

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Joni Océlio da Silva Bezerra</i>		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	
Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão: <i>servente</i>	Carteira de Identidade: <i>2015099702-1</i>	
CPF nº: <i>416.634.113-87</i>	Residência: <i>R. Cachoeira Alegre, 1220, cs A</i>		
Bairro: <i>Mondubim</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado: <i>CE</i>	CEP: <i>60764-440</i>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: (85) 9657.0528
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 17 de Julho de 2018

x *Yonice da Silva Bezerra*
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, José Océlio da Silva Bezerra,
 brasileiro(a), Souto, Servente, portador da Carteira de Identidade/RG nº 20150997027, e inscrito no CPF/MF sob o nº 416.634.113-87, residente e domiciliado na cidade de Fontalva, estado do Ceará, na Rua Cachoeira Alegre, cs A, nº 1220, 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.

Fontalva (CE), 17 de junho de 2018.

x José Océlio da Silva Bezerra

**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 - 4470 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **30/08/2017 16:25:56**Data / Hora da Ocorrência: **07/12/2015 06:30:00**Endereço da Ocorrência: **RUA MIGUEL ARAGÃO, 986**

Complemento:

Bairro: **MONDUBIM**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **EM FRENTE A ARRENINHA DO MONDUBIM****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSE OCÉLIO DA SILVA BEZERRA**Nascimento: **02/05/1972** CPF:RG: **181735289**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA DE FATIMA DA SILVA BEZERRA****JOSE DOMINGOS LIMA BEZERRA**Endereço: **RUA CACHOEIRA ALEGRE, 1220**Bairro: **MONDUBIM**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.000-000**País: **BRASIL**Telefone: **98684-7315****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OSQ0574** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KC1680ER411900** Renavam: **567876381** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** AnoFabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **LEANDRO NASCIMENTO LOURENCO**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE NÃO POSSUI HABILITAÇÃO. QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OSQ0574/CE, QUE TRAFEGAVA NA RUA MIGUEL ARAGÃO QUANDO UMA MOTO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, COLIDIU NA MOTO PILOTADA PELA VITIMA, QUE A VÍTIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA ATENDIMENTO NO IJF DO CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Maria Cândida Brum***VISTO DO DELEGADO(A) :****MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

A presente fotocópia é reprodução
de um documento original que lhe
foi entregue. O presente documento
doutor em 15/04/17

Escritório: *[assinatura]*

Nome: *[assinatura]*





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**Registro de Atendimento
Emergencial**



Emitido em: 25/08/2017 15:19:12

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 07/12/2015 07:02:16

CNS: 703404245023516	NOME: JOSE OCELO DA SILVA BEZERRA	Registro: 5413555
CPF: 41883411387	RG:	D. NASC: 02/05/1972
ESTADO CIVIL:		SEXO: M
RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA DA SILVA BEZERRA		
NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CACHOEIRA ALEGRE	Nº:
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	BAIRRO: MONDUBIM
MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60784440
NOME: samu usb 72	PARENTESCO:	TELEFONE:
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:
COSIDO DO CNAER:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas		
QUEIXAS: paciente vítima de colisão moto x moto o mesmo nega perda de consciência apresentando trauma de joelho direito com laceração corte contuso no momento consciente, orientado ecg		
OBSERVAÇÕES:		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		
Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		
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 PROTOCOLO - JUF
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-310
DATA 25/08/2018
MATRÍCULA 13826
SERVIDOR(A)



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5413555

NOME: JOSÉ OCÉLIO DA SILVA BEZERRA

DATA DE NASCIMENTO: 02/05/1972

PAI: JOSÉ DOMINGOS LIMA BEZERRA

MÃE: MARIA DE FÁTIMA DA SILVA BEZERRA

DATA DE ATENDIMENTO: 07/12/2015

DATA DE SAÍDA: 10/12/2016

MOTIVO: O PACIENTE JOSÉ OCÉLIO DA SILVA BEZERRA, 44 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 07/12/2015, COM POLITRAUMA, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO.

NO MOMENTO DA ADMISSÃO, APRESENTAVA FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

FOI SUBMETIDO A LIMPEZA CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO E FOI COLOCADA TRAÇÃO ESQUELÉTICA EM 08/12/2015.

EVOLUIU ESTÁVEL, AGUARDANDO CIRURGIA.

EM 01/02/2016, FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANALTO TÍBIAL DIREITO.

EM 03/02/2016 FOI REALIZADA CIRURGIA DE FRATURA TRANSTROCANTÉRIANA. SEM APRESENTAÇÃO INTERCORRENCIAS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 10/12/2016.

LAUDO DIGITADO EM 09/01/2017 (JOÃO ANANIAS/C)"

Dr João Ananias Vasconcelos Neto

MÉDICO
CRM-DF 06338

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NÚMERO / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

MAPA DO DIA 03/02/2016 - Quarta-Feira

25	14	13:30	-32?	MACHADO	IGOR FREITAS	CX BASICA TO PARA MARI - CX OHS/DCS COM PLACAS LONGAS - CX GRANDES FRAGMENTOS	INTENSIFICADOR DE 14-GENS	MARCADA
FRATURA DE FEMUR - TRANSLOCATERICA DIR BE.5413855						Foi feito por: HALINE MAGALHAES em 02-02-2016 10:39:48		
Dr. Igor F. de Lucena Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEC 16152						Retomar dia: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>2016</u> Hora: <u>14:30</u> para Dr. <u>MACHADO</u>		
Ass.: <u>HALINE MAGALHAES</u>								
Data: <u>03/02/2016</u>								
Imprimir								

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas



Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 26343

LEITO: 1322

NOME: JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA

DATA DE INTERNACAO: 07/12/2015

DATA DA ALTA: 10/02/2016

BE/PRONT: 5413555

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 05/05/1972

IDADE: 43

FRATURA DE FEMUR - TRANSTROCANTERICA DIR (AGUARDA
DIAGNOSTICOS: CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DE FEMUR - DIAFISE DIR
(AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: 1) RETORNO AO AMBULATORIO 2) UTILIZAR MEDICAÇÕES
PRESCRITAS 3) NÃO PISAR

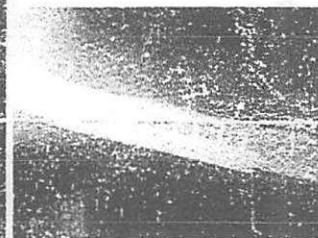
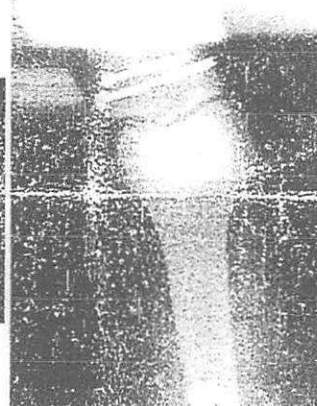
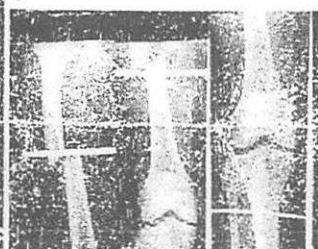
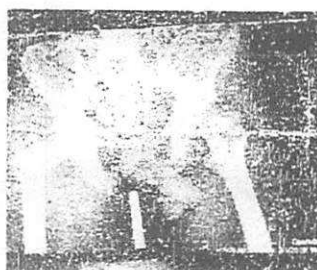
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: MARCOS PRADO

RESIDENTE DO LEITO: IGOR FREITAS



Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	-----------------------

MAPA DO DIA 01/02/2016 - Segunda-Feira

65	14	07:30	1322	MARCOS PRADO	IGOR FREITAS	PINÇA DE REDUÇÃO DE BACIA + CX BASICA TO PARA MMII + CX PARAFUSOS CANCELADOR 7,0 MM + FIOS X 1,5 MM E 2,0 MM + KIT BÁSICO, CX OSTEOTOMOS MARFEI, CURETAS E SACABOCADO - CX DHS/DCS - CX GRANDES FRAGMENTOS	INTENSIFICADOR DE IMAGEM + MESA DE TRAÇÃO	MARCADA
----	----	-------	------	--------------	--------------	--	---	---------

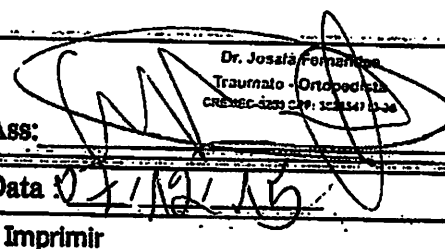
FRATURA DE FEMUR - TRANSTROCANTERICA DIR BE 5413555

Marcado por
HALINE MAGALHÃES em
29-01-2016 11:15:11

10/2/2016 08:47

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA		
LEITO:	MC 20		
DATA DE INTERNACAO:	07 12 2015	DATA DA ALTA:	//
BE/PRONT:	5413555	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	43		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass: 	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.:
Data: 07/12/15	Dispensa do trabalho por: 120 dias
Imprimir	

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

3255-51-86
save

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA		
LEITO:	1322		
DATA DE INTERNACAO:	07 12 2015	DATA DA ALTA:	10/02/2016
BE/PRONT:	5413555	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	43		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - TRANSTROCANTERICA DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DE FEMUR - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1) RETORNO AO AMBULATORIO 2) UTILIZAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS 3) NÃO PISAR		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	MARCOS PRADO		
RESIDENTE DO LEITO:	IGOR FREITAS		

Ass: <i>Dr. Igor F. de Freitas</i> <i>Médico Residente</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CREMEC 16162</i>	Retornar dia: ____ / ____ / ____	Hora: ____	para Dr. ____
	Data: 16/02/16		
Imprimir	Dispensa do trabalho por: 20 dias		

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSÉ OCELIO DA SILVA BEZERRA

ATESTO AOS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA POR RIGIDEZ ARTICULAR DE JOELHO DIREITO, APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO, CONSOLIDADA.

EM TRATAMENTO COM FISIOTERAPIA.

SUGIRO AFASTAMENTO POR 120 (CENTO E VINTE) DIAS.

CID10: M25.6, S82.1

AO SETOR DE PERICIA DO INSS

FORTALEZA – CE, 02 DE FEVEREIRO DE 2017.

Dr. Ráquel Chaves Aguiar Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC Nº 15.872

RECEITUÁRIO

Nome:

José Carlos do Silveira Siqueira

BE/Prontuário:

Manter parente para
M. Fernando Figueiredo de Odon.
Parente do Sr. Manoel Paulo,
com fratura do pato tibial distal
tratado com pinos e condado.
Apresenta rigidez articular,
em tratamento com fisioterapia.

Dr. Régios Charles Aguiar Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC Nº 15.872

Data: 02/02/17

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IIF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.003 Versão 1 - 01/02/08 - Via Única - Formato AS (145X210).

RECEITUÁRIO

Nome: João Carlos da Silva Bezerra BE/Prontuário: _____

João Carlos

1 Tyflan 20mg — 014

Toma 1x ao dia

Dr. João Paulo Pinheiro Araújo
Médico Residente Ortopedia
CRM-REC 15434

Data: 29/11/16

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O I.D.F. SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 – Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

IA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato AS (1400218).

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 PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Prolegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Yosé Océlio da Silva Bezerra

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PRONTUÁRIO 10000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015099702 - 1 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/09/2015

NOME JOSÉ OCÉLIO DA SILVA BEZERRA

FILIAÇÃO JOSÉ DOMINGOS LIMA BEZERRA
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA BEZERRA

NATURALIDADE REDENÇÃO - CE DATA DE NASCIMENTO 02/05/1972

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: AGUA VERDE TERMO: 2501 FOLHA: 73
LIVRO: A 07 PACATUBA - CE
CPF 416.634.113-87

RG: ANT: 18173520 P.: 1

ASSINATURA DO DIRETOR

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Nº DO CLIENTE
2070424-0
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valcyrino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.225/0001-70 | CGF 08.105.848-3



fls. 22

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 521782792
Rota 12 01230 14 328600 - 0 **Data de Emissão** 17/04/2018
Nome JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA
End. Postal RU CACHOEIRA ALEGRE 01220 CS A
MONDUBIM - FORTALEZA - 60764440
Medidor 9305174 **Poste** 0000 T18T
Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 416634113-87 **CGF**
Nome do Responsável

DATAS

Mês da Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2018	17/04/2018	17/05/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no site da CERCE.
Conjunto Distrito Industrial I
Mês Fev/2018 **EUSD** 9,57
DICRI = 0,00 P

ICMS

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

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,19	10,36	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
F5A3.BB6F.B4DC.F346.1675.8C9A.819A.CAFA

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16250	16174	1,00	81	0,00	51	0,29676	15,07
17/04/18	16/03/18		32 DIAS		81		20,23

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	20,23
JUROS DO MES	0,12
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	4,13
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA	1,19
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	14,63

VENCIMENTO 04/05/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 40,30

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO 4,45

Transmissão	0,94
Distribuição	0,42
Encargos Setoriais	2,22
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,39
TOTAL	21,42

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma
	86	81	59	87	83	87	97	92	91	90	88	85

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) **Compensado kg (CO₂)** **Consciência Ecológica (%CO₂)**

PARA LUTAR CONTRA O MOSQUITO TRANSMISSOR DE VENCIMENTO
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito-transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal.

Consta desta fatura R\$ 2,39 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 1,08% e COFINS: 4,94% (Art. 9 Res. 108/2006 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.638/03).

Para este mês a bandeira será verde, sem custo adicional para os consumidores. Mais informações em www.aneel.gov.br

2070424-0 **17/04/2018** **40,30**

Nº do Cliente: 521782792 **Referência:** 0002070424 00219 39582 94
Data de Emissão: 17/04/2018 **Total a Pagar (R\$):** 40,30
Nº do Documento: 8381000000-0 40300031000-0 00020704240-3 02193958262-0

Barra de Códigos



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSE FROTA

ATESTADO MEDICO

NOME: JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO INSTITUTO DR JOSE FROTA DEVIDO A FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO SUBMETIDO A OSTEOSINTESE CIRURGICA DE FRATURA TRANSTROCANTERICA DIREITA, FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO FRATURA DE PLATO TIBIAL A DIREITA.

APRESENTA FRATURAS CONSOLIDADAS, POREM APRESENTA BLOQUEIO ARTICULAR IMPORTANTE DE ARTICULACAO DE QUADRIL DIREITO COM FLEXÃO DE COXA BASTANTE LIMITADA (APROX 30°) SEM PREVISAO DE MELHORA, PROVAVEL SEQUELA DEFINITIVA. APRESENTA TAMBEM IMPACTO E CONSOLIDACAO HETEROTOPICA EM APICE DE TROCANTER MAIOR QUE DIFICULTAM MOVIMENTO DE FLEXAO DE QUADRIL DIREITO. ALÉM DISSO APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, DOR, EDEMA RESIDUAL. FAZ USO ESPORADICO DE MULETAS CANADENSES. APRESENTA TAMBÉM ENCURTAMENTO DISCRETO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

SEM PREVISAO CIRURGICA NO MOMENTO

SEGUE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

SUGIRO AFASTAMENTO POR TEMPO INDETERMINADO

CID S72 S82

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18005

FORTALEZA 29 DE JANEIRO DE 2018.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12355441

A/C: JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA

Nº Sinistro: 3180000179
Vítima: JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA
Data do Acidente: 07/12/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FABIANO CAVALCANTE DE ASSIS

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: JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000004689

Conta: 000009572-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

