



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Viçosa do Ceará
Processo:	00122478020188060182
Classe do Processo:	Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora:	04/01/2023 09:26:32

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	--

Arquivos

Petição:	2577940_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_03 - 1- 2.pdf
Documentação:	2577940_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_JUR_An exo_01 - 1-39.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VICOSA DO CEARA/CE

Processo: 00122478020188060182

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA DAS GRACAS MAGALHAES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

A Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 2.632,50 (dois mil e seiscentos e trinta e dois reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora, tendo sido produzido o laudo de fl.38/41.

Contudo, não se mostra crível, que, com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa fl. 101):

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Segmento da coluna vertebral exceto o sacral, LOMBAR

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior - Lado Esquerdo

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos

médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
VICOSA DO CEARA, 3 de janeiro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160457156

Cidade: Viçosa do Ceará

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

Data do acidente: 02/06/2015

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO LOMBAR E NO QUADRIL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORACO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL, MÍNIMA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO, MÍNIMA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO AOS ÚLTIMOS GRAUS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO E SEM FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO DA COLUNA LOMBAR. LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2016

Carta nº: 9451435

A/C: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

Sinistro: 3160457156 ASL-0978809/16
Vitima: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES
Data Acidente: 02/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2016

Carta nº: 9456074

A/C: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

Sinistro: 3160457156 ASL-0978809/16
Vitima: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES
Data Acidente: 02/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **15/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2016

Carta nº: 9666140

A/C: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

Sinistro: 3160457156 ASL-0978809/16
Vítima: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES
Data Acidente: 02/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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, 30 de Setembro de 2016

Carta nº: 9805178

A/C: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

Sinistro: 3160457156 ASL-0978809/16
Vítima: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES
Data Acidente: 02/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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: **MARIA DAS GRACAS MAGALHAES**

Valor: **R\$ 2.632,50**

Banco: **237**

Agência: **000000727-7**

Conta: **0000012105-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.632,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 "1196"



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 das Graças Magalhães

PORTADOR(A) DO RG Nº 2000028139470 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 18/08/2006

CPF 009803493-62 / CNPJ 000000000-000000-00, PROFISSÃO Ciprentada

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria das Graças Magalhães, 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 Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LT;
- 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 Lotéricas 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.

PARUANA SEGUROS

15 JUL 2016

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0727-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 102105-3

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

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

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.

Vicosa-CE 23 de junho de 2016

LOCAL E DATA

Antonio Fabio de Araújo
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.



Bradesco

Dia & Noite

BON - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ CC

Data 14/06/2016 Hora 10:57 Term 039762
N.Trans 3210 Banco 237 Agencia 0727
Conta 0007132-3

Favorecido:
Banco 237
Agencia 0727 - VITOSA ON CEARA
Conta 0012105-3
Titular: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

Nome: PAULO RICARDO DE ARAUJO
Tipo/Conta: 00 Via/Cartao: 02

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia

ARUANA SEGUROS

15 JUL 2016

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Maria das Gracas Magalhaes
Endereço do(a) Examinado(a): St Corante, S/N
Zona Rural Viosa do Ceara CE CEP: 62300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do exame: [20/09/2016] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**TRAUMA CONTUSO LOMBAR E NO QUADRIL ESQUERDO
APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORACO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL,
MÍNIMA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO, MÍNIMA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO
AOS ÚLTIMOS GRAUS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR LOMBAR E NO QUADRIL. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA, EVOLUIU COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORACO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL, MÍNIMA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO, MÍNIMA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO AOS ÚLTIMOS GRAUS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL

Data da alta: SET/2016

TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORACO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL, MÍNIMA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO, MÍNIMA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO AOS ÚLTIMOS GRAUS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL

Complicações: AUSENTE

- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORACO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL, MÍNIMA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO, MÍNIMA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO AOS ÚLTIMOS GRAUS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

Segmento da coluna vertebral exceto o sacral, LOMBAR

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

Membro inferior - Lado Esquerdo

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

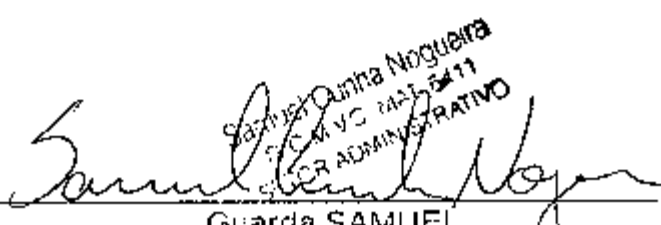
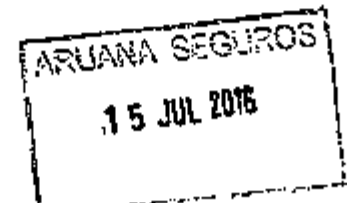
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


J. Oliveira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050

VISTO EM: ____/____/2015 CMT DA GCMVC		DOCUMENTO 1 'T146'  PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ SECRETARIA DE INFRAESTRUTURA GUARDA CIVIL MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ			OCORRÊNCIA Nº ____/2015 DATA 02/06/2015 TERÇA-FEIRA	
CIDADE	ATENDIDO POR	HORÁRIOS			DATA OCORRÊNCIA	
		OCORRÊNCIA	CONHECIMENTO DO FATO	ATENDIMENTO		
VIÇOSA DO CEARÁ	COMANDANTE E EFETIVO DO RONDA ESCOLAR	15h30min	15h30min	15h30min	02/06/2015	
LOCAL DA OCORRÊNCIA		SITIO MANHOSO				
RESULTADO FINAL DA AÇÃO DA GCMVC		FEITO O REGISTRO DA OCORRÊNCIA				
NATUREZA DA OCORRÊNCIA						
ACIDENTE DE TRÂNSITO						
COORDENADOR DE DIA	REGISTRADO POR	SOLICITANTE	ATENDIDO POR	DIGITADOR		
GCMVC	GCMVC	POPULARES	HOSPITAL	GDA. SAMUEL		
ATO DECLARATÓRIO						
“No dia 02 de junho de 2015 por volta das 15:30 horas, a Sra. Maria das Graças Magalhães vinha na garupa da motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, 2013/2014, vermelha, Placa OSL 3226, CHASSI 9C2KD0550ER302110, de propriedade de Antonio Araújo Magalhães, era conduzida por Francisco de Arruda Magalhães, envolveu-se em acidente de trânsito, quando o condutor ao passar por uma pedra perdeu o controle do veículo, chegando os mesmos a cair ao chão, ficando com lesões corporais. A Sra. Maria das Graças Magalhães foi socorrida para Hospital Municipal de Viçosa do Ceará, com suposto Trauma no Quadril e suposta fratura na perna Esquerda, vindo posteriormente a ser encaminhada para a cidade de Sobral.” VÍTIMA: MARIA DAS GRAÇAS MAGALHÃES, RG 2000028139470; CPF: 009.803.493-62; DN: 04/02/1948 e FRANCISCO DE ARRUDA MAGALHÃES. VEÍCULO: HONDA/NXR 150 BROS ES, PLACA OSL 3226 / CHASSI 9C2KD0550ER302110						
 Guarda SAMUEL Responsável pela digitação das informações			DESPACHO DO CMT DA GCMVC 			



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 996 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **21/06/2016 14:18:58**

Data / Hora da Ocorrência: **02/06/2015 15:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO MANHOSO**

Complemento:

Bairro:

Município: **VICOSA DO CEARA/CE**

Ponto de Referência:

Notificante(s)

Nome: **MARIA DAS GRAÇAS MAGALHAES**

Nascimento: **04/02/1948** CPF: **009.803.493-62**

RG: **2000028139470** Orgão Emissor: **SSO**

UF: **CE**

Filiação: **FRANCISCA PEREIRA DE LIMA MAGALHAES**

FRANCISCO DAS CHAGAS MAGALHAES

Endereço: **SITIO CIPOAL**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **VICOSA DO CEARA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99223-7914**

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ES, 2013/2014, VERMELHA, PLACA OSL3226, CHASSI 9C2KD0550ER302110, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO ARAUJO MAGALHAES, QUE ERA CONDUZIDO POR FRANCISCO DE ARRUDA MAGALHAES, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO O CONDUTOR AO PASSAR POR UMA PEDRA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CHEGANDO OS MESMOS A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

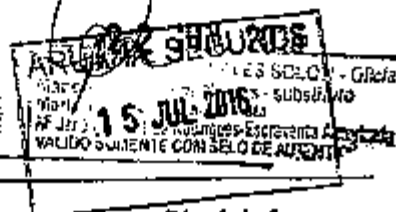
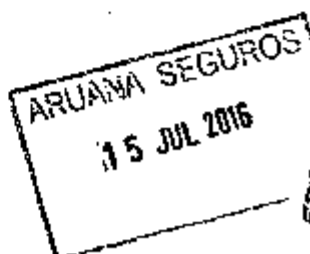
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

RAIMUNDO RENATO SARAIVA DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 40489916

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marcel das Graças Magalhães, portador da carteira de identidade nº 2000028439470 e inscrito no CPF/MF sob o nº 009.803.493-62 residente e domiciliado na Sítio Capote Cidade Vicosa do Rio Preto Estado Pernambuco, 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 5.194/74), uma vez que:

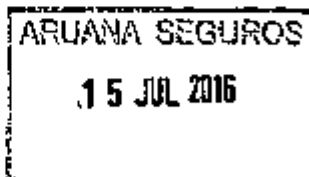
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 5.194/74.

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.

Antonio Fabio de Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Vicosa - PE, 23 de junho de 2016.

Local e data

BRABESCO

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:	27/09/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.632,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00727-7

CONTA: 000000012105-3

Nr. Autenticação

BRABESCO2709201605000000000023700727000000012105263250 PAGO

REGISTRO DE ATENDIMENTO

ATC

Nome: Maria das Graças Magalhães
Sexo: M () F (X) DN: 04/02/48 Idade: 53 Raça/Cor:
Nome do Pai: Francisco das Chagas Magalhães Nome da Mãe: Francisca Pereira de Jesus Magalhães
Estado Civil: Profissão:
Município de Origem: () Viçosa do Ceará () Outro Município:
Endereço: Manhém Telefone ()
Cartão do SUS: RG:
Data do Atendimento: 02/06/15 Hora: 16:13 Recepção:

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 150 x 90 mmHg
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não

Queixa Principal:

Há quanto tempo:

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF:

Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 02/06/15 Hora: 16:13 Alcoolizado: () Sim (X) Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? Não () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

ARLANA SEGUROS

ARLIANA SEGUROS

15 JUL 2016

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Iniciais:

Paralela com entrada na unidade hospitalar vítima de Queda de
Campo de moto a mesma apresenta ferimentos em membros inferiores

Classificação de Risco:

Data: 02/01/19

Assinatura do Profissional:

CPD# 295-217



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria das Graças Horapalhães

RG nº 20000 28339470, data de expedição 18 / 08 / 2000 Órgão SSP - CE,

CPF nº 009.803.493-68 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:

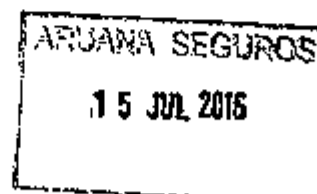
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Corante</u>
Número	<u>5110</u>
Apto / Complemento	<u>_____ / _____</u>
Bairro	<u>zona rural</u>
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9 9404-4796 / 99927-3954</u>
E-mail	<u>afavicososa@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

CONTATOS
FÁBIO ARAÚJO
 (88) 9 9927 - 3954 TIM
 (88) 9 9404 - 4796 CLARO
 E-mail: afavicososa@gmail.com

Local e Data: Vicosa do Ceará, 23 de junho de 2016.

Assinatura do Declarante: Antonio Fabio de Araujo



PARUANA SEGUROS
15 JUL 2016

62,300-044

008	007	0013	1484	5023
-----	-----	------	------	------

$\text{H}_2\text{O}(\text{g}) + \text{CO}_2(\text{g}) \rightarrow \text{H}_2\text{O}(\text{l}) + \text{CO}_2(\text{g})$

AGUA	A11F152541	168	178	9	10
------	------------	-----	-----	---	----

Submitted: 19 July 2013; Accepted: 12 September 2013

Particulars	2019	2018	2017	2016	2015
Depreciation	030	030	010	030	030
Amortization	030	030	010	030	030
Intangible assets	030	030	010	030	030

Constatamos débito de R\$ 24,49. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

EMISSÃO : UN-BS10 3005Z016 16:11:45

AGUA		17,57		
MULTA DE 2%	1/1	0,47	ABR/2015	4
JUROS DE 0.033% AO DIA	1/1	0,08	MAY/2015	2
			JUN/2015	3
			JUL/2015	5
			AGO/2015	8
			SET/2015	8
			OUT/2015	3
			NOV/2015	8
			DEZ/2015	11
			JAN/2016	12
			FEV/2016	11
			MAR/2016	12
			ABR/2016	9

PIF	0,17	VALOR DO SERVIÇO	38,45
COFINS	0,86	VALOR DO SUBSIDIO	70,33
		VALOR TOTAL A PAGAR	10,12

09/05/2016

16.12

CONTAIN DE ATTENDUMENTO

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Agência, conforme resoluções da Agência Reguladora.

Share your findings with the world by posting your paper to the preprint server www.medRxiv.org for free. For more information, contact medrxiv@medrxiv.org or visit www.medrxiv.org.

1997 Society for Applied Policy Analysis **ACFOR** Association of
the Public and Social Management Professionals Society of Public
Management Professionals
1998 American Hospital Association **AHA** American Hospital Association
Public Health Department of the **APHA** American Public Health Association

ARUANA SEGUROS

15 JUL 2016

**GOVERNMENT
EXTENSION CHAIRS**

0016780229

04/2016

009 2 0011 1484 0023

VICOSA DO CEARÁ

09/25/2018

18.12

00000000000-5 18120009100-5 01678922901-6 00066531025-6

DOCUMENTO 1 "T1946"



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

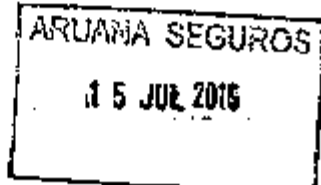
Pelo exposto, eu Antônio Fábio de Araújo, portador(a) do RG nº 2001099079843, expedido por 55P-CE, em 10/07/2014, CPF/CNPJ nº 006.892.523-90,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maria das Graças Magalhães do sinistro de DPVAT da natureza invalides da vítima Maria das Graças Magalhães, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresário Renda Mensal: R\$ 1.500,00

Documentos comprobatórios: Recibo de Prô-labore

Antônio Fábio de Araújo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Recibo de Pro Labore

A. F. DE ARAUJO SEGUROS - ME

AV JOSÉ FIGUEIRA 186, N. S. DE FATIMA, Vigosa do Ceará/CE - CEP 62300-000

CNPJ: 22.894.185/0001-68

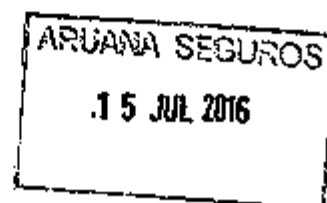
Página: 1

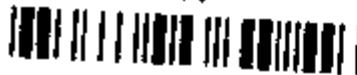
Eventos	Referência	Rendimentos	Descontos
Pro-labore		1.500,00	
INSS			165,00

Líquido Recebido: 1.335,00

Antonio Fabio de Araujo
ANTONIO FABIO DE ARAUJO
C.P.F: 006.892.523-90

10/06/2016





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Araújo MagalhãesRG nº 2007421054-2 data de expedição 28/12/09Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 061.627.743-12 com domicílio na cidade de Vicosa do Ceará, no Estado de Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Arual nº 510complemento zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Maria das Graças Magalhães cujo o condutor era Francisco de Assis Magalhães.Veículo: MOTOCICLETAModelo: Honda NXR 150Ano: 2013/2014Placa: 05L 3226Chassi: 9C2KD0550ER302310Data do Acidente: 02-06-2015Local e Data: Vicosa do Ceará, 23 de junho de 2016.

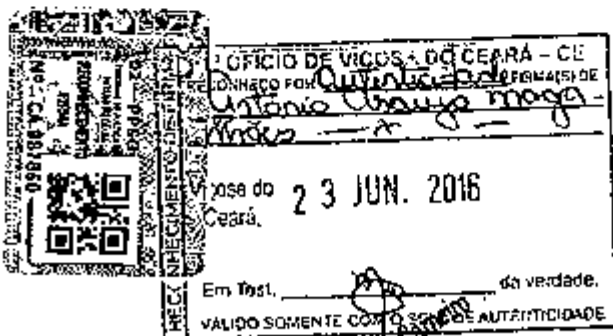
1º OFÍCIO

x Antônio Araújo Magalhães
Assinatura do Declarante

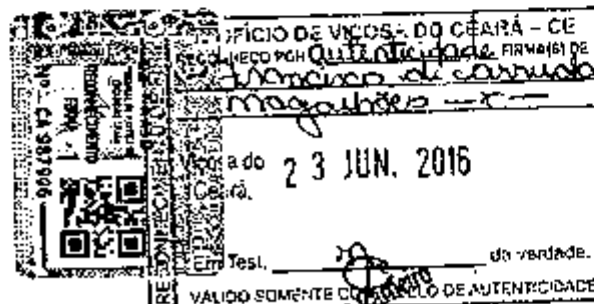
2º OFÍCIO

x Francisca de Assis Magalhães

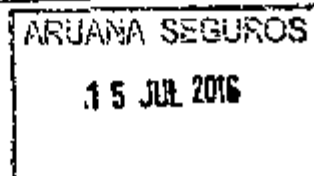
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Maria Marty de Oliveira
Escritora



Maria Marty de Oliveira
Escritora





36

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Maria das Graças Magalhães
Sexo: M () F (X) DN: 04/02/48 Idade: _____ Raça/Cor: _____
Nome do Pai: Francisco das Chagas Magalhães Nome da Mãe: Francisca Pereira de Sousa Magalhães
Estado Civil: _____ Profissão: _____
Município de Origem: () Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: Memoriz Telefone () _____
Cartão do SUS: _____ RG: _____
Data do Atendimento: 02/06/15 Hora: 16:13 Recepção: _____

S/NAIS VIT AIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 150 x 90 mmHg
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não

Queixa Principal:

Há quanto tempo:

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSE

Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 02/06/15 Hora: 16:13 Alcoolizado: () Sim (X) Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? Sim () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros:

ARUANA SEGUROS

Medicações e tempo de uso:

15 JUL 2016

Anamnese e Exames Físicos Iniciais:

Paciente deu entrada na unidade hospitalar vítima de queda de
campo de moto a menor opresenta trauma em coluna torço

Classificação de Risco:

Data: 02-06-15

Assinatura do Profissional:

CONFIDENTIAL

ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação CLÍNICA:

EXAME FÍSICO: *paciente em estado de consciência plena, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de trauma, sem sinais de lesão, sem sinais de alteração de função orgânica.*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA(S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

- 1- *Quarta*
- 2- *Dispersão*
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

Dr. Antônio Cesar L. Ribeiro

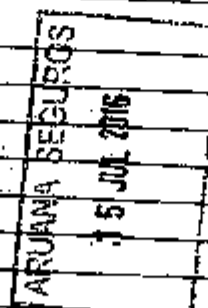
MÉDICO - CRM 6937

CPF: 036.111.154-14

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:



DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Maria dos Grocos Magalhães
Sexo: M () F (X) DN: 04/02/1948 Idade: _____ Raça/Cor: _____
Município de Origem: Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: Manhoso Telefone () _____
Cartão do SUS: 304 3046 9905 2850 RG: 20000281 39470
Data do Atendimento: 04/07/2015 Hora: 16:13 Recepção: 82
Mãe: Francisca Pereira de Lima Magalhães

SINAIS VITAIS Pai: Francisco dos Chagas Magalhães
Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 150 x 90 mmHg
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: _____ Há quanto tempo: _____
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____
Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

() Acidente de Trânsito Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? _____ () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco: ☐

Data: _____

ARLIANA SEGUROS

15 JUL 2016

Assinatura do Profissional: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

APRAZAMENTO:

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

☒ Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável



PREFEITURA DE
TIANGUÁ
GOVERNAR PARA CUIDAR

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIANGUÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO



1. Preencher esta ficha em 3 vias;
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retomar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Me. dos Guezes Magalhães Prontuário Nº 168965

Sexo ☒ M ☐ F Data de Nascimento: / / Ocupação Nº _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____

Motivo de Encaminhamento:

Do qualif. (C) c/ indur. p/ MCE, repetição à analgesia.

Resultado de Exames:

Rx: s/ lo. aguda

Consulta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Amalgama
hímnio de disca? (crise aguda)

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial: ☐ Hospitalar: ☐ Auxílio Diagnóstico: ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: / / Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta: / /

Resultado Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exame: _____

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal: _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

ARLIANA SEGUROS

15 JUL 2015

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

Problema justificou a referência? - Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? - Sim ☐ Não ☐



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

ATEND.: 4207939 DT. ATEND.: 7/7/2015 - 19:03
MATER.: 950932 NASCIMENTO.: 4/2/1948
NOME.: MARIA DA GRACAS MAGALHAES
MAE.: FRANCISCA PEREIRA DE LIMA MAGALHAES
CPF.: 00780349342 DNS: 704107679053850 SUSFACIL:
ENDER.: RUA HOS 0
BAIRRO: DISTRITO - VIOÇA DO CEARA -CE- CEP: 62300000

[Handwritten signature]
CIRÚRGICO ☐

ATENDIMENTO: AD

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ *baixo*

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

PROCEDÊNCIA: *Vioça*

☒ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☒ OUTRAS AMBULÂNCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

[Handwritten signature]
Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

ARUANA SEGUROS
15 JUL 2016

HDA DO ACOLHIMENTO:

Relato: queda da garupa da moto há mais de 30 dias. Evoluindo sem alívio em período. E irradiações para M.F., dor de costas. Difícil de andar com dificuldade em desambular.
PA: 101 70 PULSO: 76 bpm FR: _____ TEMP.: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho
- ☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Alcool ☐ Elétrico
- ☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
- ☒ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Moto: ☐ com capacete ☐ sem capacete
- ☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico
- ☒ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE: *x Inaci Fontenelle de Araújo*

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Ataque cardíaco de alto risco

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Dr. Aderbal Bezerra Mendes
 MEDICO
 CREMEP 10754
 Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☒ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☒ CONSULTA

- ☒ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

07.07.15

20.2011

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
 CONFERE COM O COORDENADOR
 Andréa R. Monteiro Portela
 COORDENADORA

ARUANA SEGUROS
 15 JUL 2016



HOSPITAL
DOM WALFRIDO

Serviço de Imagem

Pedido.....: 1420614
Dt. Realização.: 09/07/2015
Médico Solic.: HOSPITAL SANTA CASA DE
SOBRAL
Convênio.....: PLANO ECONOMICO
Dt. Impressão.: 15 de julho de 2015

MARIA DA GRACAS MAGALHAES
Matricula.....: 850952
Atendimento...: 4209732
Idade.....: 67a 5m 10d

LAUDO

Exame: 652 - RM DE BACIA / PELVE

CLINICA: Dor na virilha.

TÉCNICA:

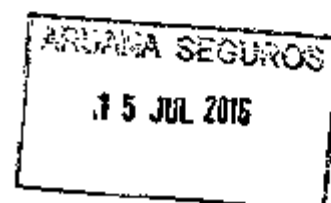
Sem contraste:
CORONAL T2 FSE
CORONAL T1 SPGR
AXIAL T2 FS
AXIAL T1 SPGR

RELATÓRIO:

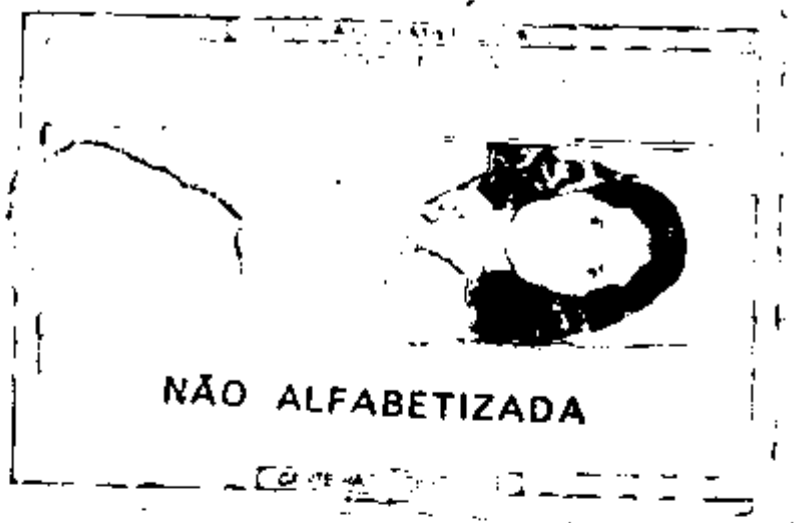
- Edema nos processos transversos de S2 à S4 à esquerda.
- Lesão com alteração de sinal na musculatura glútea.
- Nota-se também edema no pilar anterior do fêmur esquerdo.
- Derrame nas bolsas trocântéricas com espessamento dos tendões do glúteos médios e mínimo, bilateralmente.

CONCLUSÃO:

1. Edema ósseo, conforme descrição acima.
2. Estiramento da musculatura grau II.
3. Bursite trocântérica bilateral.



FRANCISCO SAVIO TEIXEIRA PONTES
CRM: 6463



DOCUMENTO 6 'T696'



1. NÚMERO 109470 DATA 18/07/2013
2. NOME DAS GRACIAS MAGALHÃES
3. FRANCISCO DAS GRACIAS MAGALHÃES
4. MARIA CÍSCA PEREIRA DE LIMA MAGALHÃES
5. ENDEREÇO DO CEFARA-CE 4/07/1967
6. DATA DE NASCIMENTO 1967 L 117/90
7. NOME DO CEFARA-CE

ARUANA SEGUROS
15 JUL 2016



MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
009.803.493-62

Nome
MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

Nascimento
04/02/1948

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
ECB5.CFF7.FC47.895C

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:12:52 do dia 18/03/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

ARUANA SEGUROS

15 JUL 2016

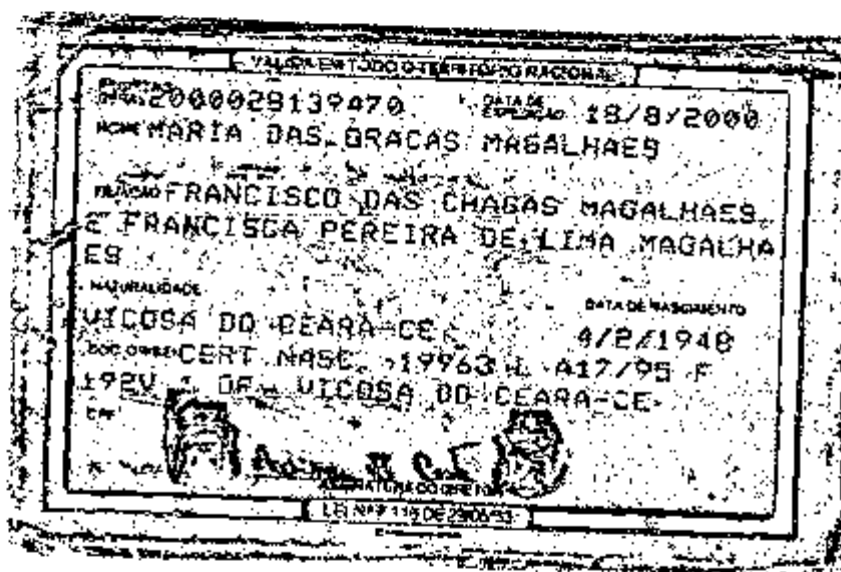
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

[illegible]

ARMADA SEGUROS
15 JUL 2016



DOCUMENTO 1 "T16"



23 A60 2016

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
009.803.493-62

Nome
MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

Nascimento
04/02/1948

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
ECB5.CFF7.FC47.895C

A autenticidade desta comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:12:55 no dia 18/09/2013 (hora e data de Brasília)
nº do verificador: 00

ARLINA SEGUROS

23 AGO 2016

DOCUMENTO 1 "T196"



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO		
ANTONIO FABIO DE ARAUJO		
	CPF: 2001098079843 SSP CE	
CE: 006.892.523-90	DATA NASCIM: 10/08/1984	
Razão		
LUIZ GONZAGA DE ARAUJO		
LUCILENE MARIA DA SILVA ARAUJO		
RESIDÊNCIA	ACC	CAT. NA
28/01/2018		II
1ª RESIDÊNCIA	28/05/2013	
EXERCE ATIV REMUNERADA:		
Antonio Fabio de Araujo		
LOCAL	DATA RESIDÊNCIA	
TIANGUA, CE	19/07/2014	
50069724556		
CRT 42956343		

ARJANA SEGUROS

23 AGO 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160457156 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES **Data do acidente:** 02/06/2015 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA(BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160457156 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS MAGALHAES **Data do acidente:** 02/06/2015 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO LOMBAR E NO QUADRIL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORACO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL, MÍNIMA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO, MÍNIMA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO AOS ÚLTIMOS GRAUS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO E SEM FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO DA COLUNA LOMBAR. LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ MARIA DAS
GRAÇAS MAGALHÃES, NA FORMA ABAIXO:

SAIBAM quantos este instrumento público de procuração virem que, aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de Maio do ano de 2016 (dois mil e dezesseis) nesta Cidade de Viçosa do Ceará, Estado do Ceará, no 1º Ofício, situado na Rua Professora Ana Maria, nº 775, Centro, compareceu perante mim Tabelião e Registrador Interino, como Outorgante: **MARIA DAS GRAÇAS MAGALHÃES**, brasileira, maior, solteira, como declarou sob responsabilidade civil e penal, aposentada, natural de Viçosa do Ceará/CE, portadora da Carteira de Identidade nº 2000028139470 SSPDC/CE, CPF/MF nº 009.803.493-62, residente e domiciliada no Sítio Corante, Zona Rural, desta cidade de Viçosa do Ceará/CE; impossibilitada de assinar por não ser alfabetizada, assinando a rogo dela Geam Araujo Magalhães, brasileiro, maior, solteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade nº 20074210534 SSPDS/CE, CPF/MF nº 058.334.163-29, residente e domiciliado no Sítio Cipoal, Zona Rural, desta cidade de Viçosa do Ceará/CE, ficando no final desta a impressão datiloscópica do polegar direito da Outorgante, como prova de seu consentimento. Parte que se identificou ser a própria, conforme documentação apresentada, cuja capacidade jurídica para o ato, dou fé. E, pela Outorgante me foi dito que, nomeia e constitui seu Procurador: **ANTONIO FABIO DE ARAÚJO**, brasileiro, maior, casado, empresário, portador da Carteira de Identidade nº 2001099079843 SSP/CE, CPF/MF nº 006.892.523-90, residente e domiciliado na Av. Lamartine Nogueira, s/nº, Bairro São José, nesta Cidade de Viçosa do Ceará/CE; a quem concede amplos e irrestritos poderes para o fim especial de receber junto a qualquer seguradora que faça parte do Consórcio de Seguros Obrigatórios de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre - DPVAT, bem como receber a indenização, podendo praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares dos seguros obrigatórios - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO conforme ofício circular DPVAT/SIN nº 015/2002 datado de 04.03.2002; podendo ainda abrir e movimentar conta corrente ou poupança em nome do Outorgante, junto ao BANCO BRADESCO S/A, Agência 0727-7, Conta nº 12.105-3, nesta cidade de Viçosa do Ceará/CE, nesta cidade de Viçosa do Ceará/CE, ou em qualquer agência bancária do país, bem como receber todas as importâncias devidas ao Outorgante, poderes ainda para representá-lo junto a ECT (Correios) nesta cidade, com o fim de receber todas as correspondências referentes ao mesmo seguro DPVAT, e enfim, praticar todos os atos que se fizerem necessários ao perfeito

DOCUMENTO 4 "T496"



SEGUROS
15 JUL 2015



desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, vedado o substabelecimento. Os dados ou elementos contidos neste instrumento foram fornecidos por declaração, ficando a Outorgante responsável por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. **Emolumentos R\$26,10. FERMOJU R\$3,29. SELO R\$4,23. ISS R\$1,31. DEFENSORIA R\$1,31 TOTAL R\$36,24.** Assim o disse, do que dou fé; me pediu este instrumento, que lhes lavrei em minhas notas, lendo-o a Outorgante, e, tendo achado conforme, outorgou, aceitou e assinou. Eu, LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO, Escrevente Substituta a fiz digitar. Eu, LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO, Escrevente Substituta a subscrevo e assino. (aa) GEAM ARAUJO MAGALHÃES a rogo de MARIA DAS GRAÇAS MAGALHÃES. Traslada em seguida. Selo nº AC 789.015.

Viçosa do Ceará, 24 de Maio de 2016.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO
Escrevente Substituta



VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE

1º OFÍCIO DE VIÇOSA DO CEARÁ - CE

