



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 inicio 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,





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 inicio 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,



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 inicio 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 n°: 10102669

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.: 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%

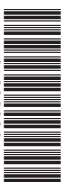
| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|---|-----|----------|

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

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:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

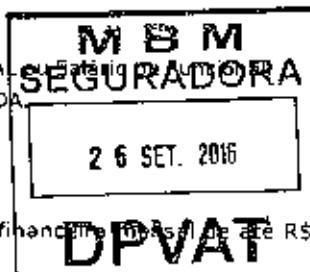
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

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 fala 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 aparecerem 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 Lotáticas 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-le, 29 de Setembro de 2016
LOCAL E DATA

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 segura prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvalsegurodotransito.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\$ 30,00 |

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

| | |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 000529895 |
| Chave de segurança: | BN9YU0F2RU87XSGS |

"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."

ZOLX - DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E 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





GOVERNOS DO MUNICÍPIO DE CHAMONIX
SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA E ESPORTES
PACIFICO CHAMONIX

THE JOURNAL OF CLIMATE

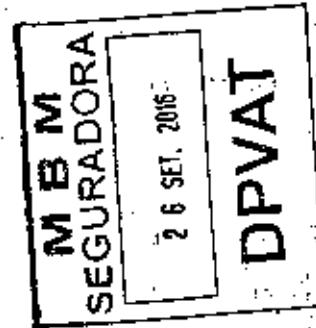
As informações contidas neste Relatório de Ocorrência são de natureza responsabilidade da polícia civil, sendo as mesmas informado que a comunicação da círculo não é considerada ou fato inexistente e crime punível na forma da Lei nº 139 e 349 do DPR.

THE JOURNAL OF CLIMATE

REGGOMONIANSKA FELDAFFÄRER: VILJAN: GULDET

ESTRUTURA DA ORGANIZAÇÃO

VISTAS DES SUELOS CÁRDIACOS



M B M
CUBADORA

卷之三

DPVAT

卷之三



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

Abdiás 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 - BORT

Comprovante da ocorrência

DADOS DO ACIDENTE

COMPROVANTE DE ATO
DECLARATÓRIO CONFORME
CIRCULAR DIREOP 004/2014

Pág. 1/2

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

Bairro:

Ponto de Referência: CRUZAMENTO

Data: 12.05.2016 Hora: 12:15

| | | |
|--|--|--|
| Via pavimentada: | Via sinalizada: | Condições do Tempo: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Ensolado <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Chuvoso <input type="checkbox"/> Outros |

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| Classificação: | Número de Vítimas: | Natureza do Acidente: |
| <input type="checkbox"/> Com vítima | <input type="checkbox"/> Morto(s) | <input checked="" type="checkbox"/> Abalroamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Tombamento |
| <input type="checkbox"/> Sem vítima | <input checked="" type="checkbox"/> Ferido(s) | <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotagem <input type="checkbox"/> Outros |

VEÍCULO N° 01

| | | |
|--------------------------------|------------------------|---|
| Condutor: ABDIAS CARLOS VIEIRA | Nascimento: 31.05.1972 | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
|--------------------------------|------------------------|---|

| | | |
|---|-------------------|----------------------|
| Endereço: RUA PROF. ROSA FERREIRA NOBRE, 53 | Bairro: SEMINARIO | Telefone: 98804-5291 |
| | CRATO | (399288-3630) |

| | | | | |
|-------------|------------------|--------------|-----------------|---------------------|
| Habilitado: | CNH: 05471305161 | Categoria: A | RG: 20075153283 | CPF: 368.553.082-87 |
|-------------|------------------|--------------|-----------------|---------------------|

| | | | | |
|--|----------------------------|-----------------|------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Veículo: YAMAHA/FACTOR YBR | Placa: OIK-7103 | Município: CRATO | UF: CE |
|--|----------------------------|-----------------|------------------|--------|

| | | | |
|---------------------------|---------------------|--------------------|---|
| Chassi: 9C6HE1520C0691349 | Renavam: 0015017454 | CRLV: 012256933611 | Exercício: 2016 |
| Proprietário: | SEGURADORA | CPF: | <input checked="" type="checkbox"/> Mesmo do Condutor |
| Endereço: | 26 SET. 2016 | Telefone: | 0 |

| | | | |
|---------------|--------|------------------------|---|
| VEÍCULO N° 02 | DR VAT | Nascimento: 08.06.1955 | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. |
|---------------|--------|------------------------|---|

| | | |
|--|------------------------|---|
| Condutor: SEVERINA BERNARDO SILVA DE SOUZA | Nascimento: 08.06.1955 | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. |
|--|------------------------|---|

| | | |
|---|----------------------------|-------------------------|
| Endereço do Condutor: RUA PADRE MEDDE, 95 | Bairro: JUVENCIPIO SANTANA | Telefone: (39) 512-0098 |
|---|----------------------------|-------------------------|

| | | | | |
|-------------|------------------|---------------|---------------|---------------------|
| Habilitado: | CNH: 05552899273 | Categoria: AB | RG: 271769293 | CPF: 403.233.203-53 |
|-------------|------------------|---------------|---------------|---------------------|

| | | | | |
|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Veículo: VW/GOL 1.0 | Placa: NAB-2786 | Município: JUAZEIRO DO NORTE | UF: CE |
|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--------|

| | | | |
|---------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|
| Chassi: 9BWAA05U9AP022008 | Renavam: 0015017457 | CRLV: 012167801408 | Exercício: 2015 |
|---------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|

| | | |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Proprietário: MANOEL LIMA DE MELO | CPF: 307.915.963-20 | <input checked="" type="checkbox"/> Mesmo do Condutor |
|-----------------------------------|---------------------|---|

| | |
|--------------------------------|-------------------------|
| Endereço: JUAZEIRO DO NORTE-CE | Telefone: (098)805-2345 |
|--------------------------------|-------------------------|

| | | | |
|---------------|--|-------------|---|
| VEÍCULO N° 03 | | Nascimento: | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. |
|---------------|--|-------------|---|

| | | | |
|-----------|--|-------------|---|
| Condutor: | | Nascimento: | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. |
|-----------|--|-------------|---|

| | | | |
|-----------------------|--|---------|-------------|
| Endereço do Condutor: | | Bairro: | Telefone: 0 |
|-----------------------|--|---------|-------------|

| | | | | |
|-------------|------|------------|-----|------|
| Habilitado: | CNH: | Categoria: | RG: | CPF: |
|-------------|------|------------|-----|------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|----------|--------|------------|--|-----|
| Veículo: | Placa: | Município: | | UF: |
|----------|--------|------------|--|-----|

| | | | |
|---------|----------|-------|------------|
| Chassi: | Renavam: | CRLV: | Exercício: |
|---------|----------|-------|------------|

| | | |
|---------------|------|---|
| Proprietário: | CPF: | <input checked="" type="checkbox"/> Mesmo do Condutor |
|---------------|------|---|

| | |
|-----------|-----------|
| Endereço: | Telefone: |
|-----------|-----------|

| | | |
|-----------|--|------------------------|
| VÍTIMA 01 | | Nascimento: 21/12/1978 |
|-----------|--|------------------------|

| | | |
|------------------------------|---|---|
| Nome: FRANCIANA VITAL RAFAEL | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. | Ferimentos: <input checked="" type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal |
|------------------------------|---|---|

| | | |
|-----------------|--|--|
| RG: 97029100456 | | |
|-----------------|--|--|

| | |
|---|--|
| Endereço: RUA PROF. ROSA FERREIRA NOBRE, 53 A, SEMINARIO, CRATO | |
|---|--|

VITIMA 02

Name: _____ Nascimento: _____
 RG: _____ Sexo: Masculino Feminino Ferimentos: Leves Grave Fatal

Endereço: _____

VITIMA 03

Name: _____ Nascimento: _____
 RG: _____ Sexo: Masculino Feminino Ferimentos: Leves Grave Fatal

Endereço: _____

TESTEMUNHA 01

**M B M
SEGURADORA**

Name: _____ Nascimento: _____ Sexo: Masculino Feminino
 Endereço: _____ RG: _____

26 SET. 2016

TESTEMUNHA 02

DPVAT

Name: _____ Nascimento: _____ Sexo: Masculino Feminino
 Endereço: _____ RG: _____

AVARIAS DO VEICULO 01
 MANETA LADO ESQUERDO QUEBRADO, CARENAGEM LADO ESQUERDO E CENTRAL LADO ESQUERDO ARRANHADOS E AVARIADOS.

AVARIAS DO VEICULO 02
 PARA-CHOQUE, CAPÔ DIANTEIRO AVARIADOS, PLACA DIANTEIRA AMASSADA, ANEL DO FAROL ARRANHADO, RETROVISOR LADO ESQUERDO ARRANHADO, BLOCO DO PAINEL QUEBRADO E ARRANHADO, PISCA LADO ESQUERDO ARRANHADO.

AVARIAS DO VEICULO 03

CROQUI DO
ACIDENTE:
RUA MARIA DE ARAUJO

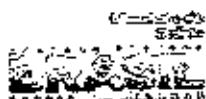
**COMPROVANTE DE ATO
DECLARATÓRIO CONFORME
CIRCULAR DIREOP 004/2014**

OBSERVAÇÕES DO AGENTE:
 CONDUTOR E PASSAGEIRO DO VEÍCULO 01 SOCORRIDOS AO HOSPITAL.

AGENTE DE TRÂNSITO

| | |
|----------------------------|------------------------|
| Nome: ELVIO | Matrícula: 20019 |
| Perito Gravador: ATÉ 3º CL | Número: MP 03 BROS |
| Hora Açãoada: 12:15 | Hora da Chegada: 13:15 |
| Hora do Término: 12:39 | Inspetor de Dia: ALEX |

Assinatura do Agente
Perito Criminalista:



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

192

GERTIDÃO 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 Cristina Medeiros Silva ~~Assistente Administrativo~~, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

COMPROVANTE DE ATO
DECLARATÓRIO CONFORME
CIRCULAR DIREOP 004/2014

Atenciosamente,

Pag. 2 / 2

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

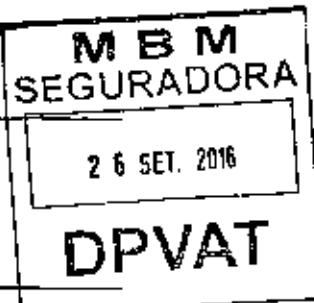
Eu, **ABDIAS CARLOS VIEIRA**, portador(a) do RG nº **CNH 05471305161**, expedido por **DETRAN-CE**, expedido em **02/05/2013**, CPF nº **368.553.082-87**, na qualidade de favorecido(a) beneficiário(a), venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito **seguindo, 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-e, 22 de Setembro de 2016

Local / Data



ABDIAS CARLOS VIEIRA

coelce

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

nº do cliente

4867645

dv
4

vencimento

01/09/2016

total a pagar (R\$)

58,53

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo 8 | Série B-4 | N° 443582044
Rua Praça Valdeirino, 150 | CEP 60115-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CCF 06.108.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei n° 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

73

0

73

DESCRIPÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO

73

0,68268

49,83

OUTROS PAGAMENTOS

CORREÇÃO MONETARIA DO MES

0,09

JUROS DO MES

0,09

JUROS DO MES

0,72

MULTRA MORATÓRIA

0,80

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

7,00

informações importantes e aviso de vencimento

CENTRO OPERATIVO CRATO

DATAS DE LEITURA

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| Emissão/Apresentação 23/08/2016 | Prev. Próxima Leitura 23/09/2016 |
|------------------------------------|-------------------------------------|

ÁREA RESERVADA AO FISCO

SSFB.E1A6.C385.6898.3D33.2D40.24AB.EE78

ICMS

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

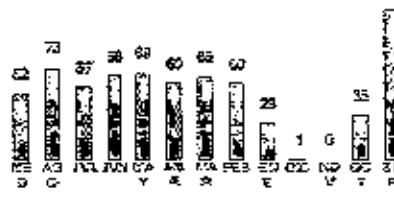
| | Padrão Individual | | Apuração Individual | | | |
|----------|-------------------|------------|---------------------|--------|------------|-------|
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual |
| DIC (h) | 5,31 | 10,62 | 21,25 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| RIC (km) | 3,30 | 6,60 | 13,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC (h) | 3,03 | | | 0,00 | | |

DIC: Número que indica horas no mês.

RIC: Número que indica quilômetros rodados.

DMIC: Desconto individual no horário da contagem, quando houver previsão.

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimas 12 meses)



coelce & você

Central de Relacionamento

0800 2850196

atendimento 24 horas

Internet

www.coelce.com.br

Divisória Coelce

0800 280 4100

disponível das 8h 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 - Agência Nacional de Energia Elétrica

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 4867645-4

Nº da Nota Fiscal: 443582044

Total A Pagar (R\$): 58,53

Data da Emissão: 22/09/2016

Referência: AGO/2016

Nº de Controle: 0004867645 00053 4356 2 16

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





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 Invalido 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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DADOS CARTEIRA:

DOC. CARNES / CAD. AMARELO: 20075153263 532C2

CPF: 360.553.082-87 | DATA NASCIMENTO: 31/05/1977

POUCAS:
ANTONIO CARLOS MELLERA
FRANCISCA VIEIRA DOS SANTOS

PERÍODO: 08/10/2013 | VALIDADE: 17/04/2014

SENHA: 05471308161

REDE DE OBSERVAÇÃO:

Alvaro Carlos Vieira
Avaliação de Portador

RESIDÊNCIA: 02/05/2013
MACEIÓ DO NORTE, CE
Assinatura: [Signature]

16511007881
CEL35433902

PROJETO DE PLASTIFICAÇÃO
693232899





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**

Dígito Verificador: **00**

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

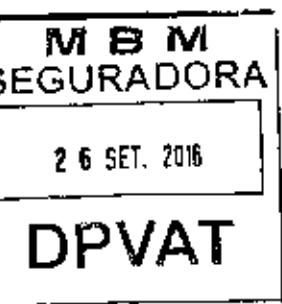
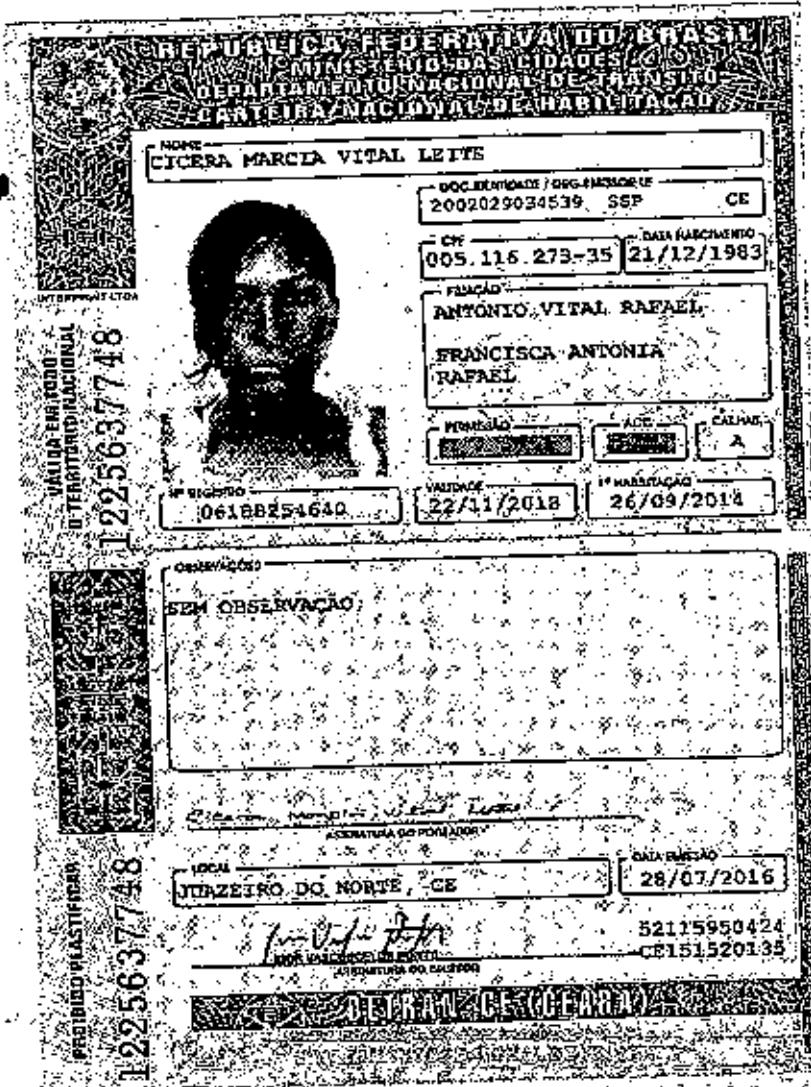
Código de controle do comprovante: **815E.1228.3627.1C0F.**

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.)







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).

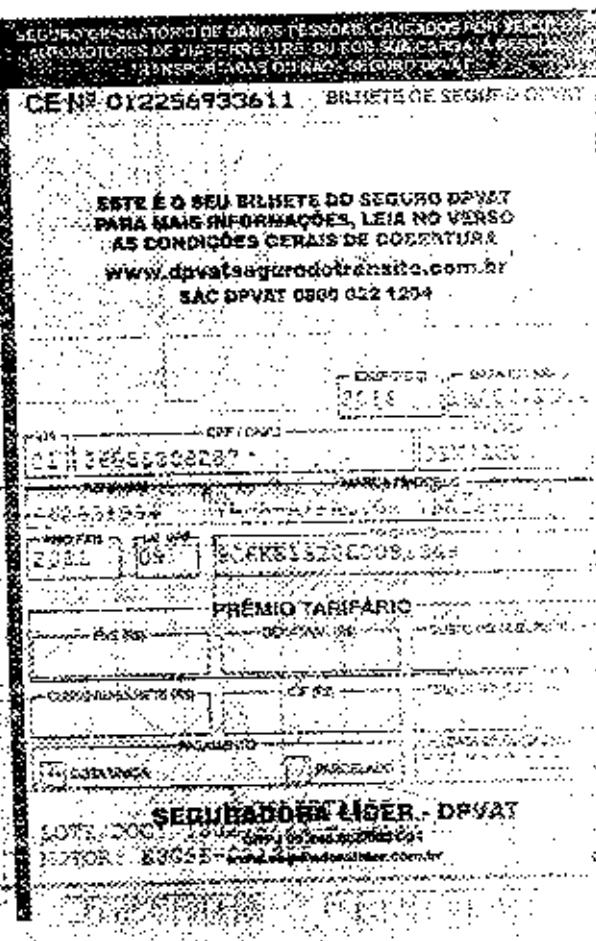
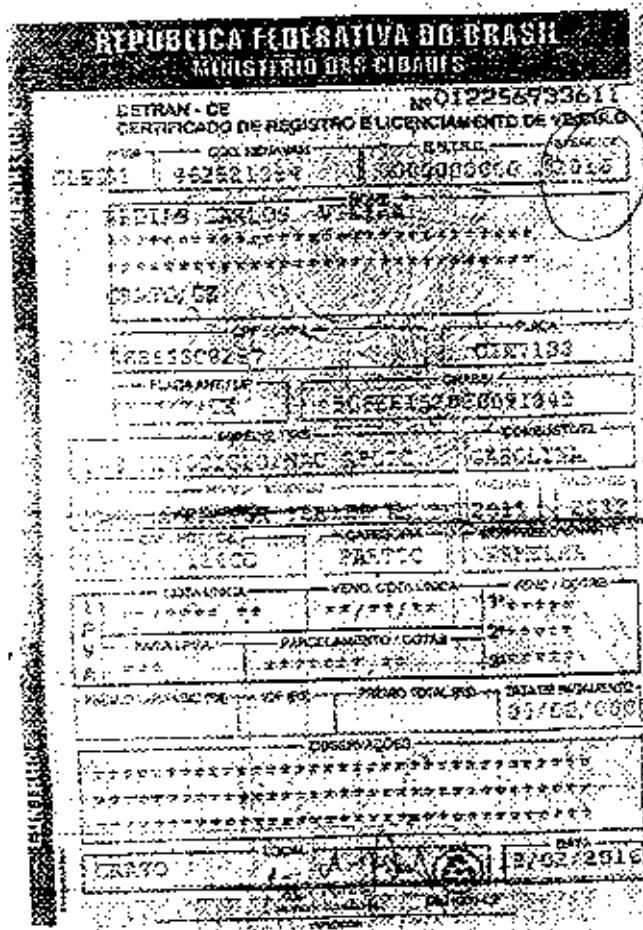
Código de controle do comprovante: **C555.E0BA.F7F4.6CF1**

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.)





M B M
SEGURADORA



Abra' Outros'

Buscar no site



Seguro DPVAT / Pague Seguro Consulta a Pagamentos Efetuados

ACESSIBILIDADE

([/Pages/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: OIK7103 UF: CE CATEGORIA: 09*

| | Exercício | Valor Pago | Situação | Emissão 2º 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

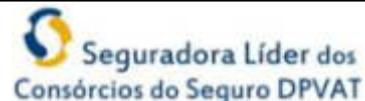
Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

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

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

CHITORGANTE:

Nome: ARDIAS, CARLOS VIEIRA, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: Serviço Social portador(a) do RG 10035153183, órgão expedidor: SSP
e do CPF: 363.553.094-82, residência(a) fixa, por pessoa: Centro Industrial
ao S3 n. bairro: Seminário, município: Santo André.

ORTEGADO:

Nome: Cícera Marcia Vital Leite brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Autônoma, portador(a) do RG Cnh:06188254640, órgão expedidor Detran-ce
e do CPF: 005.116.273-35, residência no(a) Rua Sávioino Cândido
nº 19 bairro: Pedrinhas, município: Jucáro do Norte, / Ce /

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado adma qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e seu credito em conta bancária da minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, pedindo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer essa, dar quitação e praticar, assim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento desse mandato, da ultima **ASÉDIA CALLES VIGA**.

Local e Data: Parque do Pecão 13-06-2016

Asteria ciliaris T. S. Gray

**Assinatura do outorgante
(Reconhecida firma por autoridade)**



Procuração Original, nob. Sustituto: 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.



Rosenberg Pereira de Freitas - CRM: 10670 - CE