



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2014

Carta nº: 4737818

A/C: VITURINA FERNANDES DA COSTA

Sinistro: 2014575140
Vitima: FERNANDA FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 24/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **2014575140 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **FERNANDA FERNANDES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **FAZENDA VARZEA DO CARMO nº 1 - VARZEA DA IPUEIRA - BOA VIAGEM/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data local do exame: **31/07/2014 BOA VIAGEM/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 DE JOELHO DIREITO.

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?

SIM NÃO

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?

SIM NÃO

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

TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

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.

MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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)

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO.

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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(*):

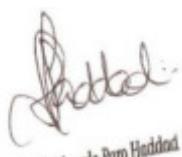
Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - BOA VIAGEM, 31/07/2014

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957


Dr. Flávio Eduardo Puro Haddad
Médico
CRM 52575957

Assinatura do perito Examinador - CRM

Registro de Sinistro



0029
Número de Identificação

br.: _____

Processo: 0000/626496

Código: 626496



Unidade CENTAUR RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA	
BO Nº 428-1269/2014	Data BO 10/06/2014	DELEGACIA DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE			
Placa HWT-4697/CE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo				IML
Nome da Vítima FERNANDA FERNANDES DA SILVA			Tipo Sinistrado 1 - Transportado		Natureza 2 - INVALIDEZ
Sexo Sinistrado FEMININO	Data Nascimento 27/02/2002	Tipo de CPF 1 - Menor			CPF da Vítima 24/02/2014 / 07:00
Cidade VARZEA DA IPUEIRA		UF CE	CEP 63870-000	Telefones	
Email atendimento@salek.com.br					
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico			Valor(INVALIDEZ)

Beneficiários

Nome CEP Endereço Profissão	Tipo Benef.	Vínculo Complemento	Bairro Renda	Dt.Nasc.	Cidade	CPF/CNPJ
						UF
VITURINA FERNANDES DA COSTA 63870-000 FAZENDA DO CARMO 1 TRABALHADOR AGROPEC, FLORESTAL, PESCA E Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 4370 C/P 3511-0	Beneficiário	ASCENDENTE (PAI, MÃE,	10/07/1957		574.921.903-87	
		VARZEA DA IPUEIRA	BOA VIAGEM			CE
		R\$ DE 1,00 A 1.000,00				

Histórico

Data	Usuário	Situação
11/07/2014 15:18:51	MSA ALLANA	Pré-Cadastro não analisado
15/07/2014 10:24:41	MSA MARILIA	Pré-Cadastro analisado e aprovado

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro – Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 626496 e a data de nascimento 27/02/2002 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!

CENTAURO
Vida e Previdência S/A

21 JUL. 2014

CIDADE RIO DE JANEIRO

Código: 626496

Aviso de Sinistro DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclo/Motorizada/Motocicleta/Triciclo		Placa HWT-4697/CE		
Nome da Vítima FERNANDA FERNANDES DA SILVA		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 1 - Transportado	Data Nascimento 27/02/2002	Tipo de CPF 1 - Menor	CPF da Vítima	Data Ocorrência 24/02/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

() Certidão Nº 428-1269/2014 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Name	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
VITURINA FERNANDES DA COSTA	Beneficiário	ASCENDENTE (PAI)	10/07/1957	63670-000	574.921.903-87

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X). Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro – Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 574.921.903-87

Nome da Pessoa Física: VITURINA FERNANDES DA COSTA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

CELESTE
VIA DE PREVIDENCIAS
TA Z 1 JUL. 2014

Comprovante emitido às: 16:25:34 do dia 21/04/2014 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: F4A6.4B35.1972.C88F

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.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

0014*

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, VIRTURINA FERNANDES DA COSTAPORTADOR(A) DO RG Nº 2008086292-0 EXPEDIDO POR SSPDS/CE EM 13/01/2012 ECPF 574921903-87 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTORA
E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FERNANDA FERNANDES DA SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem de forma nenhuma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

OBRIGADA
VIDA E PREVIDÊNCIA

21 JUL. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTÓCOLO P/00117

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 4370 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 3511-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL BOA VIAGEM - CE DATA 24 / 06 / 2014ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) X Virturina Fernandes da Costa

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DISQUE CAIXA - 0800 726 0101
OUVIDORIA - 0800 725 7474

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

02/06/2014 HORA: 10:06:39
DATA EFETIVACAO: 02/06
CONVENIO: 000493228
OPERADOR: cwf

AGENCIA: 4370
CONTA: 013.00003511-0
NOME: VITURINA FERNANDES DA COSTA

VALOR: 5,00

COD.OPERACAO: 740149436

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 428 - 1269 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: 10/06/2014 11:21:24

Data / Hora da Ocorrência : 24/02/2014 07:00:00

Endereço da Ocorrência: **ESTR CARROÇÁVEL DA VARZEA DA IPUEIRA**

ZONA RURAL BOA VIAGEM /CE

Ponto de Referência:

Histórico

Compareceu à esta delegacia a pessoa abaixo qualificada para informar que no dia 24/02/14 por volta das 07h estava dirigindo sua motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, cor PRETA, ano/mod 2008, placa HWT4697, chassi 9C2KU08508R104172 e levando na garupa FERNANDA FERNANDES DA SILVA, nascida dia 27/01/2002, filha de Antônio Reginaldo Alves da Silva e Viturina Fernandes da Costa quando ao passar por uma porção de água perdeu o controle e Fernanda caiu; Que Fernanda foi socorrida para o hospital local foi realizado RX de joelho; Que compareceram como testemunhas do acidente Fernanda Vieira de Sousa e Viturina Fernandes da Costa. Nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : **FRANCISCO CHAGAS FERREIRA LOPES**

Endereço : **R ENEDINA DE CARVALHO**

Bairro : **TIBIQUARI 63870000**

Município/UF : **BOA VIAGEM CE BRASIL** Telefone: 88 88722053

CEN/AURO

VIDME PREVOCADA

21 JUL. 2014

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Lariissa Crispim de Lima*

LARISSA CRISPIM DE LIMA - MAT.: 300059-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *X Francisco Chagas Ferreira Lopes*

UNIDADE RIO DE JANEIRO

PROTÓCOLO 00000000000000000000000000000000

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

Testemunhas:

X Fernanda Vieira de Sousa

X Viturina Fernandes da Costa



CPF/MF
VITURINA FERNANDES DA COSTA
21 JUL. 2014

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, VITURINA FERNANDES DA COSTA, portador da carteira de identidade nº 2008086292-0 SSPDS/CE e inscrito no CPF/MF sob o nº574.921.903-87, residente e domiciliando na FZ- VARZIA DO CARMO -Nº01 -LOCALIDADE VARZIA DA IPUEIRA -ZONA RUALRURAL, Cidade BOA VIAGEM, Estado CEARÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IMWL 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 perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localidade no Município em que resido realiza perícia 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 da 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 Lider 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.

Viturina Fernandes da Costa -

Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

BOA VIAGEM – CE, 10 DE Junho DE 2014.

LOCAL E DATA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ COMARCA DE BOA VIAGEM

CARTÓRIO GERALDINA - 1º OFÍCIO

Praça Monsenhor José Cândido, 144 - CEP 63.870-000 - FONE (0xx88) 427-10.16

JOAQUIM BEZERRA SOBRINHO

Oficial do Registro Civil

JANE CÉLIA ANTERO DE FREITAS

Escrevente Substituta

LUÍS ELIARDO GADELHA DA SILVA

Escrevente

CARTÓRIO
VIDA E PREVIDÊNCIA

21 JUL. 2002

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTÓCOLO P/AMÁ105

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

(GRATUIDADE, LEI N° 9.534/97)

Certifico que às fls 81, do livro A- 35, sob nº de ordem 35.967, foi lavrado o assento de nascimento de FERNANDA FERNANDES DA SILVA, do sexo feminino, nascido(a) no dia vinte e sete (27) de janeiro de dois mil e dois (2.002), em Casa de Saúde Adilia Maria, nesta cidade, às 19:50 horas, filho(a) de ANTONIO REGINALDO ALVÉS DA SILVA e de dona VITURINA FERNANDES DA COSTA. Sendo avós paternos José Marques da Silva Filho e Luzia Alves da Silva e maternos Raimundo Fernandes de Sousa e Creuza Venancio Fernandes. Assento lavrado aos 14 de junho de 2.002, tendo sido declarante Antonio Reginaldo Alves da Silva e Viturina Fernandes da Costa.

O referido é verdade. Dou fé.
Boa Viagem, 14 de junho de 2.002.

Luís Eliardo Gadelha da Silva

REGISTRADOR

LUÍS ELIARDO GADELHA DA SILVA
ESCREVENTE



Selo AA 158805

Valido somente com selo de autenticidade

Nº DO CLIENTE

3562342-0

CUCIPE

Pasta ligada ao número 100 - CEP 58030-000 - Pernambuco
Número que aparece no cartão de identificação
A Tarifa Social de Energia Elétrica é calculada pelo fator 0,428, de 28 de abril de 2002



Confira o seu número de RNF

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rosa Nome: 38 36042 01 061300 - 9 Data de Emissão: 26/03/2014
 End. Postal: VITURINA FERNANDES DA COSTA
 FZ VARZEA DO CARMO 00001
 Medidor: 23518199 Posto: 0000 0000
 Classe: P1 RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência: 0,00
 RG / CPF / CNPJ: 574921903-87 CCF

Nome do Responsável:

DATAS

Mês de Referência

Data da Apresentação

Prazo Lembrete

ITEMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto

Mês

Período

DIED 1,65

Padrão

Apuração Individual

Mensal

Trimestral

Anual

Anual

Mensal

Trimestral



00067

Sistema de documentação

CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que entregamos em mãos para **VITURINA FERNANDES DA COSTA**, a cópia do atendimento da paciente menor **FERNANDA FERNADES DA SILVA** atendida nesta unidade de saúde no dia **24/02/2014**. Realizando RX de **JOELHO** Como segue em anexo.

Boa Viagem/CE, 22 de ABRIL de 2014.

AMANDA VIEIRA DE OLIVEIRA SAMPAIO
nasc. 01/04/1982-00
DIRETORA CSAM
DIRETORA GERAL

ICNU 07.806.680/0001-84
Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100
Centro - CEP: 63870-000
Fone: (88) 3427-1136
Boa Viagem-Ce

Recebimento:

Responsável: Viturina Fernandes da Costa
Documento de Identificação: 20080862920
Data: 08/03/2014



CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

21 JUL. 2004

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTÓCOLO PIANALISE

Esta cópia confere com a
original dos nossos arquivos.
[Signature]
Responsável - CSAM

CEP: 07.806.680/0001-84
Casa de Saúde Adilia Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100
Centro- CEP: 63870-000
Fone: (88) 3427-1136
Boa Viagem- Ce

24.02.02. Vermelha fêmea nascida em 19.02.02. Coroa

de betta 02. Vermelha fêmea nascida em 19.02.02. Coroa

Rua São Vicente de Paula N° 100 – Centro – Boa Viagem – Ceará- CE CEP: 63.870-000
Fone(88) 3427-1136/- FAX-3427-1699

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

RONALDO TEIXEIRA DE SOUZA
CN: 35.962

NÚMERO DO SINISTRO:

CPF:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

24/02/14

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

24/02/14

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

José Carlos Santos Filho

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Lesões ligamentares cruciais anterior, ligações do ligamento colateral medial e lesões meniscais medial - ferimento.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Interventos ortopédicos, muletões ortopédicos, extremitades

CENTRALIZADO

VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

05

Carvalho

21 JUL. 2014

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

SIM NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

UNIDADE RIO DE JANEIRO

PROTÓCOLO PI/AMUSE

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificando o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO ATINGIDO

*Joelhos Dto (lesões ligamentares cruciais anterior, ligamento colateral medial e meniscais medial).
Extremidades / ferimento*

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: _____ A _____
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

*Dr. José Carlos Martins
Médico
CRM/RJ 6076*

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ



DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNTO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

DATA DO ACIDENTE:

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO, RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

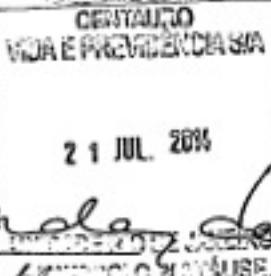
DATA DA ALTA DEFINITIVA:

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBOS

Dr. José Carlos Marinho
Médico
CRM/MEC 6074



ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente,

Fernando Almeida de Souza

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em,

24/02/14

Sofreu as Seguintes Lesões:

lêmes de hymenio
cruzado anterior, leves de
fracturas colares, medo e
lêmes membro medo de pênis

ferimento

Efetuou os seguintes tratamentos: tratamento ortopé-
dico imobilizante, com mola bi-
gas ortopédica + BNP +
ABT e medicos

Informo que os tratamentos foram efetuados durante o período de

24/02/14 à 25/05/14, tendo findado seu tratamento,

recebeu ALTA DEFINITIVA em 25/05/14.

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

anterior
em pênis (), com dor
crônica desmodia, estalo,
falsoamento, farrinha anterior
apelido, claudicação.

Porto Alegre - 25/06/14

Local

Data

Assinatura e Carimbo

DJ CSE Carlos Martins
Medico
CREMEC 6076

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÉRICA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
CARTERA DE IDENTIDADE MUNICIPAL E MERCOSUL

Poder Civil

Nº 2008086292 - 0

DATA DE
EXPED.

0012-

VITURINA FERNANDES DA COSTA

NASCIMENTO

JUVENTINO FERNANDES DE SOUSA

EUZA VENANCIO FERNANDES

NASCIMENTO

BOA VIAGEM - CE

NASCIMENTO

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 5.756 FOLHA: 136

LIVRO: B-23 BOA VIAGEM - CE

DATA DE NASCIMENTO

14/07/1957

RG: ANT: 3186987

P. 103

LEI Nº 7.110 DE 29/06/83

CARTERA DE IDENTIDADE

Viturina Fernandes da Costa

VITURINA FERNANDES DA COSTA

20 JUL. 2001

UNIDADE RIO DO MEIO
FEDERICO KREBS

CIC

MINISTÉRIO DA ECONOMIA,
FAZENDA E PLANEJAMENTO
DEPARTAMENTO DA RECEITA FEDERAL

874-931-803/81

VITURINA FERNANDES DA COSTA

NASCIMENTO
14/07/57

VITURINA FERNANDES DA COSTA

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003

(88) 8874-8777 (88) 9266-8392

(88) 3427-1916

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014575140	Cidade: Boa Viagem	Natureza: Invalidez
Vítima: FERNANDA FERNANDES DA SILVA	Data do acidente: 24/02/2014	Emissor do parecer: Luiz Claudio Correa Canaan
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT	CRM do médico: 480685

PARECER

Data da análise: 25/07/2014

Valorização do IML: 0,00

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO PROVENIENTE DO CEARÁ

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: LUIZ CLÁUDIO CORRÊA CANAAN

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		
	Valor avaliado:	0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014575140	Cidade: Boa Viagem	Natureza: Invalidez
Vítima: FERNANDA FERNANDES DA SILVA	Data do acidente: 24/02/2014	Emissor do parecer: GABRIEL JOÃO LOURENÇA DA SILVA
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 52575957

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 31/07/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: FLAVIO EDUARDO HADDAD

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50