



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 14

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	LILIANE SANTANA DO CARVALHO		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	FORTALEZA
RG	2003097062273	ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
CPF	030.424.153-92	PROFISSÃO	RECEPCIONISTA
ENDEREÇO	RUA CORONEL FRANCISCO BENTO Nº 336 CASA 07		
BAIRRO	DOM LUSTOSA	CEP	60.526-328
MUNICÍPIO / UF	FORTALEZA/CE		
FONES	085/986347177 / 986053890		
E-MAIL	WHATSAPP 986347177		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700. Fone: (85) 98799-2088 e 99955-5507.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes para o foro em geral, bem como, nos termos do art. 38 do Código de Processo Civil, podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, para ajuizar as ações necessárias e defende-lo nas ações contrárias, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, promover acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados, transigir, requerer, desistir, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber ou dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização, podendo ainda requerer o que mais lhe for de direito, através das medidas judiciais e extrajudiciais que forem necessárias ao bom e fiel cumprimento desse mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

FORTALEZA (CE), 10 de agosto de 2017.

Liliane Santana do Carvalho
Outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 15

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, LILIANE SANTANA DE CARVALHO, brasileiro(a),
SOLTEIRA, RECEPCIONISTA, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 200 3097062293 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF
sob o nº 030424.153-92, residente e domiciliado na
cidade de FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
CORONEL FRANCISCO BERTO, Nº 336 DOM LUSTOSA,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e
o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 10 de agosto de 20 17.

Liliane Santana de Carvalho

Declarante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 16

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, LILIANE SANTANA DE CARVALHO, brasileiro(a),
SOLTEIRA, RECEPCIONISTA, portador(a) do RG nº
2003097062273, inscrito no CPF sob nº
030.424.153-92, residente e domiciliado no endereço
RUA: CORONEL FRANCISCO BEZON Nº 336,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 10 de agosto de 20 17.

Liliane Santana de Carvalho

Declarante.

Najma Maria Said Silva

TESTEMUNHA:

CPF: 016.357.663-70
NASC: 09/06/1966

TESTEMUNHA:

CPF:
NASC:



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

fls. 17

Eu, LILIANE SANTANA DE CARVALHO,
Brasileiro(a), SOLTEIRO, portador da cédula de Identidade Nº
200309A062773 E CPF Nº 630.424.153-92, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:

RUA: CORONEL FRANCISCO BENTO Nº 336
Bairro: DOM LUSTOSA

na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60.526-328, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
fornecida.

Fortaleza, 10, de agosto, de 2017.

Liliane Santana de Carvalho
DECLARANTE



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 18

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>LILLIANE SANTANA DE CARVALHO</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira BRASILEIRA</u>
Endereço: <u>RUA: CONDE EL FRANCISCO BENTO 336</u>		Profissão: <u>RECEPCIONISTA</u>
CPF nº: <u>030.424.153-92</u>	RG n: <u>2003097062273</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>
Bairro: <u>DOM LUSTOSA</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60-526-328</u>	Telefone: <u>(085) 986347171 / 986053890</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

_____, 10 de agosto de 2017
Lillian Santana de Carvalho

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS BIOMÉTRICAS


Polegar Direito



PROIBIDO PLASTIFICAR

deleia Santana da Carvalho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003097062273 DATA DE EMISSÃO 30/08/2016

NOBRE LILIANE SANTANA DE CARVALHO

FILIAÇÃO LUIS CRISTIANO CAMPOS DE CARVALHO

NOME LINA MARIA SANTANA DA SILVA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 10/02/1989

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 2 ZONA TERMO: 99690 FOLHA: 239 LIVRO: A-84 FORTALEZA - CE CPF 030.424.153-92

2 VIA

Ass. Gb. por J
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2744 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/05/2017 09:27:06**
Data / Hora da Ocorrência: **26/09/2016 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE BASTOS**
Complemento:
Bairro: **RODOLFO TEOFILO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO DE GASOLINA BR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LILIANE SANTANA DE CARVALHO**
Nascimento: **10/02/1989** CPF: **030.424.153-92**
RG: **2003097062273** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **LINA MARIA SANTANA DA SILVA**
LUIS CRISTIANO CAMPOS DE CARVALHO
Endereço: **RUA CEL FRANCISCO BENTO, 336 CASA 07**
Bairro: **AUTRAN NUNES** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98634-7177**

Noticiante(s)

Nome: **BRENO DO NASCIMENTO LIMA**
Nascimento: **07/08/1993** CPF: **056.158.923-23**
CNH: **05561033109** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IRENILDA DO NASCIMENTO LIMA**
RAIMUNDO NONATO SOUSA LIMA
Endereço: **RUA BELEM , 356**
Bairro: **HENRIQUE JORGE** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98543-4505**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OIG1999 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:
9C6KE1550D0015453 Renavam: 500971200 Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: YAMAHA/T115 CRYPTON ED Ano
Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA Cor:
AZUL Proprietário: ROBERTA ALMEIDA MAGALHAES Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

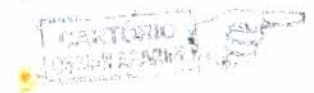
AFIRMA O NOTICIANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORARIO ACIMA MENCIONADOS VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA YAMAHA/T115 CRYPTON ED DE PLACA OIG-1999, TRAZENDO NA GARUPA A SENHORA LILIANE SANTANA DE CARVALHO, NA AV JOSÉ BASTOS, SENTIDO CENTRO/PARANGABA, QUANDO UM VEICULO FIAT UNO BRANCO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AO FAZER A ULTRAPASSAGEM PRÓXIMO AO POSTO BR, COLIDIU NA MOTO QUE O DECLARANTE TRAFEGAVA; QUE COM O IMPACTO AMBOS CAÍRAM NO SOLO E LILIANE FICOU LESIONADA, TENDO SIDO SOCORRIDA PELA AMBULANCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL FROTINHA DA PARANGABA, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE O DECLARANTE

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 26/05/2017 09:43:37

x Breno do nascimento lima
Liliane Santana de Carvalho



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO OSSIAN ARARIPE
FORTALEZA CARTÓRIO DO QUINTO OFÍCIO DE NOTAS PROTESTOS DE TÍTULOS
OFICIAL TITULAR: SAMUEL VILAR DE ALENCAR ARARIPE - CNPJ: 06.573.836/0001-61
Rua Major Facundo, Nº 673 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3231.9974 / 3253.2902 / 3251.1606 - E-mail: contabil@cartorioararape.com.br

--- AUTENTICAÇÃO Nº 091990 ---

Autentico a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado
nestas notas pela parte interessada - Dou fé. Fortaleza, 26 de maio de 2017.
Emolumentos: R\$ 2,35 Em test. de verdade.

Selo Digital - SELO 3 - AUTENTICACAO AAB350933-A1B2

() - Antonia Jozimélia D. Oliveira () - Márcia G. de Lima () - Mary Souza P. Falcão

Confira os dados do selo em:
selodigital.tjce.jus.br/portal





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2744 / 2017

SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES LEVES, PORTANTO NAO RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO. E NADA MAIS DISSE////

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART 340DO CPB. PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL É DE SEIS MESES A PARTIR DA DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8

+ Recuo do nascimento e ma

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Meliane Santana de Carvalho

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO OSSIAN ARARIPE
 FORTALEZA CARTÓRIO DO QUINTO OFÍCIO DE NOTAS PROTESTOS DE TÍTULOS
 OFICIAL TITULAR: SAMUEL VILAR DE ALENCAR ARARIPE - CNPJ: 06.573.836/0001-61
 Rua Major Facundo, Nº 673 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE
 Tel: (85) 3231.9974 / 3253.2902 / 3251.1606 - E-mail: contabili@cartorioararape.com.br
 --- AUTENTICAÇÃO Nº 091990 ---

Autentico a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado nestas notas pela parte interessada. Dou fé, Fortaleza, 26 de maio de 2017.
 Emolumentos: R\$ 2,35 Em test. de verdade.

Selo Digital - SELO 3 - AUTENTICAÇÃO AAB350932-A1B2

() - Antonia Jozimélia D. Oliveira - (x) - Mária G. de Lima - () Mary Souza P. Falcão

Confira o código do selo em: selodigital.tjce.jus.br/portal



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA, prestou atendimento a Sra. **Liliane Santana de Carvalho**, no dia **26/09/2016**, às **18h40min**, na **Avenida José Bastos**, no **Bairro Rodolfo Teófilo**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendida e removida para o **Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira**.

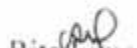
Documento requerido por meio do Processo nº **P482725/2016**.

Fortaleza, 22 de dezembro de 2016

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE LILIANE SANTANA DE CARVALHO		DADOS PESSOAIS	
NOME DO RESPONSÁVEL LILIANE SANTANA DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 253466	K103BT 98396
ENDEREÇO AV. ENILDA JOSE BASTOS 2880 RODOLFO TEÓFILO		SEXO F	RACIA DO PACIENTE PARDO
CIDADE FORTALEZA		CEP 60.431-084	UF CE
LOCAL DE ATENDIMENTO (ANEXO ATENDIMENTO DO PACIENTE)		OCCORRÊNCIA	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MODULO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
PULSO N		CLÍNICA N	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ANA GLACILDA DO NASCIMENTO		DATA E HORA DO ATENDIMENTO 28/09/2016 19:58:24	
NOME DO RESPONSÁVEL FARMACOLOGIA		ATENÇÃO MÉDICA	

relato de trauma

Dr. Victor Monte Tenorio
Cirurgia de Quadril e Joelho
CRM CE 11967 TEOT 13604

US ABDOMINAL	() TC CRÂNIO	() RAI-X	() OUTROS
--------------	---------------	-----------	------------

MEDICAMENTOS	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	ORIENTAÇÕES
<i>Medicamentos: Analgésico, Anti-inflamatório, Antibiótico</i> <i>Prescrição Médica: Dor 8/10, 2/3/4/5/6/7/8/9/10</i> <i>Apazamento: 2/3/4/5/6/7/8/9/10</i> <i>Orientações: 2/3/4/5/6/7/8/9/10</i>			

DECISÃO MÉDICA () PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO	ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DISSINCRONIA DO CORPO () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL	

Impressão de ANA GLACILDA DO NASCIMENTO em 28/09/2016 às 19:59:24
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo toda a responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 19 do Código Penal.

NOTA: O PACIENTE NÃO DEVE SER DEIXADO SEM CUIDADO
RECEBIDA EM 28/09/2016 (20:10:00)
3033
RPM (RPM) (RPM)

LILIANE SANTANA DE CARVALHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

26/9/2016
23h. Enc. p/ melhor
TC de melhor
JLF - São Carlos
63816

06h. Ainda não
terminou do JLF

27/09/16
Reserva para internar
de 7-11 horas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE CLÍNICA
S 3033
MILITARY HOSPITAL

CONDIÇÃO:

1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ REMOVIDO PARA: _____ GUM Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: 11/11 HORA: _____

2 - OBSERVAÇÃO (ATÉ 24 h) ☐

DATA E HORA DA ALTA: 11/11 HORA: _____

3 - INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 11/11 HORA: _____

4 - PARA ÓBITO
ANTES DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM

DATA ÓBITO: 11/11 HORA ÓBITO: _____

ASS. CARIÓTIPO MÉDICO

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTROUQUE A FAMÍLIA

2 ☐ I.M.L.

3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

4 ☐ SVD

ASS. CARIÓTIPO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIÓTIPO



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 07/12/2016 10:49:14

Por JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 26/09/2016 23:47:40

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS	705206482298778	NOME	LILIANE SANTANA DE CARVALHO	Registro	5489089
CPF		RG		D. NASC.	19/02/1989
				ESTADO CIVIL	
				SEXO	F
				RAÇA/COR	Parda
NOME DA MÃE	LINA MARIA SANTANA DA SILVA	NOME DO PAI	LUIS CRISTIANO CAMPOS DE CARVALHO		
TIPO DE LOGRADOURO	Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE	BELEM	Nº	356
				BAIRRO	DOM LUSTOSA
COMPLEMENTO		TELEFONE CONTATO	988353588	MUNICÍPIO	FORTALEZA
				UF	CE
				CEP	60526185

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME	AMB FROTIPIKA DE PARANGABA	PARENTESCO	BRENO/ESPOSO	TELEFONE	988353588
------	----------------------------	------------	--------------	----------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VINCULO	CBO DO EMPREGADO	CNPJ DO EMPREGADOR	COSIDO DO CNAER
-----------------	------------------	--------------------	-----------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO	Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta
QUEIXAS	hoje queda da moto, trauma no joelho, lc de joelho e rotura
OBSERVAÇÕES	exames

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA	Área Pública	Escala de Dor	Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO	AMARELO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO					

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese

Exame Físico

Conduta

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:
----------------------------	--

SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

07/12/2016

1963719



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

FORMAS DE ORDENAR A VIDA

Boletim de Emergência Reg.: 54 69 089.

O Sr.(a) Liliane Santana de C.

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 07/02/17, às ____: ____ h.

Tendo como causa do socorro Fratura de Tibia proximal (C)
C.I.D. 5871

Observações: 60 (Semente) dias de repouso e afertando.

Fortaleza, 07 de 02 de 200 17

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: _____

Dr. Manoel Augusto
Cirurgião de Ombro
Ortopedista CRM 11283



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Centros de Proteção à Vida

Boletim de Emergência Reg.: 5469089

O Sr.(a) LILIANE SANTANA DE CARVALHO

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 27/09/18, às ____ : ____ h.

Tendo como causa do socorro Fratura de pulso

Observações: Negam fr. 30 de

Fortaleza 27 de 09 de 20018

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: _____

Dr. José Nami J. Tajra
Traumato - Ortopedia
CRM: 3585



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Áreas de Orçento a vida

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a) Libane Santana de C.

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 20/12/16, às ____ : ____ h.

Tendo como causa do socorro

Fractura de Tibia

C 10: 5821

Observações:

30 (Trinta) dias de afastamento e repouso

Fortaleza, 20 de 12 de 20016

Médico de Plantão – CRM:

CPF:

Dr. Milton Augusto
Grupos de Ombro
Ortopedista CRM 11283

posto: *Agistio*
236445 37 6202



NOME: LILIANE SANTANA DE CARVALHO

ENCAMINHAMENTO

AO HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTIDIO (HUWC)

AMBULATORIO – ORTOPEDIA

PCTE, 28 ANOS, SOFREU ACIDENTE DE MOTO HÁ 6 MESES TENDO FRATURA DE ESPINHAS TIBIAS, SENDO TRATADA NÃO CIRURGICAMENTE EVOLUINDO COM DOR + BLOQUEIO DE EXTENSAO NECESSITANDO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO POR ARTROSCOPIA.

Fortaleza, 31 de março de 2017.



MÁRIO DE ASSIS

Diagnóstico por Imagem

Paciente.....: LILIANE SANTANA DE CARVALHO
 Exame.....: 814913 RESSONANCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO
 Convênio.....: PARTICULAR
 Solicitante....: DR. ROBERTO CESAR CRUZ SARAIVA
 Executante....: DR. SABINO RODRIGUES DE OLIVEIRA NETO
 Atendimento.: 901561 Data: 25/07/2017 Usuário: MA

RM DE JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA:

AX- T2 COM SATURAÇÃO DE GORDURA
 SAG - T1, T2 COM SATURAÇÃO DE GORDURA
 COR - T2 COM SATURAÇÃO DE GORDURA

DISCUSSÃO:

Edema ósseo centralmente localizado em aspecto anterior da tibia, observando-se importante espessamento e hipersinal em fibras insercionais do ligamento cruzado anterior, com má caracterização de suas fibras, e moderada quantidade de líquido local, observando-se também espessamento e má caracterização das fibras insercionais da raiz anterior do menisco lateral. Observa-se ainda, hipersinal intrassubstancial no corno anterior do menisco lateral, porém sem evidências de lesão franca detectável ao método.

Menisco medial com morfologia e sinal normais.

Ligamentos cruzado posterior, e colaterais lateral e medial com espessura, trajeto e sinal normais.

Cartilagens articulares preservadas.

Derrame articular de pequeno volume, distendendo o recesso suprapatelar.

Gordura de Hoffa de aspecto normal.

Tendões musculares de conformação anatômica.

Fossa poplitea sem alterações.

CONCLUSÃO:

- Importante edema ósseo centralmente localizado em aspecto anterior da tibia, observando-se sinais de estiramento/lesão parcial em inserção do ligamento cruzado anterior e em raiz anterior do menisco lateral.

- Derrame articular de pequeno volume.

Obs: A critério clínico, correlacionar a estudo por radiologia convencional ou tomografia computadorizada para melhor avaliação das estruturas ósseas.

Dr. Sabino Rodrigues de Oliveira Neto
 Médico Radiologista – CREMEC 7506
 Membro Titular do CBR

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

**Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**
DADOS DO SINISTRO

Número: 3170300976 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LILIANE SANTANA DE CARVALHO **Data do acidente:** 26/09/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO ASSOCIADO A LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E POSTERIOR.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA INSTABILIDADE ARTICULAR IMPORTANTE COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO COM MARCHA CLAUDICANTE E DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA COM FALSEIOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO CIRÚRGICA, IMOBILIZAÇÃO POR 60 DIAS E 80 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fernando Rabelo da Silva

CRM do médico: 3630

UF do CRM do médico: CE

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 - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

