

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016

Carta nº: 9815156

A/C: ABDIAS CARLOS VIEIRA

Sinistro: 3160593756 ASL-1084545/16
Vitima: ABDIAS CARLOS VIEIRA
Data Acidente: 12/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016

Carta nº: 9815156

A/C: ABDIAS CARLOS VIEIRA

Sinistro: 3160593756 ASL-1084545/16
Vitima: ABDIAS CARLOS VIEIRA
Data Acidente: 12/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2016

Carta nº: 10011188

A/C: ABDIAS CARLOS VIEIRA

Sinistro: 3160593756 ASL-1084545/16
Vítima: ABDIAS CARLOS VIEIRA
Data Acidente: 12/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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 Novembro de 2016

Carta nº: 10102669

A/C: ABDIAS CARLOS VIEIRA

Sinistro: 3160593756 ASL-1084545/16
Vítima: ABDIAS CARLOS VIEIRA
Data Acidente: 12/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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: **ABDIAS CARLOS VIEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000032**

Conta: **0000032122-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160593756 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABDIAS CARLOS VIEIRA **Data do acidente:** 12/05/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA COM CONTUSÃO NO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM COLETE IMOBILIZADOR POR 45 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/11/2016

Conduta mantida:

Observações: COMPROVO SEQUELA AO EXAME FÍSICO.

Médico examinador: Rosenberg Pereira de Freitas

CRM do médico: 10670

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

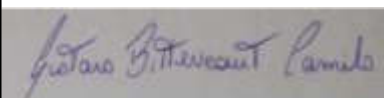
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

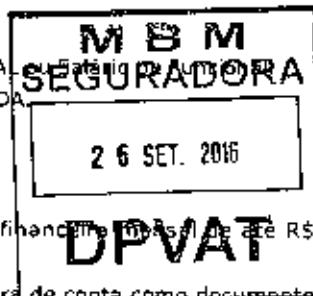
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **ABDIAS CARLOS VIEIRA**, PORTADOR(A) DO RG Nº **CNH 05471305161** EXPEDIDO POR **DETRAN-CE** EXPEDIDO EM **02/05/2013** E CPF **368.553.082-87**, PROFISSÃO **AUX. DE SERVIÇOS GERAIS**, E RENDA MENSAL DE **R\$ 880,00 (*)**, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **ABDIAS CARLOS VIEIRA**, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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.



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 **104** Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) **0032** Nº DA CONTA (com dígito, se existir) **32122-5**

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.

Chato-ee 22 de Setembro de 2016
LOCAL E DATA

Abdias Carlos Vieira
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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	FABIANO DE MOURA RIBEIRO
Conta origem:	0032 / 001 / 00005911-7
Conta destino:	0032 / 001 / 00092122-5

Nome destinatário:	ABDIAS CARLOS VIEIRA
Valor:	R\$ 7,00

Data de débito:	11/07/2016
Data/hora da operação:	11/07/2016 14:45:02

Código da operação:	00529895
Chave de segurança:	8N9YU0F2RU87XSGS

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

20LX - DÉBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CRÉDITO NA CONTA DESTINO É DE 30 MINUTOS.

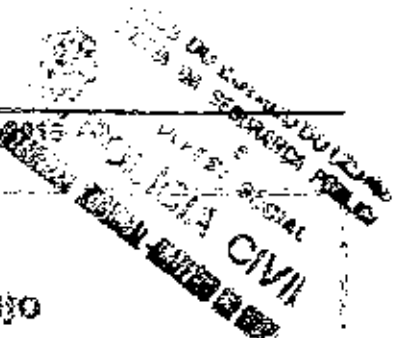
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 939-10015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 13/06/2016 15:12:41
Data / Hora da Ocorrência: 12/05/2016 12:10:00
Endereço da Ocorrência: RUA BEATA MARIA DE ARAUJO
Complemento:
Bairro: Seminário Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
Ponto de Referência: DELEGACIA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCIANA VITAL RAFAEL
Nascimento: 27/12/1979 CPF: 910.964.992-04
RG: 97029100456 Órgão Emissor: SSP
Filiação: FRANCISCA ANTONIA RAFAEL
ANTONIO VITAL RAFAEL
Endereço: RUA ROSA FERREIRA NOBRE, 53 CS A
Bairro: SEMINÁRIO
Município: CRATO/CE
País: BRASIL

M B M
SEGURADORA

UF:
26 SET. 2016

CEP: DPVAT

Telefone: (88) 98304-5291

Nome: ABELAS CARLOS VIEIRA
Nascimento: 31/05/1972 CPF: 388.553.082-87
RG: 20075153283 Órgão Emissor: SSP
Filiação: FRANCISCA VIEIRA DOS SANTOS
ANTONIO CARLOS BEZERRA
Endereço: RUA ROSA FERREIRA NOBRE, 53 CS A
Bairro: SEMINÁRIO
Município: CRATO/CE
País: BRASIL

UF:

CEP:

Telefone: (88) 99288-3630

Dados do(s) Veículo(s)

Placa: GKK7893 UF: CE Rótulo: CRATO/CE Chassi: SC6K815200001849 Perímetro:
442523354 Tipo do Veículo: MOTO/MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/FANTOM
VSR125-6 Ano Fabricação: 2002 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor:
VERMELHA Proprietário: ABELAS CARLOS VIEIRA Status: NÃO INFORMADO
Envolvidos: COLISÃO

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE VITIMA QUE NA DATA ACIMA INFORMADOS ESTA A
CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRA DESCRITA, COM A PESSOA DE
FRANCIANA VITAL RAFAEL NA GARUPA, TRANSITAVA PELA VIA
PREFERENCIAL, QUANDO UM CARRO AVANÇOU A VIA E COLIDIU COM AS
VITIMAS; QUE A CAUSADORA DO ACIDENTE PRESTOU SOCORRO; QUE
FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E LEVADOS PARA A UPA DESTA CIDADE E
DEPOIS ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL SÃO RAFAEL DO NA CIDADE DE
CRATO/CE; QUE O CONDUTOR SUPRADO ESCORRIÇÕES E POSSIVEL FRATURA
EM CLAVICULA, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO Nº 24393 DA UPA E A
PASSAGEIRA SÓ DEU ESCORRIÇÕES, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO Nº
24377 DA UPA QUE APRESENTOU COPIAS DAS SEGUINTESS OCORRÊNCIAS
OS QUAIS SÃO ANEXADOS AO BO: CNH, DOCUMENTOS PESSOAIS DA
PASSAGEIRA, 1 RM, CERTIDÃO DO SAMU, RELATÓRIO MÉDICO DA UPA E
CONFERENTE DO BOLETIM.

ENCARREGADO DELEGACIA

DATA

x Abilio Euler Ribeiro

Marcia Leite

Boletim de Ocorrência original, sob Sinistro: 3160/452846

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
Polícia Civil
DELEGACIA REGIONAL DE CASERNO DO MONTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 9338/2016

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade da noticiante, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINAR CÉLEBRAR REGISTRO DE MUNICÍPIO DO MONTE

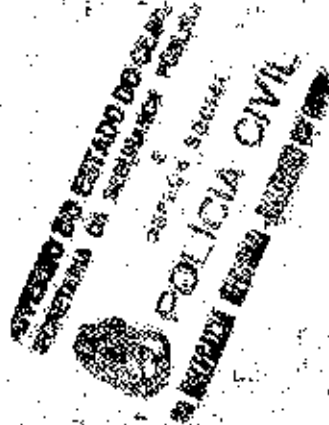
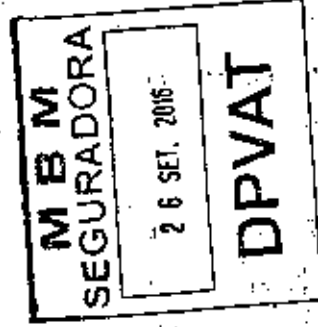
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *M. Maria G. G. G.*

MARIA JULIETTE PEREIRA SAMPAYO - LIG: 33041413-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *x. Abellon Costa Zilante*

VISTO DO DELEGADOR(A):

LUIZ JOSÉ TENGARA DE BRITO - MAT: 25888-104





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **ABDIAS CARLOS VIEIRA**, portador(a) do RG nº **CNH 05471305161**, expedido por **DETRAN-CE**, expedido em **02/05/2013** e inscrito no CPF sob o nº **368.553.082-87**, residente e domiciliado à **RUA PROFESSORA ROSA FERREIRA NOBRE, 53, SEMINARIO, CEP: 63.113-105, 53 - CE**, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Crato - CE, 22 de Setembro de 2016
Local / Data

Abdias Carlos Vieira
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação



PREFEITURA MUNICIPAL DE
JUAZEIRO DO NORTE-CE
DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE TRÂNSITO | DEMUTRAN

BOLETIM DE
OCORRÊNCIA DE
ACIDENTE DE
TRÂNSITO



COMPROVANTE DE ATO
DECLARATÓRIO CONFORME
CIRCULAR DIREOP 004/2014

DADOS DO ACIDENTE

Local da Ocorrência: RUA BEATA MARIA DE ARAÚJO X AV. SALGUEIRO

Bairro:

Pag. 1/2

Ponto de Referência: CRUZAMENTO

Data: 12.05.2016 Hora: 12:15

Via pavimentada:
(X) Sim () Não

Via sinalizada:
(X) Sim () Não

Condições do Tempo:
(X) Ensoleado () Noite () Chuvoso () Outros

Classificação:
() Com vítima
() Sem vítima

Número de Vítimas:
() Morto(s)
(X) Ferido(s)

Natureza do Acidente:
(X) Abalroamento () Colisão () Tombamento
() Atropelamento () Capotagem () Outros

VEÍCULO Nº 01

Condutor: ABDIAS CARLOS VIEIRA

Nascimento: 31.05.1972 Sexo: (X) Masc. () Fem.

Endereço: RUA PROF. ROSA FERREIRA NOBRE, 53

Bairro: SEMINÁRIO
CRATO

Telefone: 98804-5291
099288-3630

Habilitado:
(X) Sim () Não

CNH: 05471305161

Categoria: A RG: 20075153283

CPF: 368.553.082-87

Veículo: YAMAHA/FACTOR YBR

Placa: OIK-7103

Município: CRATO

UF: CE

Chassi: 9C6KE1520C0691349

Renavam: 012256933611

CRLV: 012256933611

Exercício: 2016

Proprietário:

SEGURADORA

CPF:

(X) Mesmo do
Condutor

Endereço:

26 SET. 2016

Telefone: ()

VEÍCULO Nº 02

Condutor: SEVERINA BERNARDO SILVA DE

Nascimento: 08.06.1955 Sexo: () Masc. () Fem.

Endereço do Condutor: RUA PADRE MEDEIROS, 96

Bairro: JUVENCIO
SANTANA

Telefone:
03512-0098

Habilitado:
(X) Sim () Não

CNH: 05352899273

Categoria: AB RG: 271769293

CPF: 403.233.203-63

Veículo: VW/GOL 1.0

Placa: NRH-2786

Município: JUAZEIRO DO NORTE

UF: CE

Chassi: 9BWAA05U9AP022008

Renavam: 00153017457

CRLV: 012167801400

Exercício: 2015

Proprietário: MANOEL LIMA DE MELO

CPF: 307.915.963-20

() Mesmo do
Condutor

Endereço: JUAZEIRO DO NORTE-CE

Telefone: 098805-2343

VEÍCULO Nº 03

Condutor:

Nascimento:

Sexo: () Masc. () Fem.

Endereço do Condutor:

Bairro:

Telefone: ()

Habilitado:
() Sim () Não

CNH:

Categoria:

RG:

CPF:

Veículo:

Placa:

Município:

UF:

Chassi:

Renavam:

CRLV:

Exercício:

Proprietário:

CPF:

() Mesmo do
Condutor

Endereço:

Telefone: ()

VÍTIMA 01

Nome: FRANCIANA VITAL RAFAEL

Nascimento: 27.12.1975

RG: 97029100456

Sexo: () Masc. (X) Fem. Ferimentos: (X) Leves () Grave () Fatal

Endereço: RUA PROF. ROSA FERREIRA NOBRE, 53 A, SEMINÁRIO, CRATO

VITIMA 02

Nome: _____ Nascimento: _____
 RG: _____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. Ferimentos: ☐ Leves ☐ Grave ☐ Fatal
 Endereço: _____

VITIMA 03

Nome: _____ Nascimento: _____
 RG: _____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. Ferimentos: ☐ Leves ☐ Grave ☐ Fatal
 Endereço: _____

TESTEMUNHA 01

Nome: _____ Nascimento: _____
 RG: _____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
 Endereço: _____

TESTEMUNHA 02

Nome: _____ Nascimento: _____
 RG: _____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
 Endereço: _____

M B M
SEGURADORA

26 SET. 2016

DPVAT

AVARIAS DO VEICULO 01

MANEJA LADO ESQUERDO QUEBRADO, CARENAGEM LADO ESQUERDO E CENTRAL LADO ESQUER-
 DE ARRANHADOS E AVARIADOS.

AVARIAS DO VEICULO 02

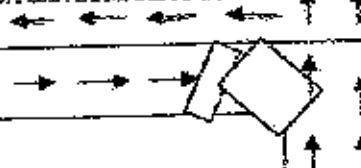
PARA-CHOQUE, CAPÔ DIANTEIROS AVARIADOS, PLACA DIANTEIRA AMASSADA, ANEL DO PAROL
 ARRANHADO, RETROVISOR LADO ESQUERDO ARRANHADO, BLOCO DO PAINEL QUEBRADO E
 ARRANHADO, PISCA LADO ESQUERDO ARRANHADO.

AVARIAS DO VEICULO 03

CROQUI DO
 ACIDENTE:

AV.
 SALGUEIRO

RUA BEATA MARIA DE ARAUJO



**COMPROVANTE DE ATO
 DECLARATÓRIO CONFORME
 CIRCULAR DIREOP 004/2014**

OBSERVAÇÕES DO AGENTE:

CONDUTOR E PASSAGEIRO DO VEICULO 01 SOCORRIDOS AO HOSPITAL.

AGENTE DE TRÂNSITO

Nome: ELVIO

Matrícula: 21019

Posto/Gratificação: AT 3 CL

Vizinha: MP 03 BROS

Hora Atonada: 12:15

Hora da Chegada: 12:15

Hora do Término: 12:39

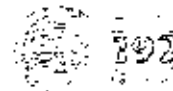
Inspeção do Dia: ALEX

Assinatura do Agente

Perito Criminalista:




GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **ABDIAS CARLOS VIEIRA**, portador do RG Nº 20075153283 e inscrito no CPF sob o Nº 368.553.082-87, no dia 12/05/2016 às 12h45min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na rua Beata Maria de Araújo. Paciente vítima de colisão moto com carro, onde o mesmo foi encaminhado para a **UPA de Juazeiro do Norte**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva *Ana Cristine Medeiros Silva*, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

**COMPROVANTE DE ATO
DECLARATÓRIO CONFORME
CIRCULAR DIREOP 004/2014**

Pag. 2/2





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **ABDIAS CARLOS VIEIRA**, portador(a) do RG nº **CNH 05471305161**, expedido por **DETRAN-CE**, expedido em **02/05/2013**, CPF nº **368.553.082-87**, na qualidade de favorecido(a) beneficiário(a), venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito **segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:**

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA PROFESSORA ROSA FERREIRA NOBRE
Número	53
Apto/Complemento	
Bairro	SEMINARIO
Cidade	53
Estado	Ceará
CEP	63.113-105
Telefone	(88) 3572-0398
e-Mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Crato-ce, 22 de Setembro de 2016
Local / Data

Abdias Carlos Vieira
ABDIAS CARLOS VIEIRA





Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

nº do cliente	
4867645	CV 4
vencimento	
01/09/2016	
total a pagar (R\$)	
58,53	

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo 8 | Série B-4 | Nº **443582044**
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 69135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CCF-06.103.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

2ª via da conta de
AGO/2016

DADOS DO CLIENTE

Rota 15 011000 01 0772000 Medidor 10560900 Poste 0000 0
Nome JOANA ALVES DA SILVA
Endereço Postal

End. da Unidade RU PRA ROSA FERREIRA NOBRE 00053 CS A SEMINARIO CRATO
Consumidora 63100000
RG/CPF/CNPJ 011.017.783-50 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE LEITURA E CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
18879	18806	1	73	0	73

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
73	0,68266	49,83
ENERGIA CONSUMO		
OUTROS PAGAMENTOS		
CORREÇÃO MONETARIA DO MES		0,09
JUROS DO MES		0,09
JUROS DO MES		0,72
MULTA MORATORIA		0,80
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT		7,00

CENTRO OPERATIVO CRATO

DATAS DE LEITURA
Emissão/Apresentação 23/08/2016 Prev. Próxima Leitura 23/09/2016

ÁREA RESERVADA AO FISCO
55FB.E1A6.C385.689B.3D33.2D40.24AB.EE78

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor Imposto
49,83	27%	13,45

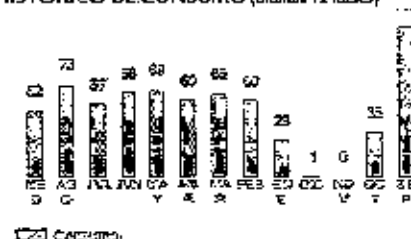
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
ENERGIA	22,41
TRANSMISSÃO	0,56
DISTRIBUIÇÃO	7,81
ENCARGOS SETORIAIS	3,92
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	15,13

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Conjunto CRATO CM: 14,80
Mês JUN/ 2016

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
RC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

DIC: nº de horas que o cliente tem por hora.
RC: nº de vezes que o cliente tem por hora.
DMIC: Duração média, em horas, das interrupções de energia.

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



coelce & você

Central de Relacionamento
0800 2850196
atendimento 24 horas

Internet
www.coelce.com.br
Ouvidoria Coelce
0800 280 4100
atendimento das 9h às 18h

órgãos reguladores

Agência Reguladora de Serviços Públicos
Delegados do Estado do Ceará - ARCE
0800 275 3838
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 - para reclamações de qualidade de serviço

atendimento mecânico cliente

Nº do Cliente: **4867645-4**
Data da Emissão: **22/09/2016**

Nº da Nota Fiscal: **443582044**
Referência: **AGO/2016**

Total A Pagar (R\$): **58,53**
Nº de Controle: **0004867645 00053 4356 2 16**

83830000000-4 58530031000-6 00048676450-8 00534356218-0





Nº DO CONSUMENTE
6417502-2

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

coelce

Fica deferido seu atendimento, utilize o nº acima
para fazer o pagamento em qualquer ponto de venda.

Rua Padre Valdeuino, 150
CEP: 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE 1

Rota **13 13000 10 482000 + 1** Data de Emissão **26/04/2016**

Nome **CICERA MÂRCIA VITAL LEITE**

End. Postal **TR SEVERINO CANDIDO 02010**

PEDRINHAS - JUAZEIRO DO NORTE - 63018660

Medidor **2037066**

Poste **0000 E53W**

Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA** Renda de Potência **0,00**

RG / CPF / CNPJ **005116273-35**

CGF

Nome do Responsável

DADOS DE REFERÊNCIA			ÍNDICE DE QUANTIDADE DE FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Padrão Letura	Voz e Legenda Conjunta	Mês	Índice
Abri/2016	26/04/2016	25/05/2016	For 2016	For 2016	For 2016

BASE DE CÁLCULO (R\$)			PAGAMENTO INDIVIDUAL			APURAÇÃO INDIVIDUAL		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	DIC	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.
ISENTO				5,67	18,15	26,33	0,06	0,00
			PTC	3,23	6,47	12,96	0,00	0,00
			DMIC	2,86			0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Letra Abrev.	Letra Abrev.	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Comp. Tot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
2002	2630	1,00	184	0,03	184	0,15771	4,40		
						0,27038	18,92		
						0,14255	1,16		
26/04/16	24/03/16	30 dias			184		25,28		

DESCRIÇÃO		VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS		25,28
QUOTA PARCELAMENTO 2/8		41,48
MULTA MORATORIA REF 03/2016		1,89
CORREÇÃO MONETARIA DO MÊS		0,75
JUROS DO MÊS		1,62
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA		1,25



VENCIMENTO **03/05/2016** **TOTAL A PAGAR (R\$)** **72,27**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh) - 12 meses											
Energia	15,33	172	104	191	259	284	282	225	141	125	130	124	118
Transmissão	0,00												
Distribuição	5,06												
Encargos Setoriais	2,69												
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	2,72												
TOTAL	26,53												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) - 2015		
Emissão total (kg CO ₂)	44,95	Compensação (kg CO ₂)
		0,00
		Consumo ecológico (% CO ₂)
		0%

Informações importantes e avisos de vencimento
CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente: Constatamos em nossos controles contábeis em atraso, seu pagamento de Débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrada desta contagem prevista no Res. NUC- 414/16, Resolução nº 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DÉBITOS ANTERIORES	
Mês/Ano	Valor (R\$)
03/2016	155,60
Total	155,60

M B M
SEGURADORA

26 SET. 2016

DPVAT

Contatos:
(88) 3572-0398
(88) 9977-2255



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 Cicera Marcia Vital Leite, portador(a) do

RG nº CNH:06188254640, expedido por Detran-CE, em

26 / 09 / 2014, CPF/CNPJ nº 005.116.273-35,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Abdias

Carlos Vieira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Abdias Carlos Vieira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Informar Renda Mensal: R\$ Recusou Informar

Documentos comprobatórios: Recusou Comprovar profissão e renda.

Cicera Marcia Vital Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **368.553.082-87**

Nome da Pessoa Física: **ABDIAS CARLOS VIEIRA**

Data de Nascimento: **31/05/1972**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:01:26** do dia **22/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **815E.1228.3627.1CPF**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





0012

Intendente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: CICERA MARCIA VITAL LEITE

DOCUMENTO / DDD-EMISSOR: 2002029034539 SSP CE

CPF: 005.116.273-35 DATA NASCIMENTO: 21/12/1983

FILIAÇÃO: ANTONIO VITAL RAFAEL
FRANCISCA ANTONIA RAFAEL

SEXO: FEMININO AC: A CALHA: A

Nº REGISTRO: 06188254640 VALIDADE: 22/11/2018 1ª HABILITAÇÃO: 26/09/2014

OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR: [Assinatura]

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO: 28/07/2016

52115950424
CE151520135

ASSINATURA DO DETENTOR: [Assinatura]

1225637748

MBM
SEGURADORA

26 SET. 2016

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **005.116.273-35**

Nome da Pessoa Física: **CICERA MARCIA VITAL LEITE**

Data de Nascimento: **21/12/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/04/2002**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:03:13** do dia **22/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C555.E0BA.F7F4.6CF1**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





(1)



Abra Outros


Buscar no site



Seguro DPVAT / Pague Seguro
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACESSIBILIDADE

 (/Pages A A )
/Acessibilidade.aspx)

 (/Pages
/Atalhos-
de-Teclado.aspx)







COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages /Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (/Pages /Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documento Morte (/Pages /Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages

Sua busca por placa: DIK7103 UF: CE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Emissão 2ª via
	2016	R\$292,01	Quitado	
Data Pagamento		Valor Pago		
17/02/2016		R\$292,01		
	2015	R\$292,01	Quitado	
	2014	R\$292,01	Quitado	

(*) Motocicleta

[Voltar](#) [Imprimir](#)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160593756 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABDIAS CARLOS VIEIRA **Data do acidente:** 12/05/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA ESCÁPULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO OMBRO

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 50%

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160593756 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABDIAS CARLOS VIEIRA **Data do acidente:** 12/05/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA COM CONTUSÃO NO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM COLETE IMOBILIZADOR POR 45 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/11/2016

Conduta mantida:

Observações: COMPROVO SEQUELA AO EXAME FÍSICO.

Médico examinador: Rosenberg Pereira de Freitas

CRM do médico: 10670

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

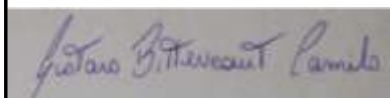
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ABDIAS CARLOS VIEIRA, brasileiro(a), estado civil solteiro
Profissão: Frete, portador(a) do RG 2035153783, órgão expedidor Ssp
e do CPF 363553082-82, residente no(a) Rua paripiranga, bairro batista
nº 53B, bairro Seminário, município alto, se

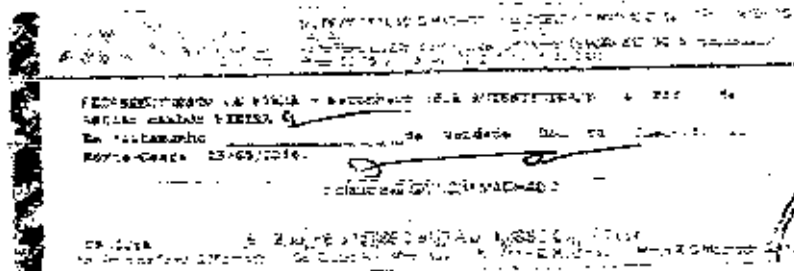
OUTORGADO:

Nome: Cicera Marcia Vital Leite, brasileiro(a), estado civil Casado
Profissão: Autônoma, portador(a) do RG Cnh:06188254540, órgão expedidor Detran-ce
e do CPF 005.116.273-35, residente no(a) Rua Severino Cândido
nº 10, bairro Peixinhas, município Juazeiro do Norte, ce

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e prestar, anexo, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vltima ABDIAS CARLOS VIEIRA

Local e Data: Juazeiro do Norte, 13-06-2016

Abdias Carlos Vieira
Assinatura do outorgante
(Reconheça firma por autenticidade)



Procuração Original, sob Sinistro: 31601452846

**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): **ABDIAS CARLOS VIEIRA** Sinistro: **3160593756** Data: **12/05/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Rosa Ferreira Nobre, 53 - Novo Crato - Crato - CE - CEP 63113-105**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20075153283**

Data local do exame: [**17/11/2016**] **Juazeiro do Norte** [**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)
**FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA COM CONTUSÃO NO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA
REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO OMBRO ESQUERDO.**

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 SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM COLETE IMOBILIZADOR POR 45 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(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.

Limitação funcional do ombro esquerdo

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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

COMPROVO SEQUELA AO EXAME FÍSICO.


Dr. Rosenberg P. de Freitas
CPF: 858.639.305-44
MÉDICO - CRM-CE 10.670

Rosenberg Pereira de Freitas - CRM: 10670 - CE