



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Lucimar de Oliveira Nascimento, brasileira, divorciada,
do IAR, RG n.º 201617825-3 SSP/CE CPF 987.665.383-00, residente e
domiciliada à QUADRA RAIMUNDO NOROES MILEFON, 180, Bairro
VILA ALTA, CRATO/CE, 63119-240, telefone 88-99443-0472.

OUTORGADO: **FRANCO HENRIQUE FIORELLI**, brasileiro, Advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional Ceará sob o nº **42.804**, escritório profissional localizado à Rua Francisco Dias Guimarães, nº 429, Bairro Tiradentes, Juazeiro do Norte, Ceará, Caixa Postal 271, 63010-970, telefone **(88) 99419-1001** endereço eletrônico **francohenrique@gmail.com**.

PODERES: Pelo presente instrumento, o (a) outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula **"ad judicium et extra"**, para representá-lo(s) em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, autarquias, para tratar de assuntos do seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor ações revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar valores excedentes ao teto em razão do procedimento especial, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensando os seus créditos pessoais por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, requerer e assinar para o completo desempenho, deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

O Outorgante declara não ter condições financeiras nem econômicas de arcar com as custas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e da sua família, necessitando, portanto, **dos Benefícios da Gratuidade da Justiça, uma vez que se declara pobre na forma da lei**, nos termos do Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal; Art. 98 e seguintes do CPC/2015.

CRATO/CE, 05 de novembro de 2020.

Lucimar de Oliveira Nascimento
OUTORGANTE



 SOCIEDADE ANÔNIMA DE ÁGUA E ESGOTO DO CRATO CNPJ: 07.172.885/0001-55 Av. Teodorico Teles, nº 30 - Centro - Crato/CE CEP: 63.100-164 - Fone: (88) 3523-2044 - Plantão: (88) 99928-0974 www.saaecrato.com.br E-mail: faturamento@saaecrato.com.br		FATURA MENSAL	
LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO RUA RAIMUNDO NOROES MILFO, 180, 0 63100000, VILA ALTA CRATO-CE ROTA: 0-34-26310		MES/ANO: 08/2020 NR. GUIA: 200832797 CATEGORIA/QTDE:	
PROCESSO: 32797-3		COD. LEITURISTA: 93	
1-RES;			
DESCRICAO		VALOR	
Tarifa de Agua		58,18	
CORRECAO MONETARIA MAIO/20-		0,30	
MULTA REF. MAI/20-ABR/20-		2,32	
MORA REF. MAI/20-ABR/20-		4,36	
PIS		0,96	
CONFINS		4,42	
DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	EMPENDIMENTO 18/09/2020	VALOR A PAGAR R\$ 65,16
LEITURA ANTERIOR ----- m3	LEITURA ATUAL ----- m3	CONSUMO REAL 20 m3	CONG. FATURADO 20 m3
NR. DO HIDROMETRO		VAZAO 0 m3	DIAMETRO DATA DE INSTALACAO 08/07/2011
OCORRENCIA: 2-IMÓVEL SEM HIDROMETRO			
DADOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES		MENSAGEM ATENCAO! " PARCELE SEU DEBITO ATE 12 PARCELAS, COM ENTRADA MINIMA DE 10%, D ESDE QUE SUA PARCELA NAO SEJA INFERIO R A R\$ 30,00."	
MES	CONSUMO DIAS	MEDIA	
MESES EM DEBITO: JUN/20-JUL/20- CASO O DEBITO TENHA SIDO QUITADO, DESCONSI DERE ESTE REAVISO.			
DETALHES SOBRE A LEGISLAÇÃO VIDE VERSO		PERÍODO DA ANÁLISE 14/08/2020 a 14/09/2020	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
Impressão nº 2019384885



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 4243 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: LESÃO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/06/2019 15:15:47
Data / Hora da Ocorrência: 24/02/2019 00:00:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA THOMAS OSTERNE DE ALENCAR
Complemento:
Bairro: VILA ALTA Município: CRATO/CE
Ponto de Referência: BAR DA LIDUINA

Noticiante(s)

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Nascimento: 24/08/1967 CPF:
RG: 98065985 Órgão Emissor: SSPDC UF:
Filiação: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEIÇÃO
OTACILIO JOSÉ DE OLIVEIRA
Endereço: RUA NORÕES MILFONT, 180
Bairro: VILA ALTA CEP:
Município: CRATO/CE
País: BRASIL Telefone: 3523-7517

Histórico

A noticiante vem a esta delegacia comunicar que no dia 24/02/2019, por volta das 00h00min, ao fazer a travessia da Av. Thomas Osterne de Alencar, foi colhida por uma motocicleta. Em virtude do acidente, a noticiante desmaiou, sendo socorrida pelo SAMU ao Hospital Regional do Cariri, onde ficou internada por sete dias. A placa da moto não foi anotada. Até esta data, não sabe de nenhuma testemunha do fato. O condutor da motocicleta envolvida não prestou socorro. Registra este fato para fins de seguro DPVAT e para tanto apresenta cópia de prontuário médico e Certidão Narrativa do SAMU. Nada mais disse!!!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSE RICARDO GOMES CAMUTO - MAT.: 192124-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Lucimar de Oliveira Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A):

DIOGO GALINDO DE GOES - MAT.: 300037-1-7

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

CRATO/CE - 04/03/2019 15:22:56

Pág. 1 de 1

Impressão em 04/03/2019 15:22:56



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192 | CEARÁ

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO NARRATIVA

Eu, Lucimar de Oliveira Nascimento, brasileiro(a),
RG n.º 2036378215-3,

órgão expedidor: SSP-CE CPF n.º 987.665.383-00,

Telefone n.º (88) 98318 8802, residente e domiciliado na Rua
Raimundo de norões

na qualidade de vítima(☒) , representante legal(☐), procurador(☐), venho solicitar
CERTIDÃO NARRATIVA referente ao atendimento realizado pelo SAMU na

Av tomaz osterno
Município Crato, no dia 24/02/19, às

00 h 30, tendo como vítima a mesma,

RG n.º -, órgão expedidor: SSP-CE

CPF n.º -, por motivo de (narrar o tipo de ocorrência)

atropelamento

sendo encaminhado para (Unidade de Atendimento) Hosp. Regional

. Esclarece que o documento

solicitado terá como finalidade DPVAT.

SOLICITANTE: ESPOSO(A)(☐); PAI/MÃE (☐); FILHO(A)(☐); PROCURADOR (☐)

OUTROS (☐): _____

OBSERVAÇÕES _____

Crato - CE, 29 de ABRIL de 2019.

Conferente do SAMU

Lucimar de Oliveira Nascimento
Solicitante

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



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Pront.: 171604 Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 6 mes(es) e 0 dia(s) Admissão: 24/02/2019 00:29
Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO
Sexo: Feminino RG: 20161782153 Municipio: CRATO
CEP 63113-000 Bairro: VILA ALTA Tel.: 88 99359-1963
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT Num: 1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: KELE LEANDRO ALMEIDA Horário: 24/02/2019 00:34
Queixa: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC) APRESENTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO.
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA
Sato02: Glasgow: 14 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM: 6 Nº: 473656 Horário 24/02/2019 00:35
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: REANIMACAO
Hipótese Diagnóstico: AGRESSAO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEICULO A MOTOR

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM RELATO DE ATROPELAMENTO NA CIDADE DE CRATO APRESENTANDO HEMATOMA PERIOCLAR ESQUERDO E CORTE CONTUSO EM SUPERCÍLIO A DIREITA .
MIE COM DEFORMIDADE + EDEMA ASSOCIADO A PERDA DE SUBSTÂNCIA .
A- VIAS AÉREAS PERVIAS . B- VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA. C- ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE . GLASGOW 15 .
POSSÍVEL FRATURA EXPOSTA EM MIE.
ABD - SEMIGLOBOSO , FLÁCIDO , INDOLOR . TORAX - SEM ALTERAÇÕES (RETRAÇÕES E /OU DEFORMIDADES)
CONDUTA : EXAMES DO TRAUMA + ANALGESIA



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PERNA E AP/P (0204060168)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente
RX TORAX (LEITO) (0204030170)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente
RX BACIA AP (0204060095)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente

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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO Prontuário: 171604 Admissão: 27/03/2019
Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 7 mes(es) e 3 dia(s) Sexo: Feminino RG: 20161782153
Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO Telefone: (88) 99359-1963
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT Bairro: VILA ALTA CEP:

ATENDIMENTO

Médico: EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO CRO: 4624 Nº Atendimento: 477845
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 21 dia(s)

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COM FRATURA DE MAXILA SEM DESLOCAMENTO, EVOLUI SEM MOBILIDADE DE SEGMENTO, SEM QUEIXAS, DESDENTADA EM MAXILA.
FERIMENTO EM PERNA COM CITRAZICAO POR SEGUNDA INTENCAO (AVALIACAO DA ESTOMATOTERAPEUTA)
Conduta CONSERVADORA MANTIDA + ORIENTACOES + RETORNO 21 DIAS

EXAME

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

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Eduardo F. C. Moreno
Cirurgia e Traumatologia
SU-01-MAXILO-FACIAL
CRO/CE 7475





HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



ISGH
INSTITUTO SOCIAL DE GESTÃO
HOSPITALAR



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

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

NOME: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO PRONTUARIO: 171604
DATA DE NASCIMENTO: 24/08/1967
SOLICITANTE: ANA CAROLINY CASTRO VENANCIO
SETOR SOLICITANTE: REANIMACAO ENFERMARIA/LEITO: EXTRA, EXT00
DATA DO EXAME: 24.02.2019 HORA DO EXAME: 02:34
DATA DO LAUDO: 24.02.2019 HORA DO LAUDO: 02:53
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

INDICAÇÃO:
TCE

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

ANÁLISE:

- Múltiplas fraturas faciais envolvendo as seguintes estruturas ósseas:
 - Assoalho, lâmina papirácea e parede lateral da órbita direita, com leve desalinhamento dos fragmentos e leve herniação de gordura orbitária.
 - Assoalho da órbita esquerda, com desalinhamento dos fragmentos.
 - Arcos zigomáticos.
 - Alguns septos intercelulares etmoidais.
 - Paredes anterior e posterolateral dos seios maxilares, desalinhadas e com fragmentos ósseos intrassinuais.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Material com atenuação de partes moles em seios paranasais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Não há evidências de contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
- ② Fraturas faciais com envolvimento orbitário bilateral (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).
3. Hemossinus.

DRA. LARISSA CALDAS MIRANDA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM 12753



Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n | Triângulo
Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.041-162

CNPJ/MF: 05.268.526/0002-51

Fone: (88) 3566.3600 | Fax: (88) 3566.3610
email: conselho@isgh.org.br

DIGITADOR: Fernanda Alencar

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



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO	Idade: 51 ano(s) 6	Prontuário: 171604
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT	UF: CEARÁ	Sexo: Feminino
Bairro: VILA ALTA	Num:	Cidade: CRATO
CEP: 63113-000		

Localização	
Clínica: CLINICA CIRURGICA II Enfermaria: 05	Leito: 618
Internação: 26/02/2019 21:17	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

paciente com historia de trauma de face ha 7 dias apresentando fraturas de face (maxila) e fcc em mie. evolui com bom estado geral, consciente, orientada, eupneica, corada, acianotica, afebril, normotensa, evacuacao e diurese presentes. face: minimo edema, abertura bucal normal, ausencia de dor. nega alteracoes visuais. sem mobilidade maxilar. apresenta-se desdentada maxilar e sem impedimento para dieta pastosa por via oral. tc de cranio e face nao revelam lesoes intracranianas. apresenta ft de maxila (le fort ii), sem mobilidade e sem indicacao cirurgica. apresenta fcc em mie com hiperemia local e area de necrose, que aguarda definicao da cirurgia geral. cd:1. alta da cirurgia bucomaxilofacial, com medicacao e orientacoes de retonro ambulatorial. 2. segue pela cirurgia geral

Exames Realizados

hematologicos e de imagem

Terapêutica Utilizada

suporte clinico e cirurgico

Diagnóstico

S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 02/03/2019

Observações Complementares

marcar retonro , apos alta hospitalar, com ambulatorio de cirurgia bucomaxilofacial

Responsável

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

Data: 02/03/2019

Agendamento		
Dr. Eduardo	Dr. Eduardo	Dr. Eduardo
Data: 20/03/19	Data: 17/04/19	Data: 13.11.19
Hora: 08:00	Hora: 8:00 h	Hora: 08:00
Código: 97614	Código	Código

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



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



NOME: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO PRONTUÁRIO: 171604
DATA DE NASCIMENTO: 24/08/1967
SOLICITANTE: KRUIJFF STANISLAW PEDROSA DA COSTA
SETOR SOLICITANTE: EMERGÊNCIA ENFERMARIA/LEITO: INTERMEDIARIA II, 17
DATA DO EXAME: 25.02.2019 HORA DO EXAME: 09:46
DATA DO LAUDO: 25.02.2019 HORA DO LAUDO: 10:41
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

INDICAÇÃO:

Trauma.

TÉCNICA:

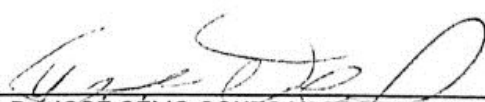
Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados no plano axial da face, com reconstrução no plano coronal.

ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles com focos gasosos em permeio em região periorbitária bilateral.
- Fraturas faciais envolvendo as seguintes estruturas ósseas:
 - Assoalhos orbitários, com herniação de gordura intra-orbitária e deslocamento de fragmento para o interior do seio maxilar à direita, porém sem infradesnvelamento significativo.
 - Parede lateral e medial da órbita direita, com desalinhamento variável e múltiplos fragmentos ósseos livres.
 - Disjunção frontozigomática direita.
 - Arco zigomático direito, discretamente desalinhada.
 - Todas as paredes dos seios maxilares, bilateralmente, com fragmentos ósseos intrassinsuais e múltiplos focos gasosos em permeio.
- Mandíbula íntegra sem traços de fraturas ou lesões de caráter agressivo.
- Articulações temporomandibulares de aspecto anatômico.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Material com atenuação de partes moles em seios etmoidais e maxilares.
- Complexos de drenagem ostiomeatais pervingos com aspecto anatômico.
- Fóveas etmoidais simétricas.
- Septo nasal levemente desviado anteriormente para direita, por uma distância de 3,5 mm.
- Pneumatização das conchas médias bilateralmente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fraturas faciais com envolvimento orbitomaxilar bilateral e zigomático direito (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).
2. Hemossinus
3. Edema e enfisema periorbitário bilateral.


Dr. JOSÉ CÉLIO COUTO VASCONCELOS

Médico Radiologista CRM-CE 13064

Radiologia e Diagnóstico por Imagem - RQE 6722

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



Rua Celulo da Paixão Cearense, s/n | Triângulo
Juatelro do Norte/CE | CEP: 63.041-102

CNPJ/MF: 03.208.526/0002-51

Fone: (88) 3566.3600 | Fax: (88) 3566.3610
email: conselho@isgh.org.br

DIGITADOR: Fernanda Alencar

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



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Pront.: 171604 Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 6 mes(es) e 0 dia(s)

Admissão: 24/02/2019 00:29

Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO

Sexo: Feminino

RG: 20161782153

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: VILA ALTA

Tel.: 88 99359-1963

Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT

Num: 1

PRESCRIÇÃO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIÉBRA

CRM 6442

24/02/19 00:45

Prescrição	Horário:
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR	
ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML;	
VAZÃO = 250 ML/H </BR>FASE(S) 2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 125 ML/H	
 </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - EXAMES (RM, TM, LAB OU US)	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% /	
INTRAVENOSA / 12/12 H	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% /	
INTRAVENOSA / 8/8 H	
PARACETAMOL 500MG + CODEINA 30MG -COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 6/6 H	
SE DOR	
INSULINA REGULAR - FA / SUBCUTÂNEA CONFORME ESQUEMA - ATÉ 150: 0UI; 151	
A 200: 4UI; 201 A 250: 6UI; 251 A 300: 8UI; >=301: 10UI	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 4 AMP / INTRAVENOSA SE GLICEMIA	
<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6	
H	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL SE PA>=180/110	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

RDO. VALDETARIO B. SIÉBRA
Cirurgião Geral
CPF: 032.466.733-87
CRM-CE 6442 CRM-PE 10.173

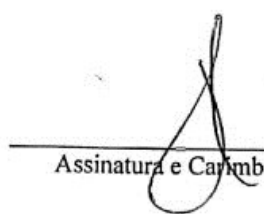


ATESTADO

Atesto para fins trabalhistas, que **LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO** necessitará de repouso domiciliar por 30 dias a contar de hoje para seu restabelecimento e retorno às atividades laborativas.

CID 10: S 02.4 (Paciente solicitou divulgação do C.I.D.)

Juazeiro do Norte – CE, 02/03/19


Assinatura e Carimbo Médico

CNPJ/MF – 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo – CEP 63.041-162 – Juazeiro do Norte – CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 69. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401350

Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

Recebedor: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000684

Conta: 0000074243-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

SINISTRO 3190401350 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO A**

CONTERRANEA CORRETORA E ASSESSORIA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO**CPF/CNPJ:** 98766538300**Posição em 05-11-2020 10:46:51**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/10/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

TABELA DPVAT

DANOS CORPORAIS PREVISTOS EM LEI	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica ou funcional dos DOIS BRAÇOS ou das DUAS PERNAS Perda anatômica ou funcional de UM BRAÇO e UMA PERNA Perda anatômica ou funcional das DUAS MÃOS ou dos DOIS PÉS Perda da visão dos DOIS OLHOS(cegueira total ou parcial) Lesões de órgãos e estruturas do crânio, face, coluna cervical. Lesões pélvicas, no tórax, abdômen, e retro-peritoneais Lesões neurológicas que causem dano mentais de percepção (cognitivo) e comportamental alienante, impedimento do senso de orientação espacial ou de livre deslocamento corporal, perda do controle esfinteriano, comprometimento de função vital. Prejuízos funcionais de ordem respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora, ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital.	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica ou funcional de UM BRAÇO e/ou UMA DAS MÃOS Perda anatômica ou funcional de UMA PERNA	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica ou funcional de UM PÉ Perda auditiva (SURDEZ COMPLETA) ou fonação (MUDEZ COMPLETA) ou VISÃO de UM OLHO	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de UM dos OMBROS, COTOVELOS, PUNHO, ou DEDO POLEGAR. Perda completa da mobilidade do QUADRIL, JOELHO, ou TORNOZELO. Perda completa da modalidade de qualquer SEGMENTO DA COLUNA VERTEBRAL exceto o sacral	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda funcional completa de todos os DEDOS DA MÃO, exceto o polegar. Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer UM DOS DEDOS DO PÉ Perda integral (retirada cirúrgica)do BAÇO	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00

- **PERDA ANATÔMICA:** AMPUTAÇÃO
- **PERDA FUNCIONAL:** LIMITAÇÃO / DIFICULDADE
- **COLUNA VERTEBRAL:** DIVIDIDA EM TRÊS SEGMENTOS BÁSICOS: CERVICAL, DORSAL E LOMBAR.

QUESITOS – PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL

1. A vítima já foi submetida aos tratamentos médicos capazes de minimizar o dano? É acometida de invalidez permanente de caráter definitivo?
2. Em caso de invalidez permanente, esta é decorrente do acidente narrado pela parte Autora na petição inicial ou oriunda de circunstância anterior?
3. Restando constatada a invalidez permanente, esta se caracteriza como TOTAL ou PARCIAL?
4. Em sendo comprovada a invalidez permanente PARCIAL, é completa ou incompleta? Qual o grau apresentado nos termos da legislação vigente?
5. Considerando-se o grau de invalidez permanente parcial identificado, está correta a quantia paga administrativamente, a título indenizatório, pela Seguradora ré à parte autora?
6. Sendo negativa a resposta ao item “5”, qual seria o correto valor da indenização do seguro DPVAT?