVENTE
--------------------	-----------------------

Data Nascimento 08	04	1989	IDADE 25ano
-----------------------	----	------	----------------

ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	ESCOLARIDADE: GPE:
------------------------------	--------------------

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Iden 200601416070
--

BAIRRO: GRANJA PORTUGAL	MUNICÍPIO: FORTALEZA
----------------------------	-------------------------

UF CE	TELEFONE 8591052990
----------	------------------------

MÃE

RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAUJO

PARENTESCO:
60.541-165

TELEFONE

CARTEIRAN°

ID CV

CONVENIO
SUS

SEGURADO

MÉDICO SOLICITANTE

CAMILA DE SOUZA BARROS

MÉDICO RESPONSÁVEL
JOSE NEWTON MACEDO

POSTO CLÍNICA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NÚMERO FETO
0618REGISTRANTE
GIULIANE

DIAGNÓSTICO

S723 - Frat da diafise do femur

PERMANÊNCIA MÍNIMA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CONDIÇÕES DO PACIENTE

- PACIENTE, 25q, com FRATURA DE FEMUR ASSOCIADO HK 2 DIAS
APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO
- CD: INTUBAÇÃO NO HOSPITAL

Dra. Camila Barros
Médica
CREMEC 14.727

04/05/14

IMAGEM LABORATÓRIO (PEDIDO DE EXAMES)

MÉDICO RESPONSÁVEL

Foto no arco 11m 61
ar frontal d
n1

DADOS DA ALTA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0408050519

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SISREG

5723

0408050519

MOTIVO DA ALTA

- MELHORADO
- TRANSFERIDO
- A REVELIA
- A PEDIDO
- ÓBITO

DATA
09/05/14
Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia

HORA

CM 313

2113 - 0408050519 - DR. JOSÉ NEWTON MACEDO

X man ad Lorenz conta prazo

AUTOMATIZADO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Boletim de Descrição Cirúrgica

Op. ex 4

Data:

Paciente JULIANO COSTA DE ARAUJO

Prontuario 153.077

Leito: 618

Descrição da Operação:

1 - Interv.
2 - ASSISTÊNCIA
3 - PROTESES
4 - CURATIVA



Diagnóstico Pré-Operatorio:	<u>Fratura do crânio. O.R.</u>
Operação/Procedimento:	<u>TT - Crâneo</u>
Diagnóstico Pós-Operatorio:	<u>Fractura do crânio</u>

Código:

Assepsia/antisepsia

Aposição de campos estéreis

EXAMES RADIOLOGICO	
TRANSOPERATORIO:	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
EXAME HISTOPATOLOGICO:	
<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Não Solicitado
<input type="checkbox"/> Enviado do Laboratório	<input type="checkbox"/> Entregue à Família

Cirurgião:	<u>Cláudio José Reffatto</u>
Auxiliar 1:	<u>CRM 4078</u>
Auxiliar 2:	<u>CRM 4078</u>
Anestesiologista:	<u>C. J. R.</u>

Biotioterapia:	<input checked="" type="checkbox"/> Profilático
	<input type="checkbox"/> Terapêutico
	<input type="checkbox"/> Pré-Operatório
	<input type="checkbox"/> Transoperatório
	<input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada
	<input type="checkbox"/> Não
Cirurgia:	<input type="checkbox"/> Limpaa
	<input type="checkbox"/> Contaminada
	<input type="checkbox"/> Infectada
	<input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada

Antibióticos Utilizados:	Dreno/Localização:
--------------------------	--------------------

 <u>Assinatura do cirurgião/CRM</u>	
---	--



Boletim Anestésico

JULIANO COSTA DE ARAUJO

Paciente:

Idade: 25 | Prontuário: 153.077 | Leito: 618

Cirurgia:

Fratura da diáfise do fêmur agudo

Porte Anestésico

EXAMES

1 2 3 4 5 6 7 8

Efeitos da Pré-Medicação

Hora

Ansioso

Tranquilo

Sedado

Nº da Sala

Data

04/05/14

c

39

38

37

36

35

34

33

32

31

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

+

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP 60170-002
Fortaleza-Ce Tel. 3244 - 2144 Fax 3224-7225

PRESCRIÇÃO MÉDICA/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

data: 04/05/14

Paciente: JULIANO COSTA
Prescrição Médica

Horário

Leito: (

SEP Rontuář

153.077

PRESCRIÇÃO MÉDICA/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Data: 05/05/14 | Paciente: JULIANO COSTA DE ARAUJO

Prescrição Médica

Horário

Hora

PA(mmHg)

T(°C)

O2(b6m)

FR(ppm)

Visto

1. Rot. ~
2. P.T. 15-20
3. T= 38.1 °C Hr 1100 11.
4. SCLL

~~SND~~
~~SNP~~
~~SNP~~
~~SNP~~
~~SNP~~
~~SNP~~

15h
22h

120x70

32 c

500

300

500

300

500

<div data-bbox="625 5350 700 5361</div



AV. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170-002.
Fortaleza-CE, PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

153.077.

Data: 02/05/14 **Paciente:** Juliana Costa de Araújo **Leito:** 618 **Prontuário:**

Item	Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	RR(ipm)
1. Dieta Geral	250g	8h	15h	130/80	36°	70	12
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h	100mg	22h	130/80	37.5	70	12	
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN	1000mg	Horário	6 horas	130/80	37.5	70	12
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h	300mg	Glicemias	11 horas	130/80	37.5	70	12
5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h	10000UI		17 horas	130/80	37.5	70	12
6. SSW	PT 1500						

Evolução de Enfermagem:
 Pac. agudamente doendo
 Socorro em emergência
 Adriana Sousa Barros
 Enfermeira
 CORENCE 193138
 PT com emergência
 Suspeita de IAC
 Tanda
 PT observando e
 suspeito no IAC
 Sigue em observação

Nota: Paciente consciente
 orientado, de humoroso
 humor ligeiramente alterado,
 verbalizando que
 tem dor no abdômen

Dr. José Vicente Macêdo
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3113

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 07/05/2014 | Paciente:

Juliáno Costa de Mauro

Leito: 618 | Prontuário:

153.077

Item | Prescrição Médica

1. Dieta Geral
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h
3. Dipirona 500mg VO/6h SN
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h
5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h
6. SSW



Evolução de Enfermagem:

Colano P.D.C. Agendamento
entregue ao paciente

Encaminhado

Até o dia 15/05/2014
Tec. de Enfermagem
Clínica externa

SAD R. Retornou de clínica,
consciente, orientado,
claro, verbalizando com
claro, verbalizando com clara
comunicação.

SN

Vacina

Até o dia 24/05/2014
Tec. de Enfermagem

Nota: Paciente em P.O., consciente
orientado, verbaliza suas necessi-
dades básicas, alterações no per-
íodo, peixe em observação.

Gestão
CORRENTE

Até o dia 22/05/2014

Aux. de Enfermagem

COREN-CE: 50096559

Juliano Costa de Mauro
Data: 07/05/2014



**Av. Desembargador Moreira, 2253, Edifício Torre, CLP: 60170-002
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144**

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

§ 53077



**Av. Desembargador Moreira, 333 - Bairro Torres, CEP: 60170-062
Fortaleza/CE, Fone: (55) 3244-2144**

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOCATIVA DE ENFERMAGEM

Data: 01/07/14 **Paciente:** Williams Costa
Prescrição Médica



Paciente: JULIANO COSTA DE ARAUJO	Idade	25
Diagnóstico:		
Evolução/ Parecer		Assinatura
04/05/14 * ADMISSÃO HOSPITALAR.		
- ID: JULIANO COSTA, 250		
- NDA: PACIENTE COM FRACTURA DO FÉMUR ESQUERDO HÁ 20 DIAS APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO. REFERÊNCIA LOCAL DE MUDANÇA INTENSIDADE. NEGA DORAS DIVERSAS NO MOMENTO NENHUMA ALGUMA OU COMORBIDADES		
- UD: INSTITUCIONAL HOSPITALAR		
<p style="text-align: right;">Dra. Camila Santos Médica CRM 14.727</p>		
125 05.14 - P-est 1/10		
<p style="text-align: center;">Dr. Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113</p>		
06 05/14. Cxh neg n/junho		
<p style="text-align: center;">Dr. Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113</p>		
07 05.14 - Diagnos		
<p style="text-align: center;">Dr. Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113</p>		
08.05.14. Fis hst		
<p style="text-align: center;">Dr. Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113</p>		
09.05.14. pft - Coaptado		
<p style="text-align: center;">Dr. Newton Macedo Ortopedia e Traumatologia CRM 3113</p>		
<p style="text-align: right;">SEGURADO PVAT 15 JUL. 2014 B Fis</p>		



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

618

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: José Newton Macedo
CRM: CREMEC UF: CE Nº 3113
Endereço completo e telefone: Av. Desembargador Moreira, nº 2283 - (85) 3244.2144
Cidade: Fortaleza UF: CE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Orgão Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

Paciente: JULIANA COSTA DA ASSUZO
Endereço: Av. Lourdes 368.
Prescrição: 1- Cirurgia 500g —— Olho (200g)
num Olho ~ 12/12 (10/10)
2- Soprofona 10/150g —— Olho
num Olho ~ 12/12

Data: 09/05/14

*Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113*

Paciente: JULIANA COSTA DA ASSUZO

Diagnóstico: Fractura femoral

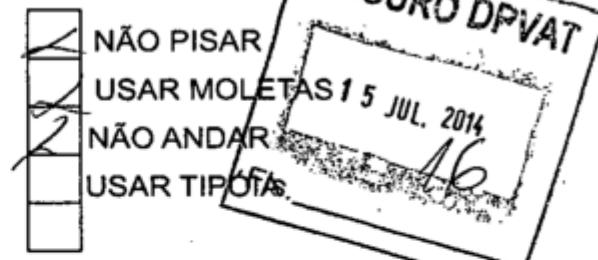
Cirurgia: IT - Crise Data: 07/05/14

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1) Fazer curativo diariamente

2) Retirar os pontos cirúrgicos em 09/05/14 no posto

- SENTAR
- PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS
- ANDAR
- ELEVAR MEMBRO INFERIOR
- DOBRAR O JOELHO



3) Ao retorno trazer esta parte da receita para facilitar o atendimento.

Retornos:

Dia: 25/01/14 Hora: 8:00 Dia: 1/1/14 Hora: :00
Dia: 1/1/14 Hora: :00 Dia: 1/1/14 Hora: :00

*Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113*

Thaysa de Paula e Silva Teixeira

Fisioterapeuta

CREFITO:154308-F CPF: 068.818.614-94

RELATÓRIO

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

Juliano Costa da Mauá

Vitima de acidente de trânsito, em 04/05/14, sofreu:

Fratura do fêmur esquerdo com dor crônica moderada em zona esquerda e joelho esquerdo. Edema em joelhos esquerdo, hipotrofia muscular em MTE e desinervação de musculocidade em região da cintura lombar.

E submeteu-se a tratamento(s):

*+ cirurgia —————+ moléstias
+ fisioterapia*

+ Fisioterapia

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

Joelhos R - 60%.

MTR - 30%.



Thaysa de Paula e Silva
Fisioterapeuta

CREFITO 154308-F

Dra Thaysa Teixeira



14657957

Fisioterapeuta

CREFITO:154308-F CPF: 068.818.614-94

RELATÓRIO

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

*Juliano Costa da Maia*Vítima de acidente de trânsito, em 04/05/14, sofreu:

Fratura do fíbula esquerda com lesão óssea moderada em zona proximal e falso articulado, lesão em joelho proximal, hipotrofia muscular, um mês e duas semanas de mobilização em região de cicatriz aberta.

É submetido a tratamento(s):

*+ inchaço
- edema
+ limitação
- movimento*

*+ nódulos**Fisioterapia*

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

*YACUN - 60%**YMI - 30%*

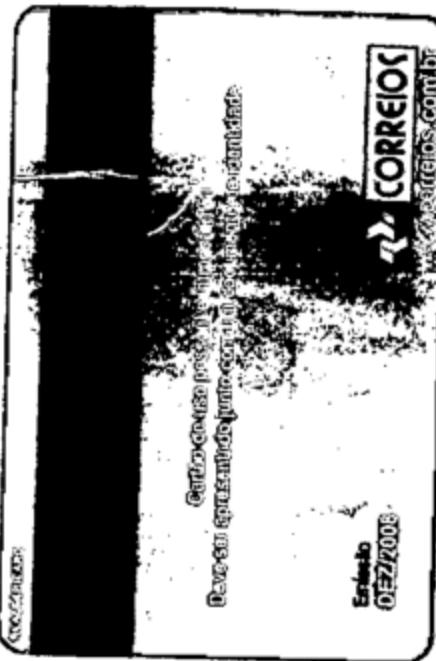
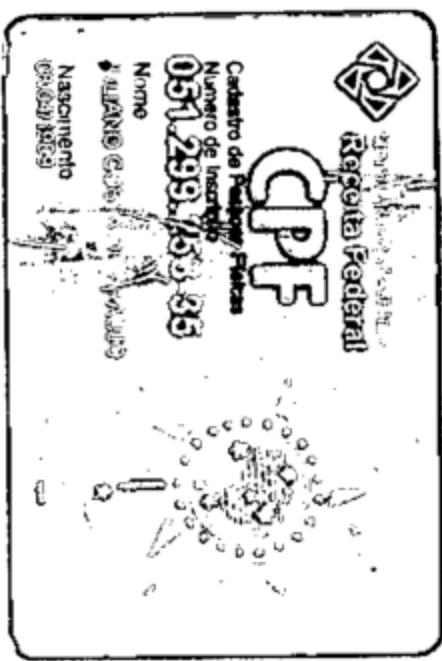
Thaysa de Paula e Silva

Fisioterapeuta

CREFITO 154308-F

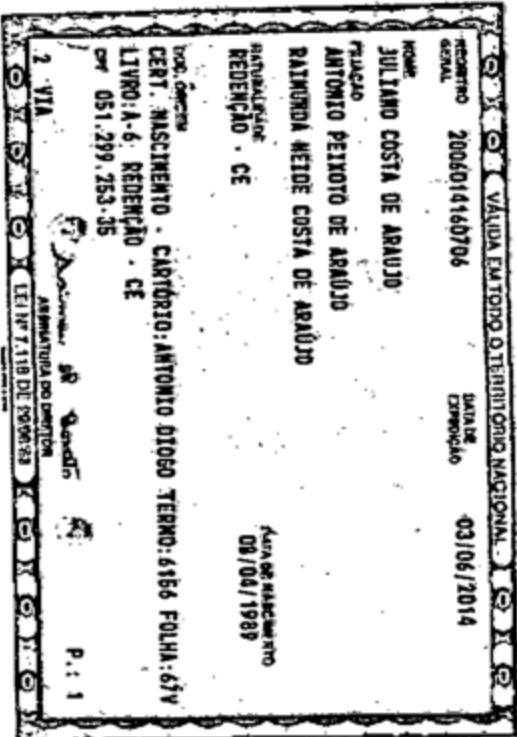
[Signature]

Dr. Thaysa Teixeira



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



DUT

1004032*

DUT

1004022*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

NP010397350160

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT	01	00323619819	9000000000

2013

NOME

LUIS ALBERTO ESTEVES DA SILVA

ARACOIABA / CE

CPF/CNPJ

16129601367

PLACA

OLPO192/CE

PLACA ANT./UF

/CE

CHASSI

9C2KC1680BR301803

PAC / MOTO / TOL / VENDO / APETEC / ALCO / GASOL.

MARCA / MÓD. HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP / POT / CIL. 2P / CCV / 149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

1	2	3
FADA / RVA.	PARCELAMENTO / COTAS	
RES. DOM. NOSSA MÔD. L1PH		

4	5	6
DATA DE PAGAMENTO		
10/05/2013		

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$)

129,04

14,34

143,38

DATA DE PAGAMENTO

10/05/2013

LOCAL ARACOIABA DATA 10/05/2013

LOCA

DATA

10/05/2013

SEGUNDO CORRETÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU FOR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 010397350160 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

PLACA

OLPO192

CPF / CNPJ

16129601367

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT