

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00898-2

CONTA: 000010031030-3

Nr. da Autenticação C60BA0DB57F98A91



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6380957

A/C: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150160550
Vitima: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 27/03/2014
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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2015

Carta nº: 6464140

A/C: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150160550
Vítima: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 27/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 26 de Março de 2015

Carta nº: 6632774

A/C: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150160550
Vítima: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 27/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: **EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA**

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

Banco: **001**

Agência: **000000898-2**

Conta: **000010031030-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150160550 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PADRE ANTONIO C DE SA nº 823 - CENTRO - BOA VIAGEM/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 298302809 - SSP**
Data local do exame: **10/03/2015 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 CLAVICULA DIREITA E LUXAÇÃO DO PUNHO 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?

☒ 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 complicação.

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 SUPERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SEM DEFICIT FUNCIONAL.

IV. Segundo o previsto no inciso II, π 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(*)

☐ Vitima 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)

MEMBRO DIREITO.

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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, 10/03/2015

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM: 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DOCUMENTO 4 *T46*

Eu, Expedito Bandeira de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 29830-280-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 362.564.633-13, residente e domiciliado na Rua Padre Antonio C de Na; N 823, Cidade Boa Viagem, Estado CE, 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

(2) 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.

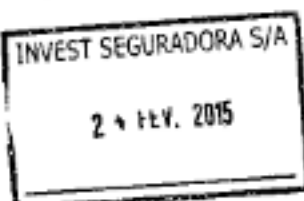
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Expedito B. de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Viagem, CE 15/02/15

Local e data





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

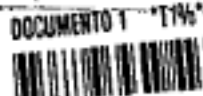
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Expedito Bondeira de OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 29.830.280-9 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 03/11/08 ECPF 362564633-13 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO -/-

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, 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 obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, obrigadas a
informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal. ao pessoal



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 Lotéticas 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.

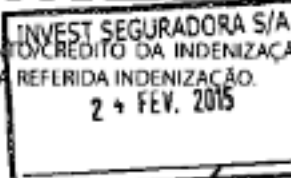
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0898-2 N° da CONTA (com dígito, se existir) 31030-8

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.

Por viaçm. 15 de Fevereiro de 2015

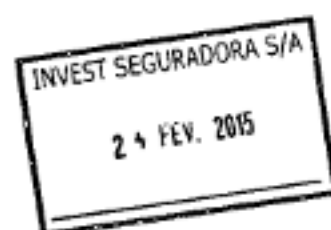
LOCAL E DATA

Expedito B de Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1. 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221304.





Polícia Militar

Governo do Estado do Ceará


DADOS DA INFRAÇÃO E OU OCORRÊNCIA

Nº 489
Tipo de Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO Data: 27/03/2014 Hora 20:30
Local: BOA VIAGEM

DADOS DA 1ª VÍTIMA

Nome: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO: 10/06/1963
Endereço: R PDRE ANTONIO CORREIA DE SA Naturalidade: BOA VIAGEM - CE
Profissão: AUTONOMO Estado Civil: CASADO
Pai: JOÃO BANDEIRA DE OLIVEIRA Mãe: ANTONIA CARNEIRO DE OLIVEIRA
RG: 29.830.280-9 DATA DE EXP: 03/11/2008 CPF: 362.564.633-15

DADOS DA 2ª VÍTIMA

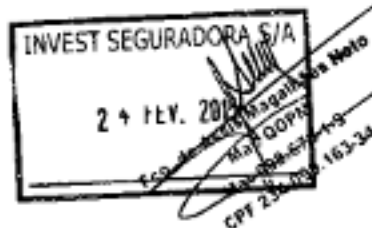
Nome: DOCUMENTO 1 "T14"
DATA DE NASCIMENTO: 
Endereço: Naturalidade:
Profissão: Estado Civil:
Pai: Mãe:
RG: DATA DE EXP: CPF:

NARRAÇÃO DOS FATOS

De acordo com a vítima e segundo testemunhas, o Sr EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA ao sair de sua residência localizada na Rua PDRE ANTONIO CORREIA DE SÁ uma motocicleta de placa não identificada ao tentar ultrapassar um veículo invade a faixa de pedestre, assim causando colisão com a vítima, no local, vizinhos ligam pra polícia militar onde o mesmo foi socorrido para o hospital vindo a sofrer, fratura na clavícula direita com luxação e lesão de ligamento e manguito rotador, contusão no joelho direito e luxação punho esquerdo, foi socorrido para o hospital local sofrendo também escoriações por todo corpo.

MAJ: FCO DE ASSIS MATRICULA: 098.676-1-9 ASSINATURA:

Boa Viagem- CE 29 Março 2014





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Expedito Bandeira de Oliveira

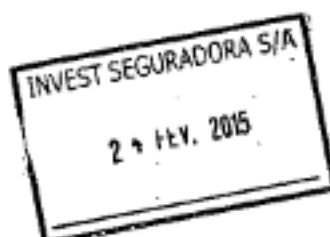
RG nº 2983080-9, data de expedição 03/11/08, Órgão SSP/CE,
CPF nº 362.564.633-15, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
Nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Padre Antonio C de Sa</u>
Número	<u>823</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Poa Viagem</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63870-000</u>
Telefone de Contato	(88) 3427-2126 (88) 9666-1393
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Poa Viagem, CE 15/02/15

Assinatura do Declarante: Expedito B. de Oliveira



Nº 6013501-8

coelce

Rua Paulo Valladares, 120 - CEP 08129-000 - Pinheiros - SP
 CNPJ 07.947.211/0001-29 - CGF 06.103.848-2

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - ATUALIZADA - BOMBA

351884211

Rota 17 36040 02 036800 + 4 Data de Emissão 24/07/2014

Nome MARIA LIVRAMENTO MOURA COSTA

End. Postal RUA PADRE ANTONIO C DE SA 00823
 - BOA VIAGEM - 63870000

Medidor 876924

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 180260998-93

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Data de Apresentação 24/07/2014 25/08/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto 001 VIRGEN
 Mês 06/2014 DÍGITO 5,52

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 29,43 Aliquota 27,00% Valor do Imposto 7,94

Pedidos Indevidos

Mês 06/2014 P

APCA RESERVAÇÃO CONTROLE ESPECIAL

DIC 5,67 11,34 22,55 0,00 0,00 0,00

6242.7892.0849.1103.0099.0353.1899.0358

FIC 3,48 6,99 13,95 0,00 0,00 0,00

DMSC 3,29 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lic. Atual Lic. Anterior Consumo Consumo (MWh) Consumo Incl. Consumo Ex. Tarifa (R\$/MWh) Valor (R\$)

100 102 1,00 50 0,03 50 0,50744 25,43

24/07/14 24/08/14 30 dias 50 25,43

DESCRIÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MÊS 29,43

MULTA MORATORIA REF 04/2014 0,19

JUROS DO MÊS 0,04

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 5,38

11/08/2014

35,04

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 14,22
 Transmissão 0,22
 Distribuição 0,22
 Encargos Setoriais 0,15
 Tributos (TOMOS PIS/COFINS) 0,58
 TOTAL 25,43

HISTÓRICO DE CONSUMO

2014 2013 2012 2011 2010 2009 2008 2007 2006 2005 2004 2003 2002 2001 2000 1999 1998 1997 1996 1995 1994 1993 1992 1991 1990 1989 1988 1987 1986 1985 1984 1983 1982 1981 1980 1979 1978 1977 1976 1975 1974 1973 1972 1971 1970 1969 1968 1967 1966 1965 1964 1963 1962 1961 1960 1959 1958 1957 1956 1955 1954 1953 1952 1951 1950 1949 1948 1947 1946 1945 1944 1943 1942 1941 1940 1939 1938 1937 1936 1935 1934 1933 1932 1931 1930 1929 1928 1927 1926 1925 1924 1923 1922 1921 1920 1919 1918 1917 1916 1915 1914 1913 1912 1911 1910 1909 1908 1907 1906 1905 1904 1903 1902 1901 1900 1899 1898 1897 1896 1895 1894 1893 1892 1891 1890 1889 1888 1887 1886 1885 1884 1883 1882 1881 1880 1879 1878 1877 1876 1875 1874 1873 1872 1871 1870 1869 1868 1867 1866 1865 1864 1863 1862 1861 1860 1859 1858 1857 1856 1855 1854 1853 1852 1851 1850 1849 1848 1847 1846 1845 1844 1843 1842 1841 1840 1839 1838 1837 1836 1835 1834 1833 1832 1831 1830 1829 1828 1827 1826 1825 1824 1823 1822 1821 1820 1819 1818 1817 1816 1815 1814 1813 1812 1811 1810 1809 1808 1807 1806 1805 1804 1803 1802 1801 1800 1799 1798 1797 1796 1795 1794 1793 1792 1791 1790 1789 1788 1787 1786 1785 1784 1783 1782 1781 1780 1779 1778 1777 1776 1775 1774 1773 1772 1771 1770 1769 1768 1767 1766 1765 1764 1763 1762 1761 1760 1759 1758 1757 1756 1755 1754 1753 1752 1751 1750 1749 1748 1747 1746 1745 1744 1743 1742 1741 1740 1739 1738 1737 1736 1735 1734 1733 1732 1731 1730 1729 1728 1727 1726 1725 1724 1723 1722 1721 1720 1719 1718 1717 1716 1715 1714 1713 1712 1711 1710 1709 1708 1707 1706 1705 1704 1703 1702 1701 1700 1699 1698 1697 1696 1695 1694 1693 1692 1691 1690 1689 1688 1687 1686 1685 1684 1683 1682 1681 1680 1679 1678 1677 1676 1675 1674 1673 1672 1671 1670 1669 1668 1667 1666 1665 1664 1663 1662 1661 1660 1659 1658 1657 1656 1655 1654 1653 1652 1651 1650 1649 1648 1647 1646 1645 1644 1643 1642 1641 1640 1639 1638 1637 1636 1635 1634 1633 1632 1631 1630 1629 1628 1627 1626 1625 1624 1623 1622 1621 1620 1619 1618 1617 1616 1615 1614 1613 1612 1611 1610 1609 1608 1607 1606 1605 1604 1603 1602 1601 1600 1599 1598 1597 1596 1595 1594 1593 1592 1591 1590 1589 1588 1587 1586 1585 1584 1583 1582 1581 1580 1579 1578 1577 1576 1575 1574 1573 1572 1571 1570 1569 1568 1567 1566 1565 1564 1563 1562 1561 1560 1559 1558 1557 1556 1555 1554 1553 1552 1551 1550 1549 1548 1547 1546 1545 1544 1543 1542 1541 1540 1539 1538 1537 1536 1535 1534 1533 1532 1531 1530 1529 1528 1527 1526 1525 1524 1523 1522 1521 1520 1519 1518 1517 1516 1515 1514 1513 1512 1511 1510 1509 1508 1507 1506 1505 1504 1503 1502 1501 1500 1499 1498 1497 1496 1495 1494 1493 1492 1491 1490 1489 1488 1487 1486 1485 1484 1483 1482 1481 1480 1479 1478 1477 1476 1475 1474 1473 1472 1471 1470 1469 1468 1467 1466 1465 1464 1463 1462 1461 1460 1459 1458 1457 1456 1455 1454 1453 1452 1451 1450 1449 1448 1447 1446 1445 1444 1443 1442 1441 1440 1439 1438 1437 1436 1435 1434 1433 1432 1431 1430 1429 1428 1427 1426 1425 1424 1423 1422 1421 1420 1419 1418 1417 1416 1415 1414 1413 1412 1411 1410 1409 1408 1407 1406 1405 1404 1403 1402 1401 1400 1399 1398 1397 1396 1395 1394 1393 1392 1391 1390 1389 1388 1387 1386 1385 1384 1383 1382 1381 1380 1379 1378 1377 1376 1375 1374 1373 1372 1371 1370 1369 1368 1367 1366 1365 1364 1363 1362 1361 1360 1359 1358 1357 1356 1355 1354 1353 1352 1351 1350 1349 1348 1347 1346 1345 1344 1343 1342 1341 1340 1339 1338 1337 1336 1335 1334 1333 1332 1331 1330 1329 1328 1327 1326 1325 1324 1323 1322 1321 1320 1319 1318 1317 1316 1315 1314 1313 1312 1311 1310 1309 1308 1307 1306 1305 1304 1303 1302 1301 1300 1299 1298 1297 1296 1295 1294 1293 1292 1291 1290 1289 1288 1287 1286 1285 1284 1283 1282 1281 1280 1279 1278 1277 1276 1275 1274 1273 1272 1271 1270 1269 1268 1267 1266 1265 1264 1263 1262 1261 1260 1259 1258 1257 1256 1255 1254 1253 1252 1251 1250 1249 1248 1247 1246 1245 1244 1243 1242 1241 1240 1239 1238 1237 1236 1235 1234 1233 1232 1231 1230 1229 1228 1227 1226 1225 1224 1223 1222 1221 1220 1219 1218 1217 1216 1215 1214 1213 1212 1211 1210 1209 1208 1207 1206 1205 1204 1203 1202 1201 1200 1199 1198 1197 1196 1195 1194 1193 1192 1191 1190 1189 1188 1187 1186 1185 1184 1183 1182 1181 1180 1179 1178 1177 1176 1175 1174 1173 1172 1171 1170 1169 1168 1167 1166 1165 1164 1163 1162 1161 1160 1159 1158 1157 1156 1155 1154 1153 1152 1151 1150 1149 1148 1147 1146 1145 1144 1143 1142 1141 1140 1139 1138 1137 1136 1135 1134 1133 1132 1131 1130 1129 1128 1127 1126 1125 1124 1123 1122 1121 1120 1119 1118 1117 1116 1115 1114 1113 1112 1111 1110 1109 1108 1107 1106 1105 1104 1103 1102 1101 1100 1099 1098 1097 1096 1095 1094 1093 1092 1091 1090 1089 1088 1087 1086 1085 1084 1083 1082 1081 1080 1079 1078 1077 1076 1075 1074 1073 1072 1071 1070 1069 1068 1067 1066 1065 1064 1063 1062 1061 1060 1059 1058 1057 1056 1055 1054 1053 1052 1051 1050 1049 1048 1047 1046 1045 1044 1043 1042 1041 1040 1039 1038 1037 1036 1035 1034 1033 1032 1031 1030 1029 1028 1027 1026 1025 1024 1023 1022 1021 1020 1019 1018 1017 1016 1015 1014 1013 1012 1011 1010 1009 1008 1007 1006 1005 1004 1003 1002 1001 1000 9999 9998 9997 9996 9995 9994 9993 9992 9991 9990 9989 9988 9987 9986 9985 9984 9983 9982 9981 9980 9979 9978 9977 9976 9975 9974 9973 9972 9971 9970 9969 9968 9967 9966 9965 9964 9963 9962 9961 9960 9959 9958 9957 9956 9955 9954 9953 9952 9951 9950 9949 9948 9947 9946 9945 9944 9943 9942 9941 9940 9939 9938 9937 9936 9935 9934 9933 9932 9931 9930 9929 9928 9927 9926 9925 9924 9923 9922 9921 9920 9919 9918 9917 9916 9915 9914 9913 9912 9911 9910 9909 9908 9907 9906 9905 9904 9903 9902 9901 9900 9899 9898 9897 9896 9895 9894 9893 9892 9891 9890 9889 9888 9887 9886 9885 9884 9883 9882 9881 9880 9879 9878 9877 9876 9875 9874 9873 9872 9871 9870 9869 9868 9867 9866 9865 9864 9863 9862 9861 9860 9859 9858 9857 9856 9855 9854 9853 9852 9851 9850 9849 9848 9847 9846 9845 9844 9843 9842 9841 9840 9839 9838 9837 9836 9835 9834 9833 9832 9831 9830 9829 9828 9827 9826 9825 9824 9823 9822 9821 9820 9819 9818 9817 9816 9815 9814 9813 9812 9811 9810 9809 9808 9807 9806 9805 9804 9803 9802 9801 9800 9799 9798 9797 9796 9795 9794 9793 9792 9791 9790 9789 9788 9787 9786 9785 9784 9783 9782 9781 9780 9779 9778 9777 9776 9775 9774 9773 9772 9771 9770 9769 9768 9767 9766 9765 9764 9763 9762 9761 9760 9759 9758 9757 9756 9755 9754 9753 9752 9751 9750 9749 9748 9747 9746 9745 9744 9743 9742 9741 9740 9739 9738 9737 9736 9735 9734 9733 9732 9731 9730 9729 9728 9727 9726 9725 9724 9723 9722 9721 9720 9719 9718 9717 9716 9715 9714 9713 9712 9711 9710 9709 9708 9707 9706 9705 9704 9703 9702 9701 9700 9699 9698 9697 9696 9695 9694 9693 9692 9691 9690 9689 9688 9687 9686 9685 9684 9683 9682 9681 9680 9679 9678 9677 9676 9675 9674 9673 9672 9671 9670 9669 9668 9667 9666 9665 9664 9663 9662 9661 9660 9659 9658 9657 9656 9655 9654 9653 9652 9651 9650 9649 9648 9647 9646 9645 9644 9643 9642 9641 9640 9639 9638 9637 9636 9635 9634 9633 9632 9631 9630 9629 9628 9627 9626 9625 9624 9623 9622 9621 9620 9619 9618 9617 9616 9615 9614 9613 9612 9611 9610 9609 9608 9607 9606 9605 9604 9603 9602 9601 9600 9599 9598 9597 9596 9595 9594 9593 9592 9591 9590 9589 9588 9587 9586 9585 9584 9583 9582 9581 9580 9579 9578 9577 9576 9575 9574 9573 9572 9571 9570 9569 9568 9567 9566 9565 9564 9563 9562 9561 9560 9559 9558 9557 9556 9555 9554 9553 9552 9551 9550 9549 9548 9547 9546 9545 9544 9543 9542 9541 9540 9539 9538 9537 9536 9535 9534 9533 9532 9531 9530 9529 9528 9527 9526 9525 9524 9523 9522 9521 9520 9519 9518 9517 9516 9515 9514 9513 9512 9511 9510 9509 9508 9507 9506 9505 9504 9503 9502 9501 9500 9499 9498 9497 9496 9495 9494 9493 9492 9491 9490 9489 9488 9487 9486 9485 9484 9483 9482 9481 9480 9479 9478 9477 9476 9475 9474 9473 9472 9471 9470 9469 9468 9467 9466 9465 9464 9463 9462 9461 9460 9459 9458 9457 9456 9455 9454 9453 9452 9451 9450 9449 9448 9447 9446 9445 9444 9443 9442 9441 9440 9439 9438 9437 9436 9435 9434 9433 9432 9431 9430 9429 9428 9427 9426 9425 9424 9423 9422 9421 9420 9419 9418 9417 9416 9415 9414 9413 9412 9411 9410 9409 9408 9407 9406 9405 9404 9403 9402 9401 9400 9399 9398 9397 9396 9395 9394 9393 9392 9391 9390 9389 9388 9387 9386 9385 9384 9383 9382 9381 9380 9379 9378 9377 9376 9375 9374 9373 9372 9371 9370 9369 9368 9367 9366 9365 9364 9363 9362 9361 9360 9359 9358 9357 9356 9355 9354 9353 9352 9351 9350 9349 9348 9347 9346 9345 9344 9343 9342 9341 9340 9339 9338 9337 9336 9335 9334 9333 9332 9331 9330 9329 9328 9327 9326 9325 9324 9323 9322 9321 9320 9319 9318 9317 9316 9315 9314 9313 9312 9311 9310 9309 9308 9307 9306 9305 9304 9303 9302 9301 9300 9299 9298 9297 9296 9295 9294 9293 9292 9291 9290 9289 9288 9287 9286 9285 9284 9283 9282 9281 9280 9279 9278 9277 9276 9275 9274 9273 9272 9271 9270 9269 9268 9267 9266 9265 9264 9263 9262 9261 9260 9259 9258 9257 9256 9255 9254 9253 9252 9251 9250 9249 9248 9247 9246 9245 9244 9243 9242 9241 9240 9239 9238 9237 9236 9235 9234 9233 9232 9231 9230 9229 9228 9227 9226 9225 9224 9223 9222 9221 9220 9219 9218 9217 9216 9215 9214 9213 9212 9211 9210 9209 9208 9207 9206 9205 9204 9203 9202 9201 9200 9199 9198 9197 9196 9195 9194 9193 9192 9191 9190 9189 9188 9187 9186 9185 9184 9183 9182 9181 9180 9179 9178 9177 9176 9175 9174 9173 9172 9171 9170 9169 9168 9167 9166 9165 9164 9163 9162 9161 9160 9159 9158 9157 9156 9155 9154 9153 9152 9151 9150 9149 9148 9147 9146 9145 9144 9143 9142 9141 9140 9139 9138 9137 9136 9135 9134 9133 9132 9131 9130 9129 9128 9127 9126 9125 9124 9123 9122 9121 9120 9119 9118 9117 9116 9115 9114 9113 9112 9111 9110 9109 9108 9107 9106 9105 9104 9103 9102 9101 9100 9099 9098 9097 9096 9095 9094 9093 9092 9091 9090 9089 9088 9087 9086 9085 9084 9083 9082 9081 9080 9079 9078 9077 9076 9075 9074 9073 9072 9071 9070 9069 9068 9067 9066 9065 9064 9063 9062 9061 9060 9059 9058 9057 9056 9055 9054 9053 9052 9051 9050 9049 9048 9047 9046 9045 9044 9043 9042 9041 9040 9039 9038 9037 9036 9035 9034 9033 9032 9031 9030 9029 9028 9027 9026 9025 9024 9023 9022 9021 9020 9019 9018 9017 9016 9015 9014 9013 9012 9011 9010

Dr. José Carlos Martins Filho

Ortopedia - Traumatologia

RELATÓRIO MÉDICO

NOME: Expedito Bandeira de Oliveira

LESÕES: Fratura de clavícula direita
com luxação âmero-glenoide
lesão de ligamento e manuf-
to rotador. Contusão pele
direita. Luxação punho Esq.

TRATAMENTO: Redução com redução
inerte de luxação ombro
Dto. Imobilização e
curetagem.

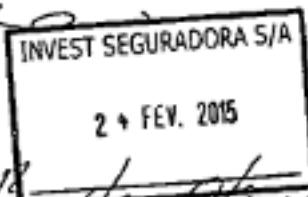
SEQUELAS: Artroalgia e instabilidade
com estab. do e diminuição
da força do M.I. Dto,
com. Subluxação ulna
distal. Abdução do braço D
e bloqueio algro.

BOA VIAGEM - CE 30/09/14

ASSINATURA DO PACIENTE: X Expedito Bandeira de Oliveira

ASSINATURA DO PROFISSIONAL:


Dr. José Carlos Martins
Médico
CREMEC 6076





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro.

Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1138

CNPJ: 07.808.680/0001-84

FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)



DATA DE ATENDIMENTO: 27 / 03 / 14 HORÁRIO: 20:30

NOME: Epedito Bernardino de Oliveira IDADE: 54 SEXO: Masculino

RG: 29.830.280-9 CPF: 36.2564653-15

PAI: José Bernardino de Oliveira MÃE: Antônia Bernardino de Oliveira

NATALIDADE: Boa Viagem PROCEDÊNCIA:

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Autônomo

ENDEREÇO: R. Dr. Antônio Corrêa Sa Nº. 823

BAIRRO: Bairro de Vitorino CIDADE: Boa Viagem UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL: Queda de moto

HDA: com fratura da clavícula

EXAME FÍSICO: com exame com

exame físico realizado

EXAMES SOLICITADOS: feito imobilização

MEDICAMENTOS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

PESO: 70 kg TEMPERATURA: 36,5°C PA: 120/80

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: Epedito B. de Oliveira

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

AMANDA VIEIRA OLIVEIRA SAMPAIO

DIRETORA GERAL

Dr. José Carlos Martins Filho
Traumatologia - Odontologia
CRM/CE: 6076

INVEST SEGURO S/A
UNIMED
FEB 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150160550 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/03/2014 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, CONTUSÃO EM JOELHO DIREITO E LUXAÇÃO DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150160550 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/03/2014 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA E LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO SUPERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SEM DEFICIT FUNCIONAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO
NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

