

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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 início 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 nº: 5066568

A/C: JULIANO COSTA DE ARAUJO

Sinistro: 2014657957
Vítima: 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

BRADESCO0909201405000000000023705449000000501516472500 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 EM 03/06/14 E
PORTADOR(A) DO RG Nº 2006014160708 EXPEDIDO POR SSP-CE
CPF 051299253-35 /CNPJ _____, 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 ITAU
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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fortaleza DATA 14/07/14

ASSINATURA 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

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 101 - 3099 / 2014

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 REDENCAO /CE

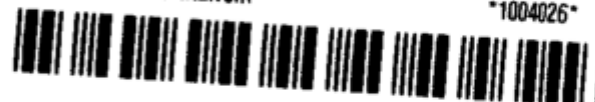
Ponto de Referência: **POSTO DE GASOLINA**

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
Endereço: **SIT CURRAIS II**
ANTONIO DIOGO
REDENCAO CE BRASIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Telefone: **NÃO POSSUI**

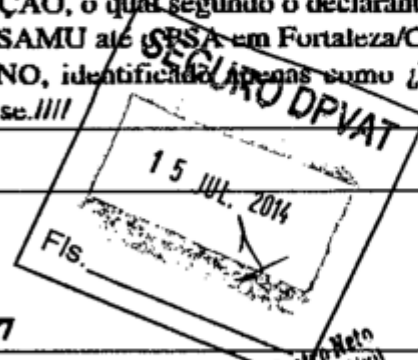
Histórico

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 CPW-5324-REDENÇÃO, o qual segundo o declarante trafegava na contra mão de direção; Que, a vítima foi socorrida por uma ambulância do SAMU até o HCSA em Fortaleza/CE, onde foi constatado fratura no fêmur da perna esquerda; Que, o motorista do FIAT UNO, identificado apenas como 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 : **REDENCAO CE BRASIL**

Telefone: **9914-5847**



DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : **ZEFÉRINO DE CASTRO NETO - MAT.: 97558-1-0**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **Antonio Mauro Monteiro**

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL

RECEBIDO
DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL
10/07/2014 11:25

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 101 - 3099 / 2014
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data \ Hora da Comunicação: 07/07/2014 10:56:02
Data \ Hora da Ocorrência : 04/05/2014 18:30:00
Endereço da Ocorrência: R011 CE - 060

Posto de Referência: POSTO DE GASOLINA
Posto de Gasolina \ Referência: REDENCAO VC

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JULIANO COSTA DE ARAÚJO
Nascimento : 08/04/1989
RG: 2006014160706 Órgão Emissor: SSP/RS UF: CE - CPF: 02129925232
Filiação: ANTONIO PEIXOTO DE ARAÚJO
RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAÚJO
Endereço: SIT CURVAIS II
ANTONIO DIOGO
REDENCAO CE BRASIL
Telefone: NÃO POSSUI

Histórico

Informa o noticiante que na data e hora supracitadas a pessoa de JULIANO COSTA DE ARAÚJO, piloto de uma motocicleta de marca HONDA \ CG 150 HAN ESDI, ano/modelo-2011/2011, de cor preta, de placa OCP-0192CE, chassi-2C3KCI6X0B301X03, 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 1.060, na cidade de Redenção, foi colido por um automóvel FIAT UNO MILLE 2X, de cor azul, placa CPW-2324-REDENÇÃO, o qual segundo o declarante trafegava na contramão da direção. Que a vítima foi socorrida por uma ambulância do SAMU até o PSA em Fortaleza/CE, onde foi constatado fratura no fêmur da perna esquerda. Que o motorista do FIAT UNO, identificando apenas como PASTOR, permaneceu no local do acidente até a chegada da ambulância. E nada mais disse.WW

Noticiante(s)

Nome : ANTONIO MAURO MONTEIRO
Endereço : SIT CURVAIS 02
Bairro : ZONA RURAL
Município/UF : REDENCAO CE BRASIL
Telefone: 9914-2847

RECEBIDO
DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL
10/07/2014 11:25

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
ZEFERINO DE CASTRO NETO - MAT.: 97228-1-0
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :
VAGNER DINIZ LEITE - 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 médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E ATROFIA 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

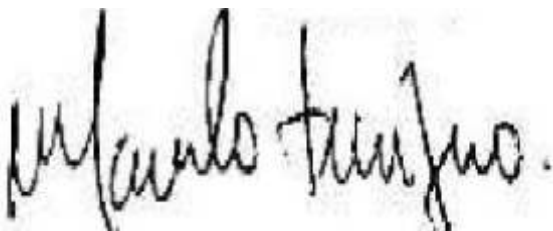
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

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 R. Curraí II - Redenção Cidade Redenção Estado Paraná 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.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



x Juliano Costa de Araujo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Portalizer 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 RESIDENCIA

"1004040"



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Currais II</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Ridengas</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: x Juliana Costa de Araujo



Nº DO CLIENTE

2076126-0

Para aplicar nos atendimentos, utilizar o nº como sempre que constar em contrato conosco.

COEA

uma empresa PRESTATA

Rua Padre Valdomiro, 150 - CEP 08125-000 - Hortolândia - SP
CNPJ 07.012.251/0001-70 - CTA 00100.540.1
A Tarifa Social de Energia Elétrica tem caráter de gratuidade e não é cobrada.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B - 321255787

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

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Prazo Próx. Entrega
Nov/2013	06/11/2013	05/12/2013

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DATA: 06/11/2013 10:51:30 SE: 1510.5622.8808

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letr. Atual	Letr. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16379	16174	1.00	205	0.00	0.00	0,21	43,51

06/11/13 04/10/13 23 0148 205 43,51

VALOR CONSUMO DO MES 43,51

MULTA MORATORIA REF 08/2013 0,65

JUROS DO MES 0,26

VALOR TOTAL 44,42

VENCIMENTO 16/12/2013

TOTAL A PAGAR (R\$) 44,42

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	25,40
Transmissão	1,28
Distribuição	11,72
Encargos Setoriais	2,69
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	2,44
TOTAL	43,51

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
149	205	43,51
150	151	31,66
151	156	32,76
152	157	33,02
153	161	33,91
154	135	28,58
155	127	26,79
156	126	26,69
157	127	26,79
158	173	36,47
159	130	27,63

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
09/2013	32,33

importante CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimo de juros até esta data, no valor de R\$ 32,33. Conforme art. 172 da Res. Anel 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio desta comunicação. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

Consta desta fatura R\$ 2,44 referente a PIS e COFINS.

15 JUL 2013

Fls. 3

SEGUR

15 JUL 2013

Fls. 3

SEGUR

15 JUL 2013

Fls. 3

SEGUR

15 JUL 2013

Fls. 3

SEGUR

15 JUL 2013

Fls. 3



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

Atesto 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.

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR



1004

Fortaleza, 21 de maio de 2014

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE APARECIDA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA
CNPJ 07.272.297/0001-93

Layanne Aparecida
MATE: TITULO - AUXILIAR SAME

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113





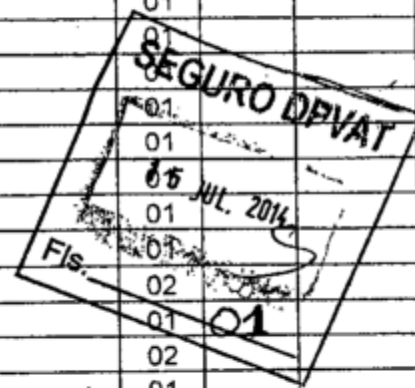
RELAÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES

L: 618

Nº PRONTUÁRIO 53.077

Paciente: Juliano Costa de Araújo Adm 04 / 05 / 2014Alta 09 / 05 2014

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 femoral	01			
07020.30171	203625	Componente femoral tipo Charnley	01			
07020.30333	203673	Fio de Steilmann 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	203678	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 titânio p/ mandíbula	02			
07020.31062	203708	Placa ponte 4,5 () furos	01			
07020.50482	203798	Placa específica de titânio p/ 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 / 2014Circulante RoseliCirurgião: Dr. Newton

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 DE ATENDIMENTO

☐ URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
☐ AMBULATORIO
☒ INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia Mes Ano Hora
04 05 2014 14:41

☐ 1º Atendimento
☐ Retorno

Registro Nº 14001979

Prontuário Nº 00153077

09/05

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE	PACIENTE		Procedência	Profissão	Data Nascimento		IDADE
	JULIANO COSTA DE ARAUJO		IJF	SERVENTE	08 04 1989		25anc
	SEXO	NATURALIZACAO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	CPE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
	1 X MASC 2 FEM	REDENCAO	Solteiro(a)			Iden 200601416070	
ID CV	ENDEREÇO		BAIRRO	MUNICIPIO	UF	TELEFONE	
	RUA LONDRINA, 348 - 8585649308		GRANJA PORTUGAL FORTALEZA		CE	8591052990	
	PAI		MÃE				
	ANTONIO PEIXOTO DE ARAUJO		RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAUJO				
INF. INTERNAÇÃO	ACOMPANHANTE		PARENTESCO		TELEFONE		
			60.541-165				
	CONVENIO		CARTEIRA Nº				
	SUS						
MÉDICO SOLICITANTE	MÉDICO SOLICITANTE		MÉDICO RESPONSÁVEL				
	CAMILA DE SOUZA BARROS		JOSE NEWTON MACEDO				
	POSTO CLÍNICA		MUNICIPIO		REGISTRANTE		
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		0618		GIULIANE		
MÉDICO RESPONSÁVEL	DIAGNÓSTICO		PERMANÊNCIA MÍNIMA				
	S723 - Frat da diafise do femur						
	PROCEDIMENTO SOLICITADO						
	0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR						

CONDIÇÕES DO PACIENTE

- PACIENTE, 25a, COM FRATURA DE FÊMUR EXISTENTE HA 2 DIAS
APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTA
- CO: INTENSIVAMENTO HOSPITALAR

Dra. Camila Barros
Médica
CREMEC - 14.727

04/05/14

IMAGEM LABORATÓRIO (PEDIDO DE EXAMES)

Feito no ambulatório
at. Prof. Dr. J. N. Macêdo
Dra. Camila Barros



DADOS DA ALTA

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO	PROCEDIMENTO SISREG	PROCEDIMENTO REALIZADO	
S723	0408050519	0408050519	
MOTIVO DA ALTA	DATA	HORA	
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO <input type="checkbox"/> A REVELIA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> ÓBITO	09/05/14		

Manoel Lorenzo Costa Araújo
Assinatura do Paciente ou Responsável

Dra. Jose Newton Macêdo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2113

2113 - JOSE NEWTON MACEDO



Boletim de Descrição Cirúrgica

Data:

04/05/12

Paciente

JULIANO COSTA DE ARAUJO

Prontuario

153.077

Leito:

618

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura do Crânio

Operação/Procedimento:

TT - Craniotomia

Código:

040050519

Diagnóstico Pós-Operatório:

Ótimo

Assepsia/antisepsia ☐

Aposição de campos estéreis ☐

Cirurgião:

Wagner

EXAMES RADIOLOGICO
TRANSOPERATORIO:

☐ Sim ☐ Não

Auxiliar 1:

Cláudio José Fernandes Pinheiro

CPF 162.426.880-34

CRM 4078

EXAME HISTOPATOLOGICO:

☐ Solicitado ☐ Não Solicitado

☐ Enviado do Laboratório

☐ Entregue à Família

Anestesiolista:

Chir

Antibioticoterapia:

Cirurgia:

Antisse/Prótese

☐ Profilático

☐ Limpa

☐ Terapêutico

☐ Contaminada

☐ Pré-Operatório

☐ Infectada

☐ Transoperatório

☐ Potencialmente contaminada

☐ Não

Antibióticos Utilizados:

Dreno/Localização:

Descrição da Operação:



1. Paciente
2. Assente
3. Apovado
4. Atendido e fixo
5. Fato 11/12
6. Lateral
7. Colocação do dreno
8. Lateral
9. Fato 12/12

Assinatura do cirurgião/CRM



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 DE ARAUJO

Leito: 618

Prontuário: 153.077

Item

Prescrição Médica

Horário

Hora

PA(mmHg)

T(°C)

EC(bpm)

FR(1/m)

PR(1/m)

Visto

① DUELA GEMER

② DIPIRONA 2:1800 EV USUÁRIO DE 6/64

③ ITRAMAL 50mg + 1200mg SÓLID? EV DE 8/84

④ KROMOPRADA 2:1800 EV DE 8/84

⑤ DACTAPARINA 5000 USC DESZU/244

⑥ LUTATMO DIKRAIO EM MIE

⑦ SINUS VITRIS

⑧ CUIDADOS GEMERIS

Carla Barros
Dra. Médica
CREMEC - 14.721

Carla Fernandes
Enfermeira
COREN 257191

Evolução de Enfermagem:

15:50 - Paciente admitido na unidade hospitalar e submetido a cirurgia de emergência em um bloco cirúrgico e Dr. Newton. PA= 130x80 mmHg, T= 37,6°C, FC= 110bpm.

Ata do Sistema de Saúde

Aux. de Enfermagem

COREN-CE: 60098559

17:30 T= 38,3°C Paciente e familiares via. Medicação e Prontuário: 02.

Ata do Sistema de Saúde

Aux. de Enfermagem

COREN-CE: 50098559

Muito importante orientado a respeito da evolução verbalizando o que ocorreu e sua aceitação da cirurgia e a seguir em repouso no bloco de 61046.

SEGURO DPVAT

JUL 2014



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: 05/05/14

Paciente: JULIANO COSTA DE ARAUJO

Leito: 618

Prontuário: 153.077

Prescrição Médica

Horário

Hora

PA(mmHg)

T(°C)

FR(b/m)

FR(m/m)

Visto

1. Paciente

2. Paciente

3. Paciente

4. Paciente

5. Paciente

6. Paciente

7. Paciente

8. Paciente

9. Paciente

10. Paciente

11. Paciente

12. Paciente

13. Paciente

14. Paciente

15. Paciente

16. Paciente

17. Paciente

18. Paciente

19. Paciente

20. Paciente

21. Paciente

22. Paciente

23. Paciente

24. Paciente

25. Paciente

Dr. Camilla Fernandes
CRM 257.191

Evolução de Enfermagem:

1. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

2. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

3. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

4. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

5. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

6. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

7. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

8. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

9. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

10. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

11. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

12. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

13. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

14. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

15. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

16. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

17. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

18. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.

19. Paciente acordado, consciente, verbaliza, aceita dieta, diurese, micção, MTE ilhas, diurese.



Dr. Roberto Rodrigues Moreira
CRM 13.025
Dr. José Nilton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

Av. de Enfermagem
PRON-CE: 50098559



FRONTAL SOCORRIDA DE AÇÕES PREVENTIVAS - HAP
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170.002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

153.077.

Data: 06/05/14

Paciente: Juliano Costa de Araújo

Leito: 618

Prontuário:

Item

Prescrição Médica

Horário

Hora

PA(mmHg)

T(°C)

FC(bpm)

FR(lpm)

1. Dieta Geral - 2500

2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h

3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN

4. Ranitidina 150mg VO 12/12h

5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h

6. SSV

7. PT 1500



500 (1500)

Adriana Sousa Barros
Enfermeira
COREN-CE 193138

PT com fratura
de fêmur
feita

PT operado em
nótese no joelho
Segue em observação

noite paciente com
cuidado de higiene
no local onde está, bem
como verbalizando que
em observação 16/05/14

Dr. José Nilton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

153.077

Data: 07/05/2014 Paciente: Juliano Costa de Araújo

Leito: 618 Prontuário:

Item	Prescrição Médica	Horário	Leito: 618					Prontuário:				
			Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)					
1. Dieta Geral		SNV	8h	130/80	37.7º							
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h		SNV	15h	120x80	36.7							
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN		SNV	22h	110x70	36.8							
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h		OS	Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21h					
5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h		OS	Glicemia									
6. SSV			Evolução de Enfermagem:									
1. SSV	1000ml	SNV	Pac. acordando									
2. SSV	1500ml	SNV	em estado de consciência									
3. SSV	1500ml	SNV	com consciência, orientado									
4. SSV	1500ml	SNV	em estado de consciência, orientado									
5. SSV	1500ml	SNV	em estado de consciência, orientado									
6. SSV	1500ml	SNV	em estado de consciência, orientado									

Assinatura do Médico
 Assinatura do Enfermeiro
 Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Enfermeiro
 Assinatura do Farmacêutico



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Av. Desembargador Moreira, 2259, Edifício Torres, CEP: 60170-000
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SS3077

Data: 28/11

Paciente: Juliana Costa da Silva

Leito: 618 Prontuário:

Item Prescrição Médica

Horário

Hora PA(mmHg) T(°C) FC(bpm) FR(lpm) Visto

1. Dieta Geral

2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h

3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN

4. Ranitidina 150mg VO 12/12h

5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h

6. SSV

7. SS 150ml

8. Fomeleto 100ml

9. morfina 10mg

10. Lactose

11. SSV

SEGURO DPVAT

5 JUL 2014

SSVD

14/05

SSVD

SSVD

SSVD

Ctt (OK)

Rot

Camila Fernandes
Enfermeira
CONCRETA

Evolução de Enfermagem:

Manhã - Paciente acordando
do, em repouso no leito
após a administração

Atividade de Enfermagem

Tratamento: Fomeleto, morfina,
daltaparina, lactose, SSV

paciente apresenta
dor abdominal, febre

paciente apresenta
dor abdominal, febre

paciente apresenta
dor abdominal, febre

paciente apresenta
dor abdominal, febre



Av. Desembargador Moreira, 3000 - J. São Torres, CEP: 60170-002.
Fortaleza-CE, P.A. (15) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 09/07/11 Paciente: Juliana Costa

Item Prescrição Médica

Horário

Leito: 618 Prontuário:

Item	Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto
------	-------------------	---------	------	----------	-------	---------	---------	-------

1. Dieta Geral

2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h

3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN

4. Ranitidina 150mg VO 12/12h

5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h

6. SSV

7. Levotiroxina 50mcg VO 1x/dia

8. ALTA Hospitalar



8h	110x70	36.4	-	-	-	-
15h	110/60	36.8	-	-	-	-
22h						

Horário 6 horas 11 horas 17 horas 21 hora

Glicemia

Rat.

pac. de alta por manter de alta hospitalar

Comissão de Enfermagem
COREN 257 191

8:30 - Paciente por alta hospitalar
Toda acompanhada de família

Ass. de Enfermagem
COREN-CE: 50098559

Dr. José Roberto Maciel
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113



Paciente: JULIANO COSTA DE ARAUJO Idade 25

Diagnóstico:

Evolução/ Parecer

Assinatura

04/05/14 * ADMISSÃO HOSPITALAR

- ID: JULIANO COSTA, 25

- HDA: PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR ESQUELHO HA 2 DIAS
APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTA. REFERIU DOLORES DE MODERADA
INTENSIDADE. NEGA OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO
NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES

- CD: INTENSIVAMENTO HOSPITALAR

Dra. Camila Barros
Médica
CREMEC - 14.727

05.05.14. P-Cont 1/14

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

06.05.14. Cont 2/14

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

07.05.14. Cont 3/14

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

08.05.14. Cont 4/14

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

09.05.14. Cont 5/14

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

618

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.: _____	Orgão Emissor: _____
End.: _____	

Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

Paciente: JULIANE COSTA DE ARAUJO
Endereço: Av. LONARINA. 348.
Prescrição: 1. Circo 500mg ——— D/C + (20 comp)
em D/C + 12/12 < 10/11/14
2. Diprofeno 150mg ——— D/C
em D/C + 12/12

Data: 07/05/14

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

Paciente: JULIANE COSTA DE ARAUJO

Diagnóstico: Fra. no torn. de

Cirurgia: TT - LMC Data: 07/05/14

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1) Fazer curativo diariamente

2) Retirar os pontos cirúrgicos em 22/05/14 no posto

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> SENTAR | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PISAR |
| <input type="checkbox"/> PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS | <input checked="" type="checkbox"/> USAR MOLETAS |
| <input type="checkbox"/> ANDAR | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ANDAR |
| <input checked="" type="checkbox"/> ELEVAR MEMBRO INFERIOR | <input type="checkbox"/> USAR TIPOTA |
| <input checked="" type="checkbox"/> DOBRAR O JOELHO | |

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

Retornos:

Dia: 25/05/14 Hora: 8:00 Dia: / / Hora: : :
Dia: / / Hora: : : Dia: / / Hora: : :

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 de Melo

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

**Fratura do fêmur esquerdo com dor crônica moderada em toda extensão e joelho esquerdo, edema em joelho esquerdo, hipertrofia muscular em MTE e ausência de sensibilidade em região de nádega esquerda.*

E submeteu-se a tratamento(s):

** imobilização
* medicamentoso*

** molles*

** Fisioterapia*

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

** Membro - 60%.*

** MTE - 30%.*



Thaysa de Paula e Silva
Fisioterapeuta

CREFITO 154308-F

Dra Thaysa Teixeira

(85)3094-3805

Av. Desembargador Moreira, 2222
Aldeota - Fortaleza - Ceará



14657957

Fisioterapeuta

CREFITO: 154308-F CPF 063.815.614-94

RELATÓRIO

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

Juliano Costa de MeloVítima de acidente de trânsito, em 04/05/14, sofreu:

*Fratura do fêmur esquerdo com dor crônica moderada em toda extensão e joelho inchado, adormecimento em joelho esquerdo, hipotrofia muscular em MTE e dificuldade de movimentação em região de nádegas esquerda.

E submeteu-se a tratamento(s):

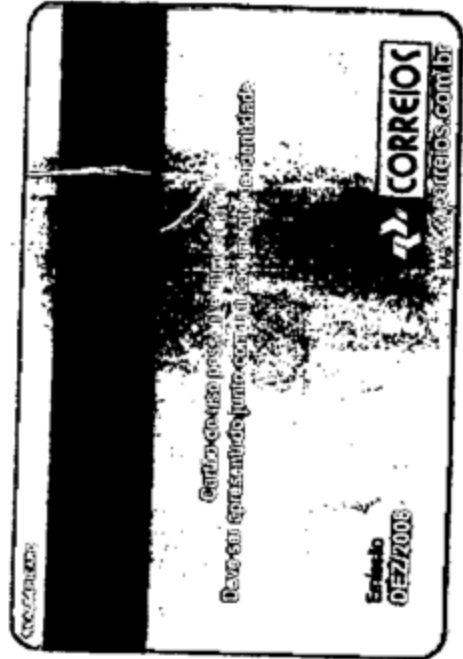
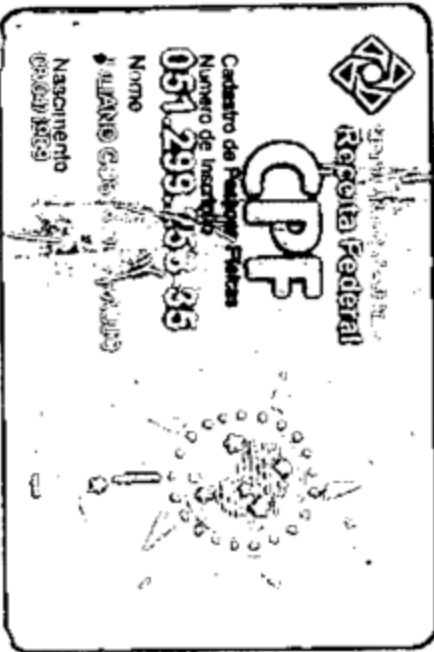
* internão
* medicamentoso* moltes* Fisioterapia

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

* MTE - 60%* MTE - 30%Thaysa de Paula e Silva
Fisioterapeuta

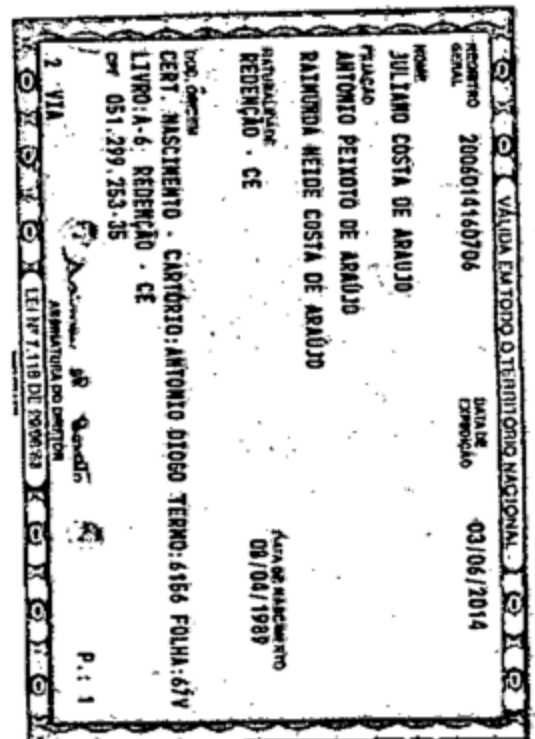
CREFITO 154308-F

Dr.ª Thaysa Teixeira



DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



DUT



DUT

1004032

1004032

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 010397350160

VIA CDD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
 PPT 01 00323619819 90000000000 2013

NOME

LUIS ALBERTO ESTEVES DA SILVA

ARACOIABA

CPF / CNPJ

16129601367

PLACA

ELP0192/CE

PLACA ANT. / UF
/CE

CHASSI

9C2KC1680BR501803

PAS/MOTOR/OL. / MARCA / MODELO / ANO FAB. / ANO MOD.

HONDA/CG150 FAN ESDI 2011 2011

CAP. / POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE

2P/CCV/149CC PARTIO PRETA

IPVA FADA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
 1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 4,15 1,11 5,26 03/05/2013

RES. DOM. NOSSAMOTO LTDA;
 ARACOIABA LOCAL DATA
 10/05/2013

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

CE Nº 010397350160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

CPF / CNPJ

16129601367

PLACA

DCP0192

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 010397350160

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

10/05/2013

RENAVAM MARCA / MODELO Nº CHASSI

00323619819 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI

2011 09 9C2KC1680BR501803

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

129,04 14,34 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

4,15 1,11 292,01

PARCELAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 03/05/2013

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

