

TABELA DE INDEXADORES ACUMULADOS A PARTIR DE - OUT/64 PARA CÁLCULO DA CORREÇÃO MONETÁRIA -
Indexadores utilizados: (ORTN) - (OTN) - (IPC-lbge) - (INPC - lbge) - (IPC - r) - (INPC - lbge)

CONDENAÇÕES CÍVEIS EM GERAL

FLS. 11 M

MÊS	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Jan	0,00000000	0,00585763	0,00398742	0,00284939	2,32412994	1,85825998	1,56295680	1,31045774	1,07593011	0,93398082
Fev	0,00000000	0,00585763	0,00388218	2,78348278	2,28403108	1,82495783	1,52866560	1,28676556	1,06314199	0,92484589
Mar	0,00000000	0,00585763	0,00382608	2,72616230	2,25140206	1,79331402	1,49855605	1,26997737	1,04915550	0,91525471
Abr	0,00000000	0,00493964	0,00376086	2,68633200	2,21894806	1,76840023	1,48178242	1,25743200	1,03731736	0,90437520
Mai	0,00000000	0,00493964	0,00362096	2,64659019	2,17805925	1,74141596	1,46830569	1,24302762	1,02368111	0,89411348
Jun	0,00000000	0,00493964	0,00346732	2,59981228	2,12151348	1,72014606	1,45475210	1,22553639	1,00671058	0,88290277
Jul	0,00000000	0,00435469	0,00333121	2,52831247	2,06267437	1,69721078	1,43271040	1,20172877	0,98896191	0,87323510
Ago	0,00000000	0,00435469	0,00323990	2,46614086	2,01740995	1,68554165	1,42010771	1,17819901	0,97497747	0,86547098
Set	0,00000000	0,00421600	0,00315046	2,42903562	1,98117990	1,67318556	1,40682722	1,15396131	0,96685978	0,85828865
Out	0,00661912	0,00416297	0,00306299	2,41750258	1,95369600	1,65809671	1,39027978	1,12935029	0,95998870	0,85002210
Nov	0,00661912	0,00412406	0,00298428	2,40084224	1,92472290	1,63153119	1,36448610	1,10706173	0,95088666	0,84427577
Dez	0,00661912	0,00406081	0,00291720	2,36735410	1,89388328	1,59804975	1,33611668	1,08920883	0,94464422	0,83712180

MÊS	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Jan	0,82102730	0,62000019	0,49640933	0,36042048	0,27774094	0,20253112	0,13568501	0,08962928	0,04552479	0,02273886
Fev	0,81246128	0,61073280	0,48705828	0,35428582	0,27200008	0,19805871	0,13021309	0,08536067	0,04335688	0,02145172
Mar	0,80047431	0,60075531	0,47640147	0,34744224	0,26583887	0,19355856	0,12556668	0,08015115	0,04129235	0,02010473
Abr	0,79053172	0,58967680	0,46534885	0,33973834	0,25915673	0,18884260	0,12108741	0,07540066	0,03932603	0,01844470
Mai	0,77780518	0,57813976	0,45389303	0,33021312	0,25180211	0,18202404	0,11676820	0,07113282	0,03727592	0,01692173
Jun	0,76160650	0,56510903	0,44077526	0,31991890	0,24435625	0,17532240	0,11292925	0,06710655	0,03533270	0,01566827
Jul	0,73709600	0,55496957	0,42814502	0,30959411	0,23721051	0,16967757	0,10942687	0,06330817	0,03349063	0,01453458
Ago	0,70603969	0,54563697	0,41747853	0,30154080	0,23016629	0,16518485	0,10603319	0,05972481	0,03159501	0,01333449
Set	0,67390776	0,53726640	0,40615586	0,29548333	0,22394431	0,16056477	0,10274470	0,05645066	0,02952803	0,01228986
Out	0,64957037	0,52658091	0,39322296	0,29139873	0,21824398	0,15436385	0,09975167	0,05340629	0,02759635	0,01122363
Nov	0,63584266	0,51538753	0,37953682	0,28741303	0,21318310	0,14759342	0,09665915	0,05052611	0,02579096	0,01023119
Dez	0,62794062	0,50554663	0,36838391	0,28318311	0,20786089	0,14121999	0,09366240	0,04789212	0,02421686	0,00943837

MÊS	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Jan	0,00877172	0,00270920	0,00082690	0,50924158	0,11088421	0,01072758	0,64557596	0,03407025	0,00589361	0,00047185
Fev	0,00798881	0,00240603	0,00071143	0,43589872	0,09517070	7,51652342	0,41353915	0,02841318	0,00468044	0,00036643
Mar	0,00711381	0,00218333	0,62209794	0,36446903	0,08067968	6,82451736	0,23934434	0,02331434	0,00376000	0,00029363
Abr	0,00646710	0,00193730	0,62280034	0,31827293	0,06954539	6,43276214	0,12985261	0,02085548	0,00309159	0,00023016
Mai	0,00593857	0,00173237	0,61791655	0,26312299	0,05830439	5,99455982	0,08967722	0,01986047	0,00255842	0,00017929
Jun	0,00545323	0,00157480	0,60943947	0,21315564	0,04950283	5,45257397	0,08313453	0,01861686	0,00205495	0,00014142
Jul	0,00499380	0,00144201	0,60179308	0,18060853	0,04141455	4,36799965	0,07588730	0,01679767	0,00170042	0,00010848
Ago	0,00452747	0,00133999	0,59465655	0,17526206	0,03338809	3,39235761	0,06720448	0,01497920	0,00139287	0,08279932
Set	0,00409356	0,00123867	0,58483142	0,16478185	0,02767122	2,62282172	0,05998793	0,01295554	0,00113815	0,06209638
Out	0,00370458	0,00113535	0,57492591	0,15592382	0,02231373	1,92925466	0,05319965	0,01120528	0,00091801	0,04578366
Nov	0,00329003	0,00104161	0,56419383	0,14281354	0,01753535	1,40187085	0,04658464	0,00925444	0,00072818	0,03413634
Dez	0,00299366	0,00093737	0,54626740	0,12656307	0,01381606	0,99128189	0,04030510	0,00731692	0,00059254	0,02510025

MÊS	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Jan	0,01822424	4,77858538	3,93520061	3,60640302	3,45639083	3,37250628	3,11029989	2,95453645	2,69964262	2,35283446
Fev	0,01289573	4,70009381	3,87857344	3,57742587	3,42725913	3,35072656	3,09144209	2,93196036	2,67106226	2,29612029
Mar	0,00917388	4,65401902	3,85122971	3,56139957	3,40885133	3,30805268	3,08999714	2,91766381	2,66280755	2,26307933
Abr	0,00641172	4,58930975	3,84009343	3,53734562	3,39222941	3,26624474	3,08588549	2,90372592	2,64639987	2,23249416
Mai	0,00448811	4,50285494	3,80470963	3,51624813	3,37703276	3,25096521	3,08311069	2,87953780	2,62852590	2,20210511
Jun	0,00314448	4,39003114	3,75662484	3,51238451	3,35289194	3,24934054	3,08465302	2,86321747	2,62616235	2,18051798
Jul	5,83331869	4,31156073	3,70731751	3,50013404	3,34787013	3,24706759	3,07542674	2,84614062	2,61023989	2,18182708
Ago	5,49898066	4,20804288	3,66335723	3,49384512	3,35727049	3,22321579	3,03326436	2,81489528	2,58056341	2,18095470
Set	5,21428093	4,16555423	3,64513157	3,49489359	3,37380212	3,20558508	2,99700065	2,79283191	2,55855979	2,17703603
Out	5,13671651	4,11738087	3,64440269	3,49140219	3,38429343	3,19313186	2,98416873	2,78059728	2,53749856	2,15932953
Nov	5,04291823	4,06053340	3,63060638	3,48130640	3,38057480	3,16276928	2,97940169	2,75470307	2,49827563	2,15094086
Dez	4,88323640	4,00013142	3,61830415	3,47609226	3,38667081	3,13331610	2,97078640	2,71961998	2,41636099	2,14301172

MÊS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Jan	2,13150161	2,00832660	1,91182975	1,85951391	1,76834325	1,66070549	1,59508703	1,49822384	1,41235420	1,32992812
Fev	2,11395578	1,99694402	1,90459230	1,85044672	1,75622529	1,65014456	1,58117271	1,48427169	1,40518774	1,31780432
Mar	2,10574338	1,98819596	1,90022179	1,84270735	1,74783568	1,64504492	1,57018144	1,47629967	1,39972880	1,31098718
Abr	2,09380867	1,97378731	1,89510500	1,83463496	1,73896695	1,64176140	1,55911175	1,46661998	1,39721382	1,30316818
Mai	2,08525910	1,95598782	1,89283360	1,82987728	1,72790834	1,63278110	1,54781272	1,45613580	1,38832851	1,29552458
Jun	2,07695130	1,94239108	1,89037611	1,82513193	1,71147815	1,62304285	1,54118562	1,44788287	1,38073447	1,29100606
Jul	2,06661821	1,94453007	1,89170030	1,81949151	1,69604414	1,61625458	1,54288279	1,44470452	1,37715387	1,28740134
Ago	2,05164123	1,94394688	1,88962172	1,81368771	1,68626381	1,61254572	1,54396356	1,44470452	1,37125747	1,28907714
Set	2,04143406	1,94394688	1,88999972	1,80304971	1,68273008	1,61125672	1,54504510	1,43866214	1,36511445	1,28701791
Out	2,03796951	1,94103533	1,88698055	1,79855333	1,68020977	1,60868282	1,53674666	1,43221716	1,35656807	1,28355232
Nov	2,03451084	1,92984224	1,87890128	1,79317381	1,67185051	1,60483123	1,52273748	1,42764868	1,34700434	1,27577012
Dez	2,02559821	1,91947707	1,87104290	1,78549618	1,66552153	1,59891524	1,50721318	1,41955721	1,33976959	1,26891796

MÊS	2014	2015	2016	2017						
Jan	1,25984706	1,18598097	1,06579964	1,00000000						
Fev	1,25195972	1,16868444	1,04994546							
Mar	1,24399813	1,15528316	1,04006484							
Abr	1,23388031	1,13809788	1,03550861							
Mai	1,22433053	1,13007435	1,02892350							
Jun	1,21702836	1,11899629	1,01893790							
Jul	1,21387229	1,11044586	1,01417130							
Ago	1,21229631	1,10404241	1,00772188							
Set	1,21011810	1,10128919	1,00460760							
Out	1,20421743	1,09570111	1,00380455							
Nov	1,19965873	1,08732868	1,00210098							
Dez	1,19333406	1,07539183	1,00140000							

janeiro/17

Como atualizar um débito:

NOTA: 1 - Localize na tabela o fator correspondente à data do débito;

2 - Multiplique o valor do débito pelo fator encontrado - você encontrará o valor atual do débito;

3 - Não é necessário fazer qualquer conversão, os fatores já estão convertidos;

4 - Deve-se conservar o padrão monetário vigente à época do débito;

5 - Nesta tabela, não estão incluídos os juros moratórios, apenas a correção monetária.

FLS. 12

SECRETARIA

DA 2ª VARA CÍVEL

J. DO NORTE - CE

SINISTRO 3160683264 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SEGURADORA LIDER DPVAT -
OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 63218658349PLS. 13
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE**Posição em 01-12-2016 14:00:12**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
02/12/2016	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

FLS. 14
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Page: 1 Document Name: untitled

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A425 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 15/08/2016

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATAS

EXTRATO
PAG: 001

AG: 0032 - JUAZEIRO DO NORTE
PERIODO: 01012016 ATE: 12082016
NOME: MARIA RISOMAR LEMOS DE OL

OPER: 001 CONTA: 40.501-1
CPF: 632.186.583-49

LIMITE FLUTUANTE GIM: 0,00
LIMITE CHEQUE AZUL: 0,00
VLR.BLQ.JUDICIAL : 0,00

DATA MOVTO NR.DOC HISTORICO
09/08/2016 091545 CT SALARIO
12/08/2016 000000 RETIRADA

V A L O R S A L D O
863,57 C 863,57 C
860,00 D 3,57 C

SALDO EM 12/08/2016 R\$ 3,57 C

F1 AJUDA F2 EXTRATO ANTERIOR F5 EXTRATO P.A.I. F7 VOLTAR PAG
F3 RETORNAR F4 POS.INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F8 AVANCA PAG F12 FINALIZA

Date: 15/08/2016 Time: 14:12:10

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FLS. 64
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO			
Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA	Prontuário: 134702	Admissão: 03/07/2016	
Data Nasc.: 10/05/1973 Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) e 24 dia(s)	Sexo: Feminino	RG:	
Mãe: MARIA LEMOS DE OLIVEIRA	Telefone: 88	88027549	
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458	Bairro: FRANCISCANOS	CEP:	

Evolução	Profissional	Data/Hora
#ORTOPEDIA# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. SOFREU LESÃO EXPOSTA DE DIÁFISE DISTAL DE TÍBIA DIREITA E FÊMUR DIREITO G.A II. APRESENTA FERIMENTO PUNTIFORME EM REGIÃO ANTERIOR DE PERNA DIREITA COM SINAIS DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA E LESÃO CORTOCONTUSA EM FACE POSTERIOR DE TORNOZELO DIREITO. PACIENTE SEM OUTRAS QUEIXAS. CD: ORIENTAÇÕES GERAIS + RADIOGRAFIA DE TORNOZELO E PERNA D + CURATIVO ESTÉRIL + IMOBILIZAÇÃO TALA INGUINOPODÁLICA MID +FAÇO AGENDAMENTO CIRÚRGICO +	ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO <i>Dr. Abel T. Macedo Filho</i> Ortopedista CRM-CE 11234 - CRM-PE 21548	03/07/2016 13:39

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458
Bairro: FRANCISCANOS
CEP: 63010-000

Prontuário: 134702
Idade: 43 ano(s) 2 mes(es) e 8 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: CLINICA CIRURGICA I Enfermaria: 06
Internação 03/07/2016 22:27 Alta: * Não Informado * * Não Informado
Leito: 521

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

FRATURA EXPOSTA PERNA DIR - TTO CIRURGICO

Exames Realizados

OS NECESSARIOS

Terapêutica Utilizada

OS FIBULA + FIXAÇÃO EXTERNA + LIMPEZA CIRURGICA

Diagnóstico

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FLS. 16
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 18/07/2016

Observações Complementares

RET EM 14 DIAS AMB ORTOPEDIA - AGENDAR NO NAC!!!!

RX PERNA DIR AP + P NO RETORNO!!!

Responsável

Médico: SAMIR SAMAAH FILHO

Data: 18/07/2016

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

DR. Samir Samaan Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - CE 15.246 / TEOT 13.899

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI-HRC
 ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE

RELATÓRIO ANATOMO PATOLÓGICO

NOME MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA		PRONTUÁRIO 134702		LABORATÓRIO
SEXO ☐ MASCULINO ☒ FEMININO	IDADE 43	COR Sem Informação	FONE CONTATO (88) 88027549	
MÉDICO FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL		CRM 16420		
PROCEDIMENTOS PROPOSTOS				
Código 0408050500	Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
Código 0408050500	Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA			

ANATOMO-PATOLÓGICO: NÃO

Natureza e Sede do Material:

Suspeita Clínica:

Dados Complementares:

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 03/07/16

Paciente: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: JAMACIR FERREIRA MOREIRA
1º Auxiliar:
Enfermeiro: JESSICA RODRIGUES PATRICIO
Instrumentador:

Prontuário: 134702 Dt. Nascimento: 10/05/1971
Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 01A
Anestesiologia: ** Não Informado **
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S

Diagnóstico pré-operatório:

** Não Informado **

Relatório Imediato do Patologista:

** Não Informado **

Exame Radiológico:

** Não Informado **

Contagem Compressas e Instrumental:

** Não Informado **

Eventos e Incidentes:

** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:

** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

** Não Informado **

Grau de Contaminação:	Contaminada	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	-------------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

CUIDADOS INICIAIS

ASSEP/ANTISSEP/CAMPOS ESTEREIS

AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO TORNOZELO/CALCÂNEO DIR + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF DE FO

INCISÃO PARA ACESSO AO M.LATERAL DIR + DISSECÇÃO POR PLANOS ATE FRATURA DE M.LATERAL DIR + REDUÇÃO FUNCIONAL

FIXAÇÃO DE FRATURA COMINÚIDA DE M.LATERAL D COM PLACA E PARAFUSOS

REDUÇÃO FUNCIONAL DE FRATURA COMINÚIDA DE DIÁFISE/METÁFISE DISTAL DE TÍBIA DIR E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO

TRANSARTICULAR EM TORNOZELO DIR

LIMPEZA DE FO + SUTURA DE FERIMENTOS + CURATIVOS

PS: DURANTE EXPLORAÇÃO DE FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DE TORNOZELO/CALCÂNEO DIR OBSERVO PROVÁVEL RUPTURA AUTOMÁTICA DE T.AQUILES DIR. SOLICITO USG DE TORNOZELO DIR PARA CONFIRMAR OU EXCLUIR TAL LESÃO.

Data

03/07/16

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 20/06/2018 às 16:39. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfpe.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0045709-78.2017.8.06.0112 e código 38763039.



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

NOME: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

PRONTUÁRIO: 134702

DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1973

SOLICITANTE: Dr. FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL

SETOR SOLICITANTE: CLÍNICA CIRÚRGICA I

ENFERMARIA/LEITO: 06.521

DATA DO EXAME: 05/07/2016

DATA DO LAUDO: 05/07/2016

EXAME: ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

FLS. 18 AK
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor convexo multifrequencial de 12 Mhz, exame limitado pela presença de material de ortese, evidenciando-se:

COMPARTIMENTO LATERAL:

Tendões fibulares apresentando aumento de calibre e heterogeneidade textural, com pequeno halo anecoico indicativo de distensão da bainha pelo aumento do fluido sinovial. Não há evidências de líquido na bainha dos fibulares.

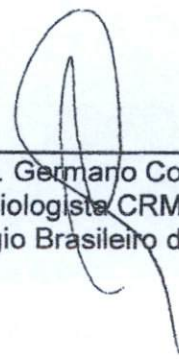
COMPARTIMENTO POSTERIOR:

Tendão do calcâneo com estrutura fibrilar heterogênea, apresentando solução de continuidade na porção proximal a sua inserção, comprometendo praticamente toda espessura do tendão, compatível com ruptura subtotal.

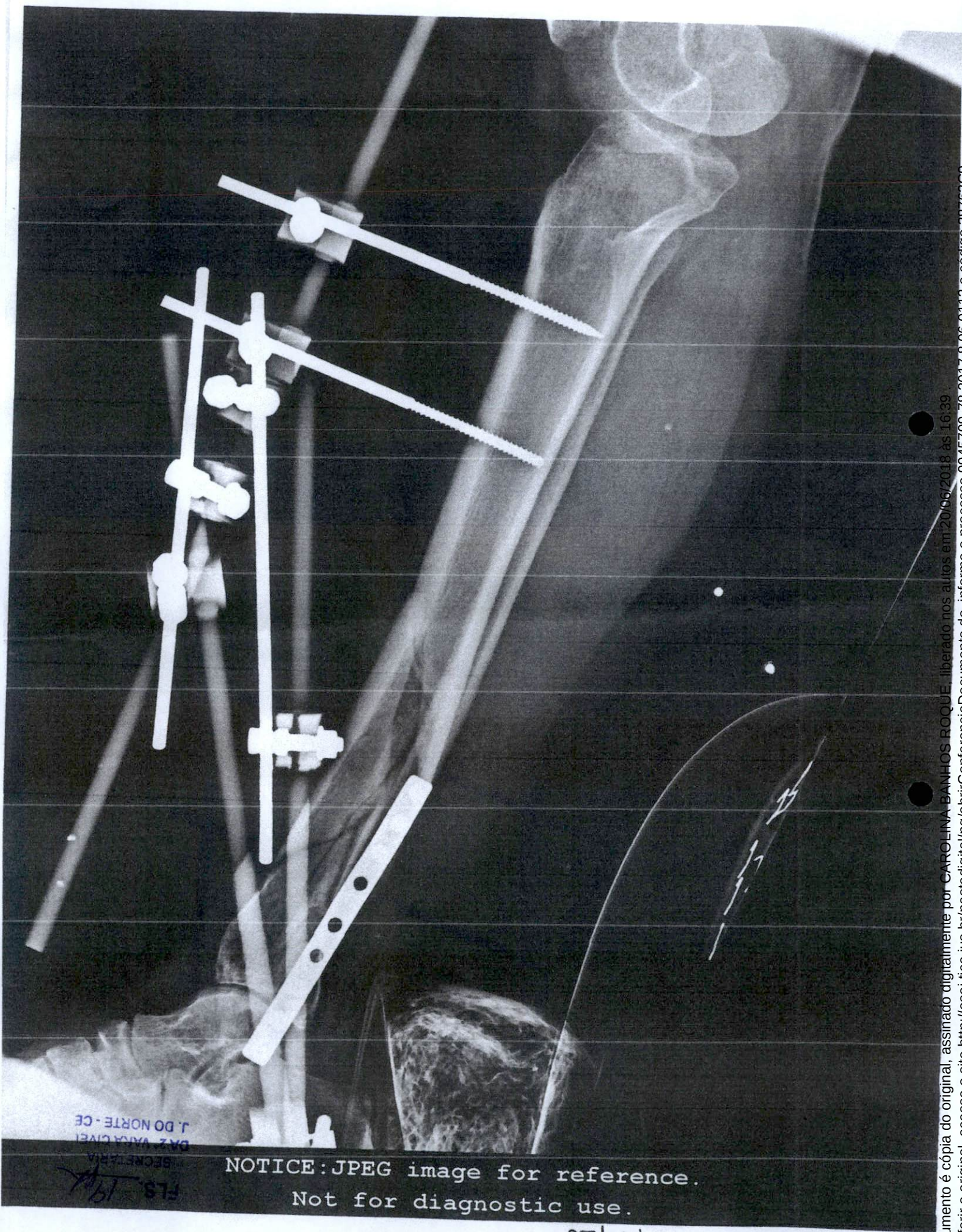
Observa-se infiltrado inflamatório nessa topografia.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. RUPTURA SUBTOTAL DO TENDÃO DO CALCÂNEO.
2. TENOSSINOVITE DOS FIBULARES.
3. CELULITE.



Dr. José H. Germano Correia
Médico Radiologista CRM 4133
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

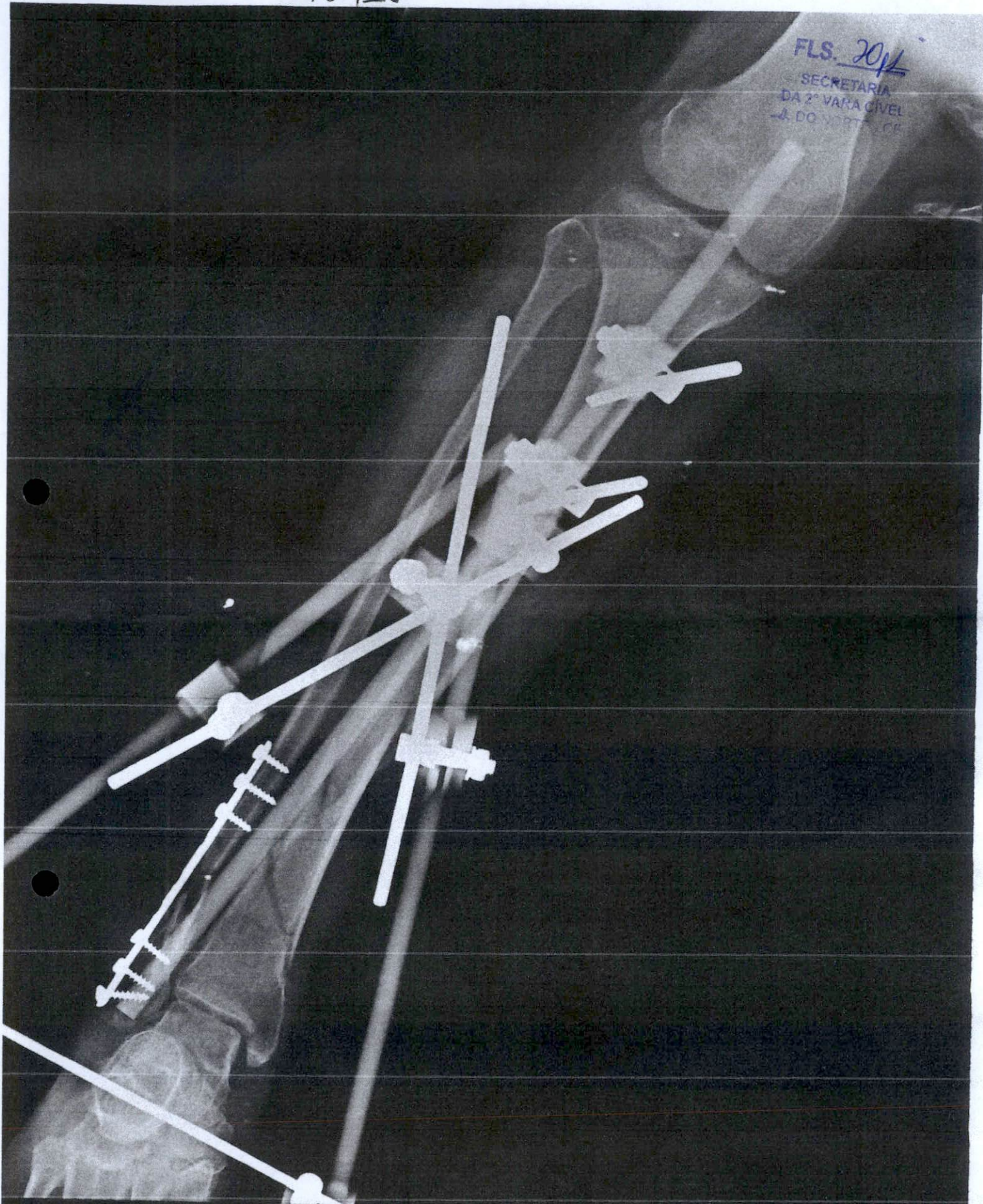


FLS. 194
SECRETARIA
DAZ VACA CIVEL
J. DO NORTE - CE

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

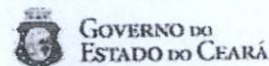
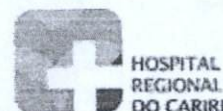
05/09/16

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 20/06/2018 às 16:39. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfpe.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0045709-78.2017.8.06.0112 e código 38763C9.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458

Bairro: FRANCISCANOS

CEP: 63010-000

Prontuário: 134702

Idade: 43 ano(s) 2 mes(es) e 8 dia(s)

UF: CEARÁ

Sexo: Feminino

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: CLINICA CIRURGICA I Enfermaria: 06

Leito: 521

Internação 03/07/2016 22:27 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

FRATURA EXPOSTA PERNA DIR - TTO CIRURGICO

Exames Realizados

OS NECESSARIOS

Terapêutica Utilizada

OST FIBULA + FIXAÇÃO EXTERNA + LIMPEZA CIRURGICA

Diagnóstico

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FLS. 21/K
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 18/07/2016

Observações Complementares

RET EM 14 DIAS AMB ORTOPEDIA - AGENDAR NO NAC!!!!

RX PERNA DIR AP + P NO RETORNO!!!

Responsável

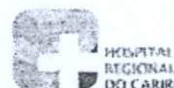
Médico: SAMIR SAMAN FILHO

Data: 18/07/2016

03/08
10:00

Agendamento		
Data: 04/08/16	Data:	Data:
Hora: 15:30	Hora:	Hora:
Código: 61199	Código	Código

DR. Samir Samaan Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - CE 16.346 / TEOT 13.899



FLS. 22
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA Prontuário: 134702 Admissão: 03/07/2016
Data Nasc.: 10/05/1973 Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) e 24 dia(s) Telefone: 88 88027549
Mãe: MARIA LEMOS DE OLIVEIRA
Sexo: Feminino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: 63010-000 Bairro: FRANCISCANOS
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES Horário: 12:23
Queixa: dor ferimento e deformidade em mid apos historia de trauma.
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA

S. 02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 9 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: ANA LIGIA ROCHA PEIXOTO CRM: 11749
Nº Atendimento: 330592 P.A.: Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: ACIDENTE COM UM VEICULO A MOTOR OU NAO-MOTORIZADO, TIPO(S) DE VEICULO
NAO ESPECIFICADO(S)
Comorbidade: NEGA
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR QUEDA DE MOTO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.
AO EXAME:
GLASGOW: 15
TORAX: NDN
ABD: NDN
SEM INSTABILIDADE PELVICA
DEFORMIDADE EM MID COM RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO
NEGA ALERGIAS
LJ: AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Médico: ANA LIGIA ROCHA PEIXOTO CRM: 11749 03/07/16 12:28

Prescrição	Horário:
CUIDADOS DA ORTOPEDIA	12:30
CEFALOTINA 2,0G EV AGORA	12:30
CETOPROFENO 100MG + SF 0,9% 100ML EV LENTO	12:30

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FLS. *BM*

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA Prontuário: 134702 Admissão: 04/08/2016
Data Nasc.: 10/05/1973 Idade: 43 ano(s) 2 mes(es) e 25 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: MARIA LEMOS DE OLIVEIRA Telefone: 88 88027549
Endereço: RUA SAO BENEDITO, 1458 Bairro: FRANCISCANOS CEP:

Solicitante SAMIR SAMAN FILHO

Data: 04/08/2016 Nº Solicitação: 2015083

Nome do Exame	Justificativa
RX PERNA D AP/P (0204060168)	PO

05/09/16 às 10h

Assinatura do Solicitante
Ordem e Tratamento
CNPJ 08.000.000/0001-91 / TEOT 13.839



Radiologia Geral - Ultrassonografia - Mamografia - Densitometria
Rua Januário Feitosa, 55 - Novo Juazeiro - Juazeiro do Norte-CE
(ao lado da Igreja Menino Jesus de Praga)
Fones: (88) 3571.7414 / 8847.0114 / 9666.4423

NOME: MARIA RISOMAR LEMOS
REQUISITANTE: DIMAS AMORIM DE MACEDO
EXAME: RX PERNA DIREITA
DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1973 -43A

DATA: 17/08/2016
CÓD.: 38331
REQUISIÇÃO: 58377
CONVÊNIO: SISTEMA UNICO DE SAU

FLS. 24
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

RX DA PERNA DIREITA

Controle evolutivo evidencia fraturas comutativas nos terços distais da tíbia e da fibula direita, fixadas com materiais de síntese que encontram-se bem posicionados e sem sinais de afrouxamento.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações.

OBS 1. Este relatório representa a impressão diagnóstica através da interpretação do médico radiologista. O relatório não deve ser considerado absoluto e definitivo, já que as doenças são evolutivas e podem modificar-se de acordo com a história natural da patologia ou investigação mais profunda. Havendo discordância do exame com a clínica do(a) paciente, entrar imediatamente em contato com a RADIOCLÍNICA.

OBS 2. Em caso de retorno para novos exames, favor trazer exames anteriores.

DIG: FWCVL

DR LAMARCK NICODEMOS SANTANA
MÉDICO RADIOLOGISTA CRM: 11093 RQE: 5772
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO
 VIV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
 Comprovante da Alta Médica do Paciente

Página: 1/1
 Emitido por: JTB/
 Em: 22/0

FLS. 25
 SECRETARIA
 DA 2ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

Atendimento: 2818491

Dt Atendimento: 22/09/2016 - 09:27

Dt Alta: 22/09/2016 - 17:11

Paciente: 432784

MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 99 ENF 6-1

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JTBARBOSA

CID: T841 COMPLICAÇÃO MECÂNICA DE DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO INTERNA DE

Procedimento de Alta 0408060360 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Observação de Alta

MARIA RISOMAR LEMOS, POI

HDA: PACIENTE INTERNADA NESTE NOSOCOMIO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA DIREITA
 EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTAVEL, SEM NAUSEAS OU VOMITOS, DEAMBULANDO E ACE-
 ADIETA.

EXAME FISICO: ECT: EGB, AAA, NORMOCORADO, HIDRATADO

ACV: BNF: RCR EM 2T, SEM SOPRO

ABD: RHA +, SEM VCM

AR: MV + EM AHT, SEM R.A

CD: 1) ALTA HOSPITAL COM ORIENTAÇÃO MÉDICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE E MEDICAÇÃO DOMICILIAR

Dr. (a) RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS (HMSVP)
 CRM: C6443

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.HMSVP.COM.BR

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 20/06/2018 às 16:39
 Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0045709-78.2017.8.06.0112 e código 38763C9.

FLS. 26
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, NICLEON VIEIRA SILVA,

RG nº 1108860, data de expedição 07/11/13,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 222.660.463-49, com

domicílio na cidade de J. DO NORTE, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÃO BENEDITO, nº 1458,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MARIA R. Lemos DE OLIVEIRA, cujo o condutor era

MARIA RIZOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

Veículo: HONDA/CG 150 START

Modelo: HONDA/CG 150 START

Ano: 2015/2015

Placa: PME 4604

Chassi: 9C2KC1670FR200495

Data do Acidente: 03/07/2016

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 10/10/2016

5º OFÍCIO

Nicleon Vieira Silva

Assinatura do Declarante

Mª Rísomar B. de Oliveira

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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 18/08/2016 CPF DA VÍTIMA 632.186.583-49
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SÃO BENEITO
 Nº 1458 COMPLEMENTO _____ BAIRRO FRANCISCANOS
 CIDADE S. JO. NORTE UF CE CEP _____
 E-MAIL luizcozinha@gmail.com TELEFONE (88) 98857-0463

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/10/2016
 IDENTIDADE 192321490
 ASSINATURA Me Risomar

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

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, MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 192321490EXPEDIDO POR SSP-CEEM 01/08/11CPF 632186583-49 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AUTÔNOMA

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA R. L. DE OLIVEIRA, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Função;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner com o nome escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 40501

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

J. DO NORTE 14 de OUTUBRO de 2010

LOCAL E DATA

M. Risomar L. de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**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.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS SROQUE, liberado nos autos em 20/08/2018 às 16:39. Para conferir o original, acesse o site <http://escaj.jfcs.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0045709-78.2017.8.06.0112 e código 38763C9.

FLS. 29
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA RIZOMAR LEMOS DE OLIVEIRA

RG nº 192321490, data de expedição 01/08/2014, Órgão SSP - CE,

CPF nº 632.186.583-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA SÃO BENEDITO</u>
Número	<u>Nº 1458</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>FRANCISCANOS</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(88) 98857-0463 / 99665.2156</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE, 14/10/2016

Assinatura do Declarante: M^{te} Riomar B. de Oliveira

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

FLS. 30

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Eu, MARIA RISONAR LEMOS DE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 192321490 e inscrito no CPF/MF sob o nº 632.186.583-49, residente e domiciliado na RUA SÃO BENEDITO N.º 1458, FRANCISCANOS, Cidade J. DO NORTE, Estado CEARA, 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.

M.ª Risonar L. de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JUAZEIRO DO NORTE - CE, 14/10/2016

Local e data

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº **012674441919**

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **01** CÓD. RENAVAM **01051626045** R.N.T.R.C. **00000000000** EXERCÍCIO **2016**

NOME
NICLEON VIEIRA SILVA

JUAZEIRO DO NORTE /CE

CPF / CNPJ **22266046349** PLACA **PME4604/CE**

PLACA ANT / UF **/CE** CHASSI **9C2KC1670FR200195**

ESPECIE TIPO **PAG/MOTOCICLO/NAO APLIC.** COMBUSTÍVEL **GASOL/ALCO**

MARCA / MODELO **HONDA/CG150 START** ANO FAB. **2015** ANO MOD. **2015**

CAP / POT / CIL **2P/OCV/149CC** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

COTA ÚNICA ********* VENC. COTA ÚNICA ****/**/**** VENC / COTAS **1*******

FAIXA L.P.V.A. ********* PARCELAMENTO / COTAS ********* **2*******

3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ********* IOF (R\$) ********* PRÊMIO TOTAL (R\$) ********* DATA DE PAGAMENTO *********

OBSERVAÇÕES

LOCAL **JUAZEIRO DO NORTE** DATA **07/06/2016**

Ignacio Pontes
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº **012674441919** BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2016** DATA EMISSÃO **07/06/2016**

VIA **01** CPF / CNPJ **22266046349** PLACA **PME4604**

RENAVAM **01051626045** MARCA / MODELO **HONDA/CG150 START**

ANO FAB. **2015** CAT. TARE **09** Nº CHASSI **9C2KC1670FR200195**

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) **4,15** IOF (R\$) **1,11** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) **292,01**

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO **06/06/2016**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.908/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: **KC16E7F200195**

03192

012674441919
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE _____ DE _____

ASSINATURA



03192
PME4604
CÓD. RENAVAM
01051626045
88622 03383

FLS. 328
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

951146516

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
MARIA RISCOR LEMOS DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
192321490 SSP CE

CPF
632.186.583-49

DATA NASCIMENTO
10/05/1973

FUNÇÃO
JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
MARIA LEMOS DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CATAR

Nº REGISTRO
05398521463

VALIDADE
29/07/2019

1ª HABILITAÇÃO
25/09/2004

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador
Maria Riscor Lemos de Oliveira

LOCAL
CRATO, CE

DATA EMISSÃO
01/08/2014

Assinatura do Portador
58046810760
CE143012827

DETRAN - CE (CEARA)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

FLS. 33 ✓
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento à Sra. **MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA**, portadora do RG Nº 192321490 e inscrita no CPF sob o Nº 632.186.583-49, no dia 03/07/2016, às 11h10min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na rua São Benedito. Paciente vítima de acidente com motocicleta, onde a mesma foi encaminhada para o **Hospital Regional do Cariri - HRC**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 01 de agosto de 2016

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Cel. 9 8881 8940 Gora

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

BOLETIM DE Ocorrência N° 488 - 12624 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2016 14:55:14**
Data / Hora da Ocorrência: **03/07/2016 11:00:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA**
Nascimento: **10/05/1973** CPF: **632.186.583-49**
CNH: **03398521463** Órgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA LEMOS DE OLIVEIRA**
JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA SÃO BENEDITO, 1458**
Bairro: **FRANCISCANOS**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL**

UF:

CEP:

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PME4604** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC1670FR200195** Renavam: **1051626045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015**
Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **NICLEON VIEIRA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDA DAS PENAS COMINADAS AO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME E FALSIDADE IDEOLÓGICA, COMPARECEU NESTA 20ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, MUNIDA DE CÓPIA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI- PRONTUÁRIO Nº134702, RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E CRLV DO VEÍCULO ABAIXO DESCRITO E DECLAROU O SEGUINTE: NO DIA 03.07.2016 POR VOLTA DAS 11:00 HORAS A VITIMA TRAFEGAVA NA RUA SÃO BENEDITO, PRÓXIMO A FARMACIA FERNANDES, DEPOIS DO POSTO, NO BAIRRO FRANCISCANOS, NESTA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CONFORME ACIMA DESCRITA. QUANDO INESPERADAMENTE VEIO A DESVIAR DE OUTRA MOTOCICLETA E COLIDIU COM OUTRO CARRO, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU E ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI. E NADA MAIS DISSE, DANDO-SE POR ENCERRADO O PRESENTE BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA GORETTI MESQUITA BANDEIRA MAT.: 0156981-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Mário Risomar B. de Oliveira

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SEGURANÇA



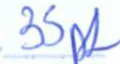
POLÍCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12824 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) : ☒ X

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MATR: 126893-1-4

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA COM PODERES
ESPECIAIS**

FLS. 35 

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

OUTORGANTE:

Nome: MARIA RISOMAR LEMOS DE OLIVEIRA
brasileiro(a), estado civil: _____, profissão: _____,
portador (a) do RG nº _____, e CPF nº _____,
residente na _____, nº _____,
bairro: _____, município: _____
/ _____.

OUTORGADO: Francisco Gilson Sobreira de Melo Filho, Brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 33.599, e no CPF sob o nº 040.415.413-10, residente e domiciliado na rua Dr. Mauro Sampaio, nº 55, lagoa seca, Juazeiro do Norte/CE, com escritório na Av. Ailton Gomes de Alencar, nº 2244, Pirajá, Juazeiro do Norte/CE.

Através do presente instrumento particular de mandato, os **OUTORGANTES** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, conforme art. 334, parágrafo 10, do CPC, dando tudo por bom e valioso, com o fim específico de impetrar ação judicial indenizatória por seguro dpvat c/c danos morais e psicológicos, a que tem direito o outorgante.

Juazeiro do Norte/CE, 01 de novembro de 2016

x Maria Risomar Lemos de Oliveira