

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03812

CONTA: 000000015670-6

---

Nr. da Autenticação 8A709880F0EF581E

---

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10903107

A/C: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170226545 ASL-0150357/17

**Vitima:** RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

**Data Acidente:** 16/09/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** CELSO GOMES PINHEIRO

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10926051

A/C: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

**Sinistro:** 3170226545 ASL-0150357/17  
**Vítima:** RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO  
**Data Acidente:** 16/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CELSO GOMES PINHEIRO

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.

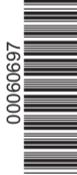
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**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, 18 de Maio de 2017

Carta n°: 10997269

A/C: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

Sinistro: 3170226545 ASL-0150357/17  
Vitima: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO  
Data Acidente: 16/09/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

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: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003812

Conta: 0000015670-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-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, RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO,  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2008516559-4 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 05/06/13 E  
 CPF 366038803-34 /CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO MOTO TAXI  
 E RENDA MENSAL DE R\$ NÃO CONSTA (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Raimundo Pereira da Costa Filho. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou 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](http://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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 811 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15670 -6

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

Itapajé 31 de Março de 2017.

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 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

[Início](#) [TRANSFERÊNCIAS](#) [Transferências](#) [Entre Contas Caixa](#)

## Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

[HORÁRIOS E LIMITES](#)**01 02 CONFIRMAÇÃO****03**

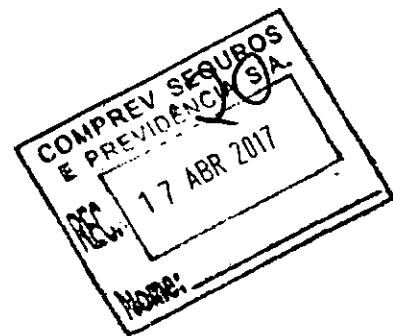
**Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta,  
selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.**

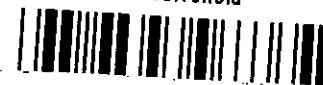
Conta origem: 

Conta destino: 3812 / 013 / 00015670-6

Agência destino: ITAPAJE

Nome destinatário: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

Valor: 



Nº 465-56/2017

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 465 - 56 / 2017

## Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 11/01/2017 14:24:46

Data / Hora da Ocorrência: 16/09/2016 16:40:00

Endereço da Ocorrência: BR 222

Complemento:

Bairro: IRATINGA

Município: ITAPAJÉ/CE

Ponto de Referência: FRENTE O CHICO CHAVES

## Dados da(s) Vítima(s)

Name: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

Nascimento: 13/06/1954 CPF:

RG: 20085165594 Orgão Emissor: SSP UF:

Filiação: MARIA ALBUQUERQUE COSTA

RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA

Endereço: RUA 02 DE OUTUBRO, 120 IRATINGA

Bairro: ZONA RURAL

CEP:

Município: ITAPAJÉ/CE

País: BRASIL

Telefone: (85) 9149-9906

## Histórico

Informa que conduzia a motocicleta HONDA 150 FAN, PLCA 050 8553, COR: PRETA, ANO 2013, RENAVAM 548633134, CHASSI 9C2KC1680DR321425, EM NOME DE RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO, quando foi atravessar para o outro lado da rua que fica depois da BR 222. Vele o carro gol e colidiu no declarante, que não prestou socorro, QUE da colisão trincou o osso da perna direita e descolocou o joelho direito. QUE foi socorrido por popular e levado para o hospital local.

DELEGIACIA DESTINO: DELEGIACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Weverton Araújo da Mata

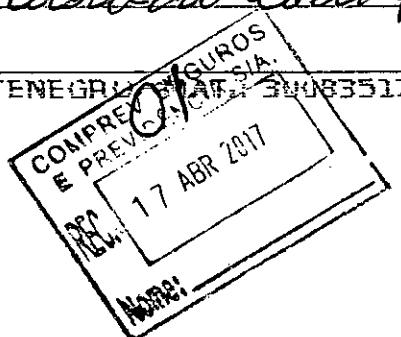
WEVERTON ARAUJO DA MATA - MAT.: 30094417

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Raimundo Pereira da Costa Filho

VISTO DO DELEGADO(A): BRUNO DA ROCHA MONTENEGRO

BRUNO DA ROCHA MONTENEGRO

REC. N.º 30083512





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO, portador da carteira de identidade nº 2008516559-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº 366.038.803-39, residente e domiciliado na RUA: 12 DE OUTUBRO, 120, Cidade ITAPAJÉ, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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.

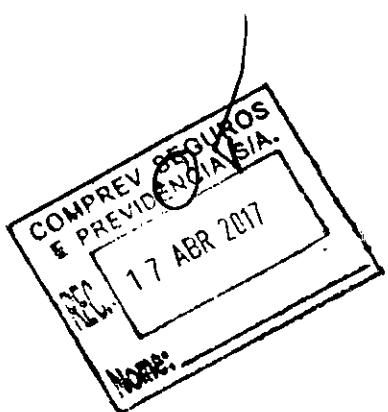
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Raimundo Pereira da Costa filho

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data

Itapajé, 31/03/2017.







07/01

16/9/14

106

## Prorrogação de Ato Haciáratudo

## FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES

NOME DO PACIENTE:

Idade: 50 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 13/6/64 DATA/HORA: 16:40ENDEREÇO: São Miguel BAIRRO: \_\_\_\_\_MUNICÍPIO: Itapajé NATURALIDADE: Itapajé CONTATO: \_\_\_\_\_CNS: \_\_\_\_\_ RG: 200.831.6559-4FILIAÇÃO: Po. Mangueque Costa

ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_ CONTATO: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE DE ENFERMAGEM

## DADOS CLÍNICOS

PESO: \_\_\_\_\_ Kg TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C PRESSÃO ARTERIAL: 120x80 mmHg GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl

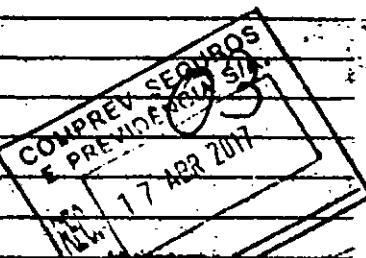
## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Paciente relata ter sofrido acidente automobilístico em que  
desde a noite de ontem de manha tem dor e ferida  
na sola da perna.



Dr. Thiago Mesquita  
Médico  
CRM/CE 16.923

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO,RG nº 2008516559-4, data de expedição 05/06/13, Órgão SSP,

CPF nº 366.038.803-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: 12 DE OUTUBRO,</u>
Número	<u>120</u>
Apto / Complemento	<u>— 1 —</u>
Bairro	<u>DISTRITO: IRATINGA</u>
Cidade	<u>ITAPAJÉ</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62600 000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779   98721-2741.</u>
E-mail	<u>— 2 —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapajé, 31/03/2017.Assinatura do Declarante: Raimundo Pereira da Costa Filho

Esta é a segunda via de  
**DEZ/2016**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**4354332** DV **4**

**VENCIMENTO**  
**10/01/2017**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**75,45**

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 16 034003 01 0165000 Medidor Poste  
Nome FRANCISCA MARIA DA SILVA FEITOSA 0000 C89S  
Endereço Postal

End. da Unidade RU 12 DE OUTUBRO 00120 IRATINGA ITAPAJE 62600000  
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 885.484.903-06 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Inc.  Consumo Faturado

3634	3539	1	95	0	95
------	------	---	----	---	----

**DESCRÍÇÃO DA CONTA** Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO	95	0,71762	68,17
-----------------	----	---------	-------

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ A apresentação	Prev. Próxima Leitura
26/12/2016	23/01/2017

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

D275.40F2.D28E.ÁB97.38AE.9C0C.5A99.EAFD

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) 68,17	Aliquota 27%	Valor do Imposto 18,40
-----------------------------	--------------	------------------------

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	29,35
TRANSMISSÃO	0,73
DISTRIBUIÇÃO	10,22
ENCARGOS SETORIAIS	5,13
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	22,74

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,04

Conjunto ITAPAJE

Mês OUT/ 2016

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

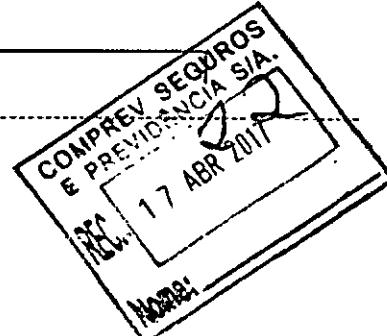
**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **4354332-4** Nº da Nota Fiscal: **459212737** Total a Pagar (R\$): **75,45**  
Data de Emissão: **24/03/2017** Referência: **DEZ/2016** Nº de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**





## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 CELSO PINHEIRO, portador(a) do RG nº 01824076637, expedido por DETRAN/CE , em 23/12/2013, CPF/CNPJ nº 20.905.851/0001-90, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

Raimundo Pereira da Costa Filho

do sinistro de DPVAT da natureza Injúria(s) da vítima

Raimundo Pereira da Costa Filho,

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

Profissão: RECUSO DECLARAR Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Celso Jones Pinheiro

ASSINATURA / PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE - FMS**  
**FICHA DE REFERÊNCIA**

Documentação médica - hospitalar



ao usuário, orientando-o  
para retornar com a 1ª via  
à unidade de origem.

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Nome: Raimundo Pereira da Costa Filho Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo M ( ) F ( ) Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Pct c/ fratura autonobilista e fx de tibia. Paciente

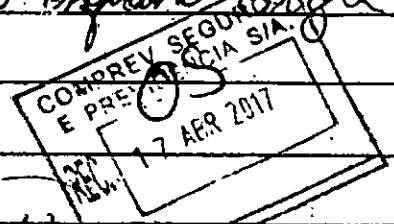
Resultado de Exames: relata que foi atropelado por carro enquanto dirigia

Sua moto (SIC)

Conduita já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Dr. Thiago Mesquita Médico: Dr. Thiago Mesquita CRM: 16.922

Assinatura do Encaminhamento - Nº do Registro: 16/8/16 Função: medico Data: 16/8/16 Hora: 10:10



**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: AMBULATÓRIO  HOSPITALAR  AUXILIAR/DIAGNÓSTICO

Procedimento: Intervenç Profissional: traum obst

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_\_

**RESUMO CLÍNICO - CIRÚRGICO**

Paciente Alvaro Veltor para o diagnóstico de óssea em, e agendada a Vaga da Central de leitos

**RESULTADO DE EXAMES**

DIAGNÓSTICO - Principal: Fratura no lado direito Secundário 1: \_\_\_\_\_ Secundário 2: \_\_\_\_\_ C.I.D: \_\_\_\_\_ C.I.D: \_\_\_\_\_

**PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO**

O problema justificou a referência? Sim ( ) Não ( ) o motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ( ) Não ( )

Assinatura do Consultante - Nº do Registro

Dr. Jesualdo Fernandes  
Tratamento: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

25/10/16  
Data



U7101

16/9/14

102

## FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES

NOME DO PACIENTE: Pedro Ferreira da Costa filhoIDADE: 2 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 13/6/64 DATA/HORA: 16:40ENDERECO: São Miguel BAIRRO: \_\_\_\_\_MUNICÍPIO: Itapajé NATURALIDADE: Itapajé CONTATO: \_\_\_\_\_CNS: \_\_\_\_\_ RG: 200.891.6559-4FILIAÇÃO: D. Margarete Costa

ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_ CONTATO: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE DE ENFERMAGEM

#### DADOS CLÍNICOS

PESO: \_\_\_\_\_ Kg TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C PRESSÃO ARTERIAL: 120x80 mmHg GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



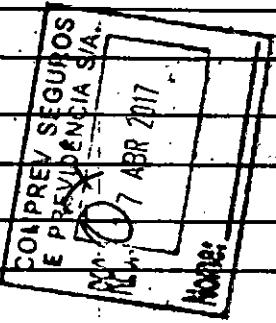
#### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Paciente relata ter sofrido acidente automobilístico enquanto dirigia sua moto, com manutenção fraca e gelado. Ainda sente dor.

Dr. Thiago Mesquita  
Médico  
CREMEC 16.922

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA HORA	PREScrição MÉDICA	ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM
	1. Rx pelos 21º e 22º. 2. Rx dor no lado esquerdo.	
	Dr. Thiago Mesquita Médico CREMEC 16.922	
	3. Valtaren 450 mg dia	
	4. Ulto	
12/08/16	(1) Paciente foi transferido à hospital de enfise	Qs. 20.35 Pocit. Orientado Verbaliza, Voz da enfermeira, p/ aguardar Vaga no geriatria leito, p/ transferência PA 120x80 mmHg
	CRM: 15935	Am 23 m. Cliente consciente e orientado do. Relata dor co. Sé movimento a Pernas D. PA: 120+80, T. 36° am 06 hr. Cliente deixa leito para se mover no leito PA: 730+80, T. 36°
	121.377	Am 77 m. Cliente vai para Fortaleza em Transferência diz que o mesmo está agradavelmente a via ST 4º Piso.
		

DESTINO:

RESIDENCIA  TRANSFERÊNCIA  AMB. RETORNO  RECUSOU  LEITO OBS.  INTERNAMENTO

16420004078



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS  
FICHA DE REFERÊNCIA**

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

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Nome: Raimundo Pereira da Costa Filho Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo M ( ) F ( ) Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Pct c/ fratura autonobiliar e fx de tibia.

Resultado de Exames:

Consulta já Realizada:

Impressão Mescritá: Dr. Higino Diagnóstico: Dr. Higino Médico CREMEPI 16.922  
fx de tibia fechada met 16/8/16 Data Hora  
Assinatura do Encaminhamento - Nº do Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

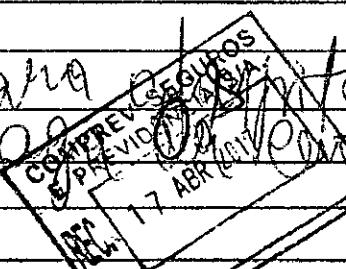
Encaminhamento para atendimento: AMBULATORIAL <input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITALAR <input checked="" type="checkbox"/>	AUXILIO/DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/>
Procedimento: <u>ingver</u>	Profissional: <u>taum</u>	
Unidade de Referência: _____	Data: / /	Hora: _____

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta / /

**RESUMO CLÍNICO - CIRÚRGICO**

Paciente de Vila Velha para nova  
de oxigênio, e agendamento a Vila  
de Vila Velha



**RESULTADO DE EXAMES**

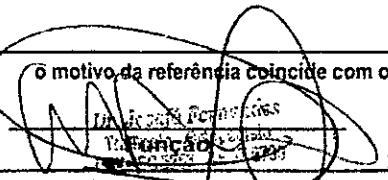
DIAGNÓSTICO - Principal: Fratura no plato tibial C.D. \_\_\_\_\_  
Secundário 1 \_\_\_\_\_ C.I.D. \_\_\_\_\_  
Secundário 2 \_\_\_\_\_ C.I.D. \_\_\_\_\_

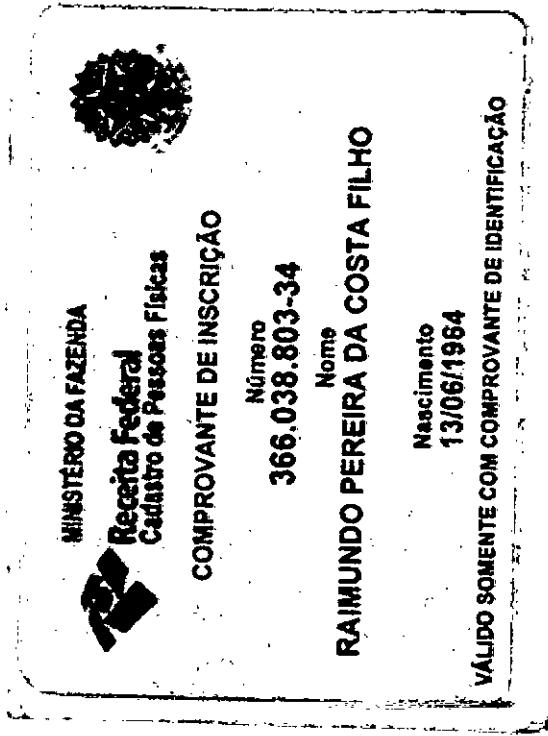
**PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO**

O problema Justificou a referência? Sim ( ) Não ( ) O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ( ) Não ( )

Assinatura do Consultante - Nº do Registro \_\_\_\_\_

25/10/10 iData



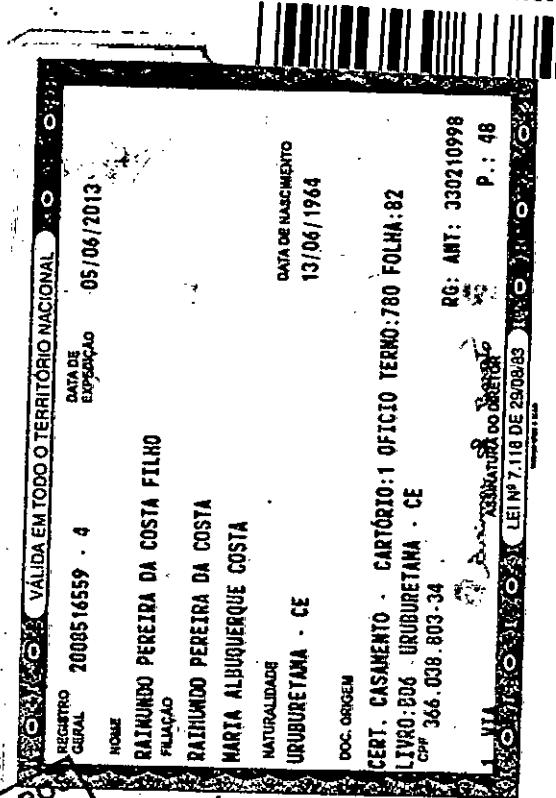
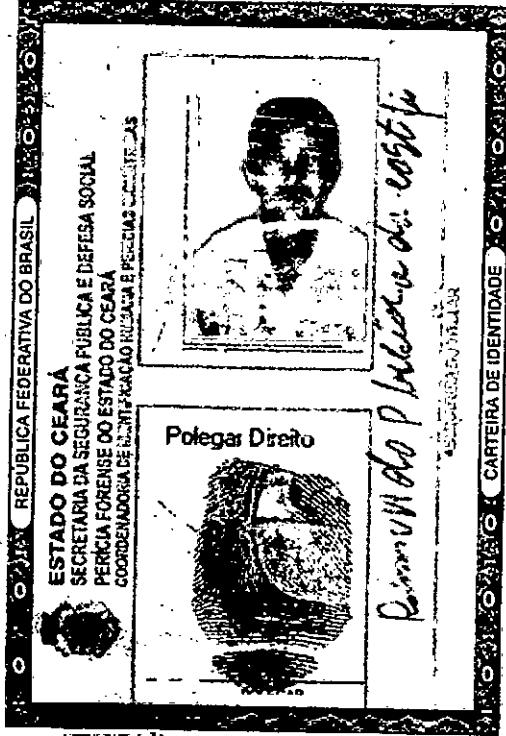
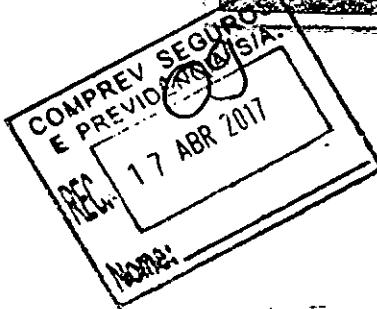


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**  
Número  
**366.038.803-12**  
**RAIMUNDO PEREIRA DA CUNHA**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO  
1.500,134

CÓDIGO DE CONTROLE  
**D021.D399.B1AB.D1FF**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).



**Documentos de identificação**



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

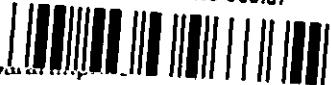
## Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **366.038.803-34**Nome da Pessoa Física: **RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO**Data de Nascimento: **13/06/1964**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**Digito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **13:12:29** do dia **24/03/2017** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **B3C6.A79A.32F8.019C**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

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





## Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>		
NUMERO DE INSCRIÇÃO 20.905.851/0001-90 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 25/08/2014
NOME EMPRESARIAL <b>CELSO GOMES PINHEIRO - ME</b>		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>Não Informada</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)</b>		
LOGRADOURO <b>R PAULO GOMES DA SILVA</b>	NÚMERO <b>228</b>	COMPLEMENTO <b>TERREO;</b>
CEP <b>61.603-070</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>PARQUE SOLEDADE</b>	MUNICÍPIO <b>CAUCAIA</b>
UF <b>CE</b>		
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>26/08/2014</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 26/08/2014 às 11:25:53 (data e hora de Brasília).

[Voltar](#)



# REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

1 / 1

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE		NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato referente a filial)		
NOME DO EMPRESÁRIO (completo sem abreviaturas) <b>CELSO GOMES PINHEIRO</b>				
NACIONALIDADE <b>BRASILEIRA</b>		ESTADO CIVIL <b>CASADO</b>		
SEXO <b>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></b>	REGIME DE BENS (se casado) <b>COMUNHÃO PARCIAL</b>			
FILHO DE (pai) <b>MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO</b>		(mãe) <b>MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO</b>		
NASCIDO EM (data de nascimento) <b>25/12/1976</b>	IDENTIDADE (número) <b>2008010112657</b>	Órgão Emissor <b>SSP</b>	UF <b>CE</b>	CPF (número) <b>791.649.193-15</b>
EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)				
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO rua, av, etc.) <b>RUA TRES</b>				NÚMERO <b>184</b>
COMPLEMENTO <b>LOTEAMENTO SANTO EMILIO</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>CANINDEZINHO</b>		CEP <b>60731496</b>
MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>		UF <b>CE</b>		
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresária, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:				
ATO <b>080 INSCRIÇÃO</b>	EVENTO	Descrição do evento		
EVENTO	Descrição do evento	EVENTO	Descrição do evento	
NOME EMPRESARIAL <b>CELSO GOMES PINHEIRO</b>				
LOGRADOURO (rua, av, etc.) <b>RUA PAULO GOMES DA SILVA</b>				NÚMERO <b>228</b>
COMPLEMENTO <b>TERREO: TERREO:</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>PARQUE SOLEDADE</b>		CEP <b>61603070</b>
MUNICÍPIO <b>CAUCAIA</b>		UF <b>CE</b>	PAÍS <b>BRASIL</b>	CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) <b>denis@contechonline.com.br</b>
VALOR DO CAPITAL - R\$ <b>10.000,00</b>	VALOR DO CAPITAL (por extenso) <b>DEZ MIL REAIS</b>			
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE Fiscal) Atividade principal <b>8219999</b> Atividades secundárias	Descrição do objeto <b>PREPARAÇÃO DE DOCUMENTOS E SERVIÇOS</b>			
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES <b>25/08/2014</b>		NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior	UF USO DA JUNTA COMERCIAL DEPENDENTE DA AUTORIZAÇÃO DO GOVERNO MUNICIPAL <b>1 - SIM</b> <b>2 - NÃO</b>
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assistente/gerente) <b>CELSO GOMES PINHEIRO</b>				
DATA DA ASSINATURA <b>22/08/2014</b>		ASSINATURA DO EMPRESÁRIO <b>X celso gomes pinheiro</b>		
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL				
DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE.	AUTENTICAÇÃO			
<b>OSÉ KLEBER G. NASCIMENTO</b> <b>25/08/14</b>	 JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SECE CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB N°: 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014 CELSO GOMES PINHEIRO HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETARIO-GERAL			
COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA SOCIAL 17 ABR 2017				

## ATO 315

### ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

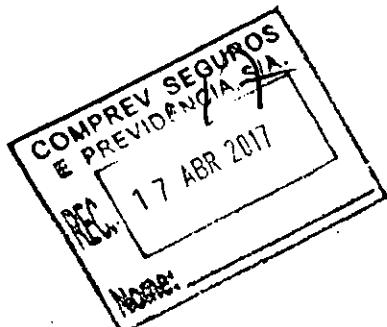
O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO; bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

celso gomes pinheiro

CELSO GOMES PINEHRO

	JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CÉARA -SEDE CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB Nº: 20141102624 Protocolo: 14/110262-4, DE 22/08/2014 Empresa: 23 1 0359240 6 CELSO GOMES PINHEIRO		HAROLDÓ FERNANDES MOREIRA SECRETARIO-GERAL
--	--	--	---



7152332-4

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº edema  
sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

Cooperativa Enel

Outros



## CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

463746906

Rota 20 22000 08 044200 - 7 Data de Emissão 27/01/2017  
 Nome CELSO GOMES PINHEIRO  
 End. Postal RU PAULO GOMES DA SILVA 00226  
 PARQUE SOLEDADE - CAUCAIA - 61603070  
 Medidor 2577879 Posto 0000 0000  
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00  
 RG / CPF / CNPJ 791649193-15 CGF  
 Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2017	27/01/2017	24/02/2017

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto CAUCAIA  
Mês Nov/2016 EU03 6.73

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

Padrão Individual	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trm.	Anual	Mensal	Trm.	Anual
DIC	5,43	18,86	21,73	0,00	0,00	0,00
RIC	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,11			0,00		

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4D9D.222F.FED1.4FB8.F89F.227C.4C9E.32FA

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const. e Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1718	1682	1,00	36	0,00	36	0,50787
27/01/17	30/12/16	28 DIAS	36			18,28

## DESCRÍPCAO

VALOR CONSUMO DO MES	18,28
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-18,28

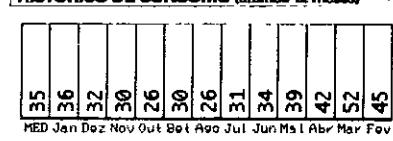
VENCIMENTO (15/04/2017)

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	11,06
Transmissão .....	0,27
Distribuição .....	3,85
Encargos Selariais .....	1,93
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	1,17
<b>TOTAL .....</b>	<b>18,28</b>

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

15,56

0,00

%

100

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO.

ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

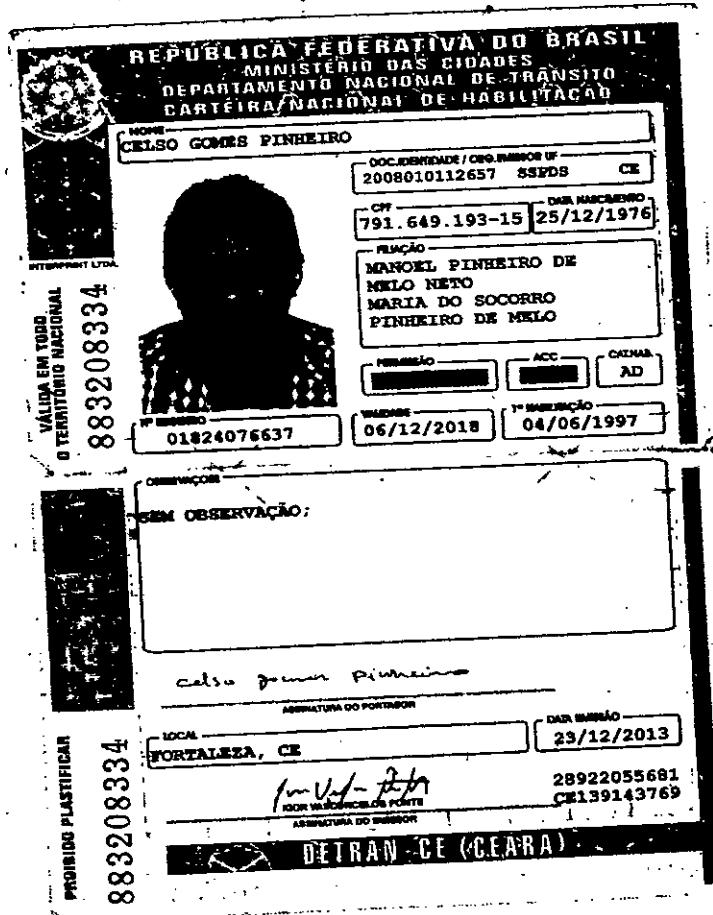
Consta desta fatura R\$ 1,17 referente a PIS e COFINS.  
 Art. 9 Res. 188/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03



Nº do Cliente: 7152332-4  
 Data de Emissão: 27/01/2017  
 Nº da Nota Fiscal: 463746906

Referência: Jan/2017  
 Total a Pagar (R\$): 0,00  
 Nº de Controle: 0007152332 00015 39162 30

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170226545      **Cidade:** Itapajé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA      **Data do acidente:** 16/09/2016      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.  
FILHO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/05/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170226545      **Cidade:** Itapajé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA      **Data do acidente:** 16/09/2016      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do platô tibial direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico, vítima apresenta fratura consolidada viciosamente, acentuada redução da flexão do joelho direito associada a instabilidade ligamentar e derrame articular. Apresenta hipotrofia do quadríceps e panturrilha à direita.

**Resultados terapêuticos:** Vítima submetida a tratamento conservador com gesso por 90 dias. Realizou 20 sessões de fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/05/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Roberto Mendes Rodrigues

**CRM do médico:** 4600

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

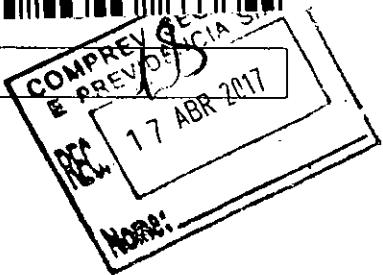
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Raimundo Pereira da Costa Filho  
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO  
 Profissão: MOTO TAXI  
 Identidade: 30008516559-4 CPF: 366.038.803-32  
 Endereço: RUA JZ DE OUTUBRO, 120  
 Bairro: DISTRITO DE ITAPAJÉ  
 Cidade: ITAPAJÉ CEP: 62.606.160

## OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61000-600.

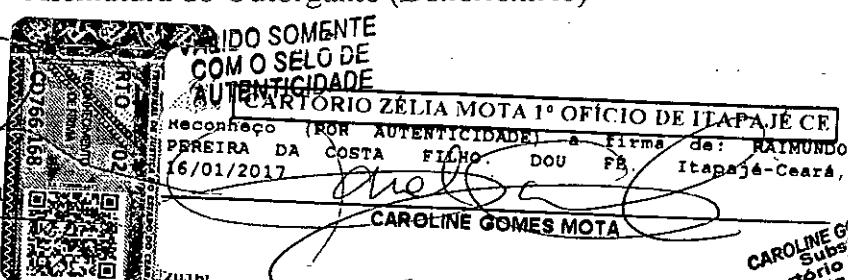
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Raimundo Pereira da Costa Filho.

Local e data:

Itapajé , 16 de janeiro de 2017.

Raimundo Pereira da Costa Filho  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da a

CAROLINE GOMES MOTA  
Substituta Nota  
Cartório Zélia Mota  
1º Ofício - Itapajé-CE

**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): **RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO** Sinistro: **3170226545** Data: **16/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 12 DE OUTUBRO, 120 - DISTRITO IRATINGA - Itapajé - CE - CEP 62600-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **20085165594**

Data local do exame: [ **05/05/2017** ] **Fortaleza** [ **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 do platô tibial direito. Ao exame físico, vítima apresenta fratura consolidada viciosamente, acentuada redução da flexão do joelho direito associada a instabilidade ligamentar e derrame articular. Apresenta hipotrofia do quadríceps e panturrilha à direita.**

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 gesso por 90 dias. Realizou 20 sessões de fisioterapia.**

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 membro inferior direito**

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):

**Membro inferior direito**

% 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

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

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

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

(  ) Total = "100% da IS"

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

  
Assinatura do médico - CRM  
Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Traumato-Ortopedia  
CRM 4600

Roberto Mendes Rodrigues - CRM: 4600 - CE