

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2016

Carta nº: 9847213

A/C: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA

Sinistro: 3160606263 ASL-1094681/16
Vitima: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA
Data Acidente: 01/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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 UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2016

Carta nº: 9865568

A/C: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA

Sinistro: 3160606263 ASL-1094681/16
Vítima: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA
Data Acidente: 01/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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 Outubro de 2016

Carta nº: 9932859

A/C: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA

Sinistro: 3160606263 ASL-1094681/16
Vítima: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA
Data Acidente: 01/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000002773-1

Conta: 000010033394-X

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 superiores 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.dpvatsegurodotransito.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, Luiza Alves de Brito Vieira

PORTADOR(A) DO RG Nº 96028048606

EXPEDIDO POR SSP-CE

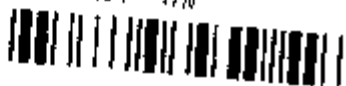
EM 08/08/96 E

CPF 506274573-04 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Operante

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luiza Alves de Brito Vieira, 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 informações acerca da profissão do beneficiário para o pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal,

DOCUMENTO 1 *T140*



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo mencionados 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), 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.

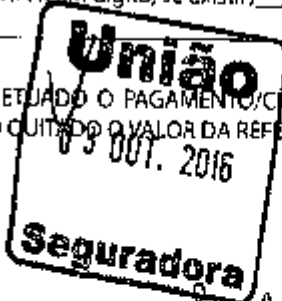
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2773-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 33.394-8

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.



Vicosa - Ce, 25 de Agosto de 2016

LOCAL E DATA

Luiza Alves de Brito Vieira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodatransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

02/09/2015 - BANCO DO BRASIL - 10,58,07
277371241 0157

OUVIDORIA BB 0800 729 5678
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
POUPANCA PARA POUPANCA

CLIENTE: FRANCISCA M B O ROCHA

=====

AGENCIA: 2773-1	CONTA: 24.241-1	VAR: 51
-----------------	-----------------	---------

INFORMACOES DO DEBITO:
TOTAL DEBITADO NA VARIAÇAO: 51

=====

VALOR TOTAL

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZA A B VIEIRA

AGENCIA: 2773-1	CONTA: 33.394-8
-----------------	-----------------

VARIAÇAO DA POUPANCA	51
----------------------	----

NR. DOCUMENTO	222.773.510.033.394
---------------	---------------------

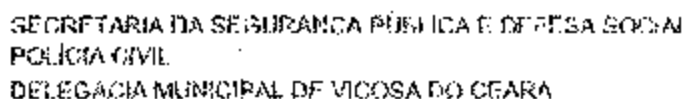
=====

NR. AUTENTICACAO	5.862.47A.710.772.AEC
------------------	-----------------------

Creditos a partir de 24/05/2012 estão
disciplinados pela MP. 587/2012.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





BOLETA DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1363 / 2016

Dados de Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2016 10:28:54**
Data / Hora da Ocorrência: **01/07/2016 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO JUA DOS VIEIRAS**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO MERCADINHO POPULAR**

Dactyloctenium aegyptium L.

Nome: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA
Nascimento: 08/10/1945 CPF: 506.274.573-04
RG: 96029048606 Órgão Emissor: SSP UF: CE
Filiação: MARIA ANA DE BRITO
JOÃO ALVES DA SILVA
Endereço: SÍTIO JUA DOS VIEIRAS
Bairro: JUA DOS VIEIRAS CEP: 62.300-000
Município: VICOSA DO CEARÁ/CE
País: BRASIL Telefone: (85) 99946-9409

Fig. 3.3.1

A VITIMA AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, VINHA DA IGREJA QUANDO AO ATRAVESSAR A RUA, FOI SURPREENDIDA POR UMA MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO, PLACA E CONDUTOR NÃO INFORMADO, QUE COLIDIU CONTRA A VITIMA, FICANDO A MESMA COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO, ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE FOMENTO DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

RAIMUNDO RENAN SARAIVA DE OLIVEIRA NETO

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO OS DELEGADOS :

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



À presente cópia fotostática confere
o original exibido nestas notas públicas

Test 1 da Vender

20 SET

SE. RICARDO LUIS NEVES SOUZA - OAB
Médico - Titular dos Santos - substituído
Marta Jéssica Pinheiro - substituída
Dr. Joana V. de S. Rodrigues - Secretária Auxiliar
GRUPO SOMENTE COM ISSO DE ATENDIMENTO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Luiza Alves de Brito Vieira, portador da carteira de identidade nº 96028048606 e inscrito no CPF/MF sob o nº 506.274.573-04, residente e domiciliado na St. João dos Viçãos, Cidade Vieira do Alentejo, Estado Pernambuco, 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.

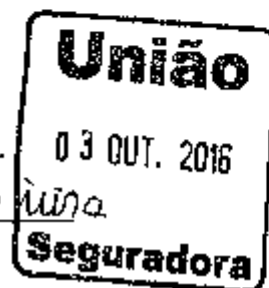
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 "T316"



Luiza Alves de Brito Vieira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Vieira - Pe, 25 de Agosto de 2016.

Local e data



FICHA DE REFERÊNCIA



VICINHO DO CEARÁ
TRADIÇÃO RENOVADA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Luiza Alves de Brito Vieira Prontuário Nº: _____

Sexo: ☐ M ☒ F Data de Nascimento: 08/10/1988 Ocupação: _____

Endereço: Rua dos Vinhos

Bairro: _____ Município: Vicosa do Ceará Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Presença sintoma de estopamento por má oclusão da deformidade do punho com lesão radicular. Consulta realizada com traumatologista

Resultado do(s) Exame(s): _____

DOCUMENTO 2 "T24"



Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fx exposta de punho (P)

Silvana Maria Carneiro Fontenele
Secretária de Saúde
CPF: 293.310.483-00

[Assinatura]
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: 17470

médico
Função

21/07/16
Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: São Camilo Xangô

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

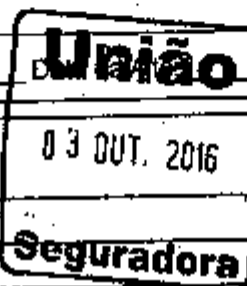
Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____



Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

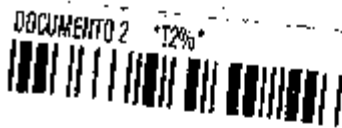
Proposta de Consulta para seguimento: _____

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiza Alves de Brito Vieira

RG nº 96028048606, data de expedição 08/08/1996, Órgão SSP-CE,

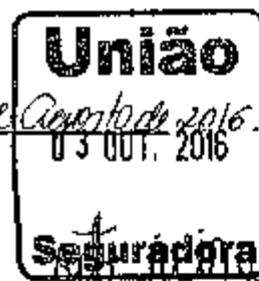
CPF nº 506.274.573-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>St. Quã dos Vieiras</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>zona rural</u>
Cidade	<u>Vieira do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796 / 99927-3954 / 99804-5027</u>
E-mail	<u>apareicaxil@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vieira do Ceará, 25 de Agosto de 2016.

Assinatura do Declarante: x Luiza ALVES de



Nº DO CLIENTE

125587-8

A Tarifa Serial de Energia Elétrica
nº criado pelo ANEEL nº 10.438,
de 29 de abril de 2002.

coelce

Para regular seu atendimento utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.Rua Padre Valdeuino, 750
CEP: 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ nº 04.725.182/01-70 CGF 05-05.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO R - SÉRIE RES - Nº

Nota 21 31143 02 044250 - 4

Data de Emissão 29/06/2016

Nome FRANCISCA MORAIS VIEIRA

End. Postal ST JUA DOS VIEIRA 00000

OESTE - VICOSA CEARA - 62300000

Medidor 5097750

Posto 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 000000007591

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jul/2016
Data de Apresentação 29/06/2016
Previsão Estimada Leitura 29/07/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Versão 1.0 - 15/06/2016
Conj. 150 - 15/06/2016
Mês Jul/2016
PQDI = 9,68 2

IMPOSTOS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
ISEMTOPot. 100 (kW) Aquecimento Individual
Mês Jul/2016 Anual Jul/2016
DIE 10,73 21,46 42,52 1,50 6,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

40.3.5721.0347.FEAC.0324.5864.892E.BFEI

FIC 1,53 15,19 30,39 1,20 0,00 0,33
DMIC 5,73 1,20

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Anual	Let. Anterior	Cópias	Consumo (kWh)	Cota Ind. (R\$)	Cota Res. (R\$)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
37435	37250	1,00	185	5,00	185	0,3498	64,90
29/06/16	31/05/16	25 DGS	185	1,00			64,90

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MÊS

64,90

Multa Moratória Ref 04/2016

0,93

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

6,81

VENCIMENTO 02/08/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

72,64

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Energia	55,50
Perdas	1,00
Distribuição	13,00
Encargos Gerais	0,00
Tributos (ICMS, PIS/COFINS)	0,00
TOTAL	69,50

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Jul/2016	185	64,90
Jun/2016	141	49,32
Mai/2016	136	47,58
Abr/2016	143	50,22
Mar/2016	216	75,15
Fev/2016	141	49,32
Jan/2016	100	34,98
Dez/2015	145	50,83
Nov/2015	88	30,78
Out/2015	115	40,23
Sep/2015	110	38,48

CONSUMO CONSCIENTE - PESSOAS DE CO. (kg/ano)

Compense suas emissões de carbono de acordo com o Guia de Emissões do Carbono.

Emissões kg(CO2)

79,96

Compensação kg(CO2)

0,00

Consciência Ecológica (% CO2)

0

100

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente:

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis o atraso, mesmo detalhando o débito, o não pagamento da dívida ímplica a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia por 15 dias após o término desta, conforme previsto na Lei nº 4.767, de 19/06/64, Art. 1º.

Para mais informações consulte o site ou entre em contato conosco.

DEBITOS ANTERIORES

Data	Valor (R\$)
04/2016	62,32
05/2016	50,32
Total	112,64

União

04/08/2016

Seguradora

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Fábio de Araújo

RG nº 2001099079843 data de expedição 10/07/14, Órgão SSP-CE

CPF nº 006.892.523-90, 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

DOCUMENTO 1 "T196"



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Tr. Lamartine Góes</u>
Número	<u>30</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>São Francisco</u>
Cidade	<u>Vitoria do Lencó</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796 / 99927-3954 / 99809-5027</u>
E-mail	<u>qfaneiro@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Antonio Fábio de Araújo

União

03 OUT. 2016

Seguradora

DADOS DO CLIENTE
Nome: **ANTONIO FABIO DE ARAUJO**
Endereço: **TR LAMARTINE NOGUEIRA 03, SAC FRANCISCO**
Cidade: **VICOSA DO CEARÁ** CEP: **62.300-000**
Cidade: **VICOSA DO CEARÁ**
Classe: **008** Selo: **002** Categoria: **0013** Lote: **1464** Grupo: **0023**

ECONOMIAS
Residência: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Atividade: **000**
INFORMAÇÕES SOBRE IMPLANTAÇÃO
Serviço: **Medição** Tipo de Medição: **214** Unidade: **221** Valor: **?** Valor: **9**

DATA
Lançamento: **21/09/2016** Data de Pagamento: **22/09/2016** Valor Total: **16271878**
Cobrança Antecipada: **22/09/2016** Data de Pagamento: **21/10/2016**
QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA PERIÓDICA 08/2016
Tipo de Abastecimento: **Cloro** **Fluoreto** **Cor** **Condutividade** **Temperatura** **pH**
Resultado: **028** **029** **010** **029** **029** **029**
Resultado: **029** **029** **010** **029** **029** **029**
Resultado: **029** **029** **010** **028** **029** **029**

Constatamos debito de R\$ 38.50. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE PAGAMENTOS
AGUA	19,60	08/2015 8 0
MULTA DE 2%	0,39	07/2015 8 0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,48	07/2015 8 0
		08/2015 11 0
		09/2015 12 0
		10/2015 11 0
		11/2015 12 0
		12/2015 11 0
		01/2016 12 0
		02/2016 11 0
		03/2016 11 0
		04/2016 11 0
		05/2016 11 0
		06/2016 11 0
		07/2016 11 0
		08/2016 11 0
		09/2016 11 0
		10/2016 11 0
		11/2016 11 0
		12/2016 11 0
		01/2017 11 0
		02/2017 11 0
		03/2017 11 0
		04/2017 11 0
		05/2017 11 0
		06/2017 11 0
		07/2017 11 0
		08/2017 11 0
		09/2017 11 0
		10/2017 11 0
		11/2017 11 0
		12/2017 11 0
		01/2018 11 0
		02/2018 11 0
		03/2018 11 0
		04/2018 11 0
		05/2018 11 0
		06/2018 11 0
		07/2018 11 0
		08/2018 11 0
		09/2018 11 0
		10/2018 11 0
		11/2018 11 0
		12/2018 11 0
		01/2019 11 0
		02/2019 11 0
		03/2019 11 0
		04/2019 11 0
		05/2019 11 0
		06/2019 11 0
		07/2019 11 0
		08/2019 11 0
		09/2019 11 0
		10/2019 11 0
		11/2019 11 0
		12/2019 11 0
		01/2020 11 0
		02/2020 11 0
		03/2020 11 0
		04/2020 11 0
		05/2020 11 0
		06/2020 11 0
		07/2020 11 0
		08/2020 11 0
		09/2020 11 0
		10/2020 11 0
		11/2020 11 0
		12/2020 11 0
		01/2021 11 0
		02/2021 11 0
		03/2021 11 0
		04/2021 11 0
		05/2021 11 0
		06/2021 11 0
		07/2021 11 0
		08/2021 11 0
		09/2021 11 0
		10/2021 11 0
		11/2021 11 0
		12/2021 11 0
		01/2022 11 0
		02/2022 11 0
		03/2022 11 0
		04/2022 11 0
		05/2022 11 0
		06/2022 11 0
		07/2022 11 0
		08/2022 11 0
		09/2022 11 0
		10/2022 11 0
		11/2022 11 0
		12/2022 11 0
		01/2023 11 0
		02/2023 11 0
		03/2023 11 0
		04/2023 11 0
		05/2023 11 0
		06/2023 11 0
		07/2023 11 0
		08/2023 11 0
		09/2023 11 0
		10/2023 11 0
		11/2023 11 0
		12/2023 11 0
		01/2024 11 0
		02/2024 11 0
		03/2024 11 0
		04/2024 11 0
		05/2024 11 0
		06/2024 11 0
		07/2024 11 0
		08/2024 11 0
		09/2024 11 0
		10/2024 11 0
		11/2024 11 0
		12/2024 11 0
		01/2025 11 0
		02/2025 11 0
		03/2025 11 0
		04/2025 11 0
		05/2025 11 0
		06/2025 11 0
		07/2025 11 0
		08/2025 11 0
		09/2025 11 0
		10/2025 11 0
		11/2025 11 0
		12/2025 11 0
		01/2026 11 0
		02/2026 11 0
		03/2026 11 0
		04/2026 11 0
		05/2026 11 0
		06/2026 11 0
		07/2026 11 0
		08/2026 11 0
		09/2026 11 0
		10/2026 11 0
		11/2026 11 0
		12/2026 11 0
		01/2027 11 0
		02/2027 11 0
		03/2027 11 0
		04/2027 11 0
		05/2027 11 0
		06/2027 11 0
		07/2027 11 0
		08/2027 11 0
		09/2027 11 0
		10/2027 11 0
		11/2027 11 0
		12/2027 11 0
		01/2028 11 0
		02/2028 11 0
		03/2028 11 0
		04/2028 11 0
		05/2028 11 0
		06/2028 11 0
		07/2028 11 0
		08/2028 11 0
		09/2028 11 0
		10/2028 11 0
		11/2028 11 0
		12/2028 11 0
		01/2029 11 0
		02/2029 11 0
		03/2029 11 0
		04/2029 11 0
		05/2029 11 0
		06/2029 11 0
		07/2029 11 0
		08/2029 11 0
		09/2029 11 0
		10/2029 11 0
		11/2029 11 0
		12/2029 11 0
		01/2030 11 0
		02/2030 11 0
		03/2030 11 0
		04/2030 11 0
		05/2030 11 0
		06/2030 11 0
		07/2030 11 0
		08/2030 11 0
		09/2030 11 0
		10/2030 11 0
		11/2030 11 0
		12/2030 11 0
		01/2031 11 0
		02/2031 11 0
		03/2031 11 0
		04/2031 11 0
		05/2031 11 0
		06/2031 11 0
		07/2031 11 0
		08/2031 11 0
		09/2031 11 0
		10/2031 11 0
		11/2031 11 0
		12/2031 11 0
		01/2032 11 0
		02/2032 11 0
		03/2032 11 0
		04/2032 11 0
		05/2032 11 0
		06/2032 11 0
		07/2032 11 0
		08/2032 11 0
		09/2032 11 0
		10/2032 11 0
		11/2032 11 0
		12/2032 11 0
		01/2033 11 0
		02/2033 11 0
		03/2033 11 0
		04/2033 11 0
		05/2033 11 0
		06/2033 11 0
		07/2033 11 0
		08/2033 11 0
		09/2033 11 0
		10/2033 11 0
		11/2033 11 0
		12/2033 11 0
		01/2034 11 0
		02/2034 11 0
		03/2034 11 0
		04/2034 11 0
		05/2034 11 0
		06/2034 11 0
		07/2034 11 0
		08/2034 11 0
		09/2034 11 0
		10/2034 11 0
		11/2034 11 0
		12/2034 11 0
		01/2035 11 0
		02/2035 11 0
		03/2035 11 0
		04/2035 11 0
		05/2035 11 0
		06/2035 11 0
		07/2035 11 0
		08/2035 11 0
		09/2035 11 0
		10/2035 11 0
		11/2035 11 0
		12/2035 11 0
		01/2036 11 0
		02/2036 11 0
		03/2036 11 0
		04/2036 11 0
		05/2036 11 0
		06/2036 11 0
		07/2036 11 0
		08/2036 11 0
		09/2036 11 0
		10/2036 11 0
		11/2036 11 0
		12/2036 11 0
		01/2037 11 0
		02/2037 11 0
		03/2037 11 0
		04/2037 11 0
		05/2037 11 0
		06/2037 11 0
		07/2037 11 0
		08/2037 11 0
		09/2037 11 0
		10/2037 11 0
		11/2037 11 0
		12/2037 11 0
		01/2038 11 0
		02/2038 11 0
		03/2038 11 0
		04/2038 11 0
		05/2038 11 0
		06/2038 11 0
		07/2038 11 0
		08/2038 11 0
		09/2038 11 0
		10/2038 11 0
		11/2038 11 0
		12/2038 11 0
		01/2039 11 0
		02/2039 11 0
		03/2039 11 0
		04/2039 11 0
		05/2039 11 0
		06/2039 11 0
		07/2039 11 0
		08/2039 11 0
		09/2039 11 0
		10/2039 11 0
		11/2039 11 0
		12/2039 11 0
		01/2040 11 0
		02/2040 11 0
		03/2040 11 0
		04/2040 11 0
		05/2040 11 0
		06/2040 11 0
		07/2040 11 0
		08/2040 11 0
		09/2040 11 0
		10/2040 11 0
		11/2040 11 0
		12/2040 11 0
		01/2041 11 0
		02/2041 11 0
		03/2041 11 0
		04/2041 11 0
		05/2041 11 0
		06/2041 11 0
		07/2041 11 0
		08/2041 11 0
		09/2041 11 0
		10/2041 11 0
		11/2041 11 0
		12/2041 11 0
		01/2042 11 0
		02/2042 11 0
		03/2042 11 0
		04/2042 11 0
		05/2042 11 0
		06/2042 11 0
		07/2042 11 0
		08/2042 11 0
		09/2042 11 0
		10/2042 11 0
		11/2042 11 0
		12/2042 11 0
		01/2043 11 0
		02/2043 11 0
		03/2043 11 0
		04/2043 11 0
		05/2043 11 0
		06/2043 11 0
		07/2043 11 0
		08/2043 11 0
		09/2043 11 0
		10/2043 11 0
		11/2043 11 0
		12/2043 11 0
		01/2044 11 0
		02/2044 11 0
		03/2044 11 0
		04/2044 11 0
		05/2044 11 0
		06/2044 11 0
		07/2044 11 0
		08/2044 11 0
		09/2044 11 0
		10/2044 11 0
		11/2044 11 0
		12/2044 11 0
		01/2045 11 0
		02/2045 11 0
		03/2045 11 0
		04/2045 11 0
		05/2045 11 0
		06/2045 11 0
		07/2045 11 0
		08/2045 11 0
		09

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Fábio de Araújo, portador(a) do

RG nº 2001099079843, expedido por SSP-CE, em

10 / 07 / 14, CPF/CNPJ nº 006.892.523-90,

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

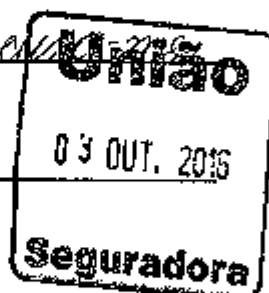
Alves de Brito Vieira do sinistro de DPVAT da natureza invalides

da vítima Luiza Alves de Brito Vieira, e conforme

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

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ Realizado

Documentos comprobatórios: Realizado-me



Antônio Fábio de Araújo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

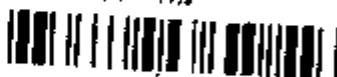
Unidade de Origem: HMMEC Município: _____
 Distrito Sanitário: _____

Nome: Luiza Alves de Brito Vieira Prontuário Nº: _____
 Sexo: ☐ M ☒ F Data de Nascimento: 08/10/45 Ocupação: _____
 Endereço: Joaquim dos Santos
 Bairro: _____ Município: Vitoria do Ceará Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Possível vítima de atropelamento por moto, apresentando deformidade no punho com lesão e edema. Suspeita de fratura da terceira metacarpiana.

Resultado do(s) Exame(s):

DOCUMENTO 4 "T495"



Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Fx exposta de punho (D)

2016
 Silvana Maria Carneiro Fontenale
 Secretária de Saúde
 CPF: 293.310.463-00

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: São Camilo Hospital

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

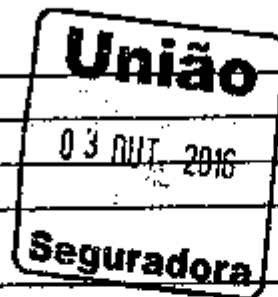
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):



Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento:

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Emitido em: 13/07/2016 8:49:42

Por: SIMONE MARIA DE OLIVEIRA

Nr. BE.....: 12599

Data: 13-07-2016 Hora: 08:49

Incluído/Atualizado por: SIMONE

Paciente.....: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA

CARTÃO SUS.....: 706400602358280

Sexo.....: FEMININO

Mãe.....: MARIA ANA DE BRITO

Estado Civil: CASADO

Naturalidade: PIAACURUCA

RG.....: 96028048606

Endereço.....: Distrito JUA DOS VIEIRAS

Bairro.....: ZONA RURAL

RESPONSÁVEL.....: 11

Data de Nascimento: 08-10-1945

Pai.....: JOAO ALVES DA SILVA

Cor.....: 1

Nacionalidade.....: BRASILEIRO

CPF.....: 50627457354

Número.....: 1

Cidade.....: VICOSA DO CEARÁ (CE)

DOCUMENTO.....: 1

Prontuário: 8593

Idade.....: 70a 09m 05d

Ocupação.....: 1

PONE.....: 2

SUSPréncipal /-...

ali:

CEP.....: 62300000

CPF.....: 1

Unid. Interna: EMERGENCIA HMMVC

Médico.....: 1

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Especialidade:

PA: 130 x 70 mmHg

PULSO: ()

TEMP: ()

PESO: ()

ESTATURA: ()

EXAMES COMPLEMENTARES: ()

RAIOX ()

SANGUE ()

URINA ()

TC ()

() LIQUOR ()

EG ()

ULTRASONOGRAFIA ()

SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS: ()

SIM () NÃO

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

União

03 OUT. 2016

no dia 01/07/16

Seguradora

23 JUL 2016

VALDO ROQUE LIMA FILHO
CAYANNE MARIA DE VILAGUA NOGUEIRA - SUPERVISOR
SOCORRO TATIANE VILAGUA NOGUEIRA - T.P.R. SUSST
ANTONIO CARLOS LAMARCA DE OLIVEIRA - ESCRIVÃO
JOÃO PEDRO NOGUEIRA - ESCR. AUTORIZADO
VIGILANTE COM SEÇÃO DE ATENDIMENTO

Paciente relata que sofreu intercorrência
e evoluiu com dor em HTE.

AP: MVV S/RP

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO:

Polipatia

PRESCRIÇÃO:

Volaren 75mg c.m.

HORARIO DE MEDICAÇÃO:

União
Técnicas de Enfermagem
COREN: 325732

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA () A PRÓPRIO () EVASÃO () OMISSÃO () ENCERRADO AO AMBULATÓRIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

OBITO: () ATE 48HS () APÓS 48HS () FAMÍLIA () IML () ANATOMIA PATOLÓGICA

Dra. Karen dos A. Soares

Médica

CREMEC: 16890

Luiza Alves de Brito Vieira
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MANUA - CE
Guia de atendimento - AMBULATORIO

Carteira Nacional de Vacinação
 Técnico em Radiologia
 CRP - 000000
 Sociedade Beneficente de São Paulo
 Associação de Assistência à Criança Deficiente

DADOS DO PACIENTE

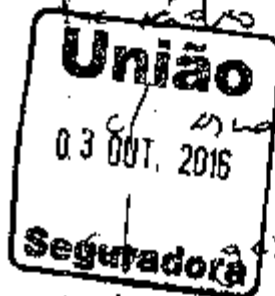
Promotor	Atendimento	Nome do Paciente	
158925	0005	LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA	
Documentos		CPF: 506.274.573-04	
Identidade: 98028048606		CPF: 506.274.573-04	
Data de Nascimento		Local	
08/10/1945		VICOSA DO CEARA/CE	
Pai		Mãe	
JOAO ALVES DA SILVA		MARIA ANA DE BRUITO	
Endereço		Bairro	
SITIO JUA DOS VIEIRAS, SN		Z. RURAL	
Profissão		CEP	
APOSENTADA		62300-000	
Empresa		Município	
CPF: 50627457304		VICOSA DO CEARA	
Cônjuge		UF	
FRANCISCO MORAIS VIEIRA		CE	
Responsável		CPF do Responsável	
ROSANA DE BRITO VIEIRA		018.417.803-75	
Endereço		Município	
SITIO JUA DOS VIEIRAS, SN		VICOSA DO CEAR	
UF		CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
08/07/2016	07:08	SUS		
Profissional de Atendimento			CRM/RJ	Tipo Atendimento
DANILLO CONSERVA ARRUDA			18409/SP	RETORNO
Indicador de Atendimento			Funcionário	
			LARISSA MORAIS DE AGUIAR	
Observação				
Sala				
Data/Hora Liberação				
Tipo de Saída				
() Alta () Internação () Óbito				
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	Temperatura (°C)	P (bpm)	R (rpm)
PA (mmHg)				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Condição)

*frat. 1/8 oliv
 Punhos E*

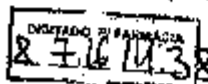


Dr. Danilo Conserva Arruda
 ORTOPEDIA E TRAUMA
 CRM/CE 15409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 18409

*atendimento crepom 100-01
 u. gerado 150-03*

maria las al pto
 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: ROSANA DE BRITO IE IF

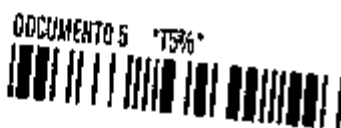


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Luiza Alves de Brito Vieira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 96028048606 DATA DE EXPEDICÃO 8/8/1996

NOME LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA

PAI JOÃO ALVES DA SILVA E MARIA ANA DE BRITO

NATURALIDADE PIRACURUCA-PI DATA DE NASCIMENTO 8/10/1945

CERT. CASAM. 103 L B1 F
VICOSA DO CEARÁ-CE

IDENT. ANT. 1148

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 2008

União

03-OUT-2016

Seguradora

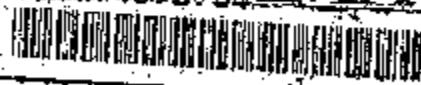

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

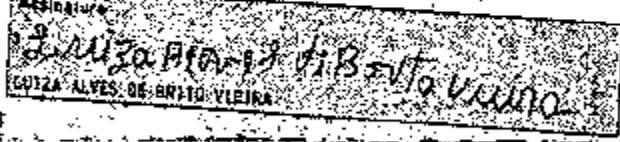
Nome
LUÍZA ALVES DE BRITO VIEIRA

Nº de inscrição
506274573-04

Data do Nascimento
09/10/45



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
 PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a expedição por terceiros, salvo
 nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

LUÍZA ALVES DE BRITO VIEIRA

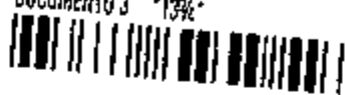
S
E
R
V
I
D

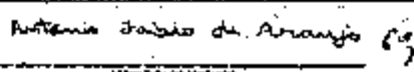
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/11/99

União
 03 OUT. 2016
Seguradora

DOCUMENTO 3 "T34"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA SAÚDE	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITACAO	
ANTONIO FABIO DE ARAUJO	
	IDENTIFICACAO / QRG-UNICO
	2001099079843 657 CS
	CM
	006.692.523-90 10/08/1984
FAMCAO	
LUIS GONZAGA DE ARAUJO	
LUCILENE MARIA DA SILVA ARAUJO	
NOME	
REC	
CR/PA	
S	
Nº PASSO	
35822483108	
VALIDADE	
28/01/2018	
VALIDACAO	
28/06/2013	
EXERCE ATIV REMUNERADA:	
	
LOCAL	
TIANGUA, CE	
DATA EMISSAO	
10/07/2014	
1mVd-3/A	
50069724558	
CE142556343	
ASSINATURA DO DETENTOR	
	

União
03 OUT. 2016
Seguradora

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160606263

Cidade: Viçosa do Ceará

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA

Data do acidente: 01/07/2016

Seguradora: COMPREV SEGURADORA
S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR E DIFICULDADES PARA A MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. APRESENTA IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA E DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA PARA TRATAMENTO DE FRATURA COMPLEXA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO, EVOLUINDO COM DIFICULDADES PARA A EXECUÇÃO DOS MOVIMENTOS DESTA ARTICULAÇÃO E COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO DOS DEDOS DA MÃO, MESMO APÓS O TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Wellington Menezes

CRM do médico: 10432

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160606263 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA **Data do acidente:** 01/07/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 75

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160606263

Cidade: Viçosa do Ceará

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA

Data do acidente: 01/07/2016

Seguradora: COMPREV SEGURADORA
S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR E DIFICULDADES PARA A MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. APRESENTA IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA E DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA PARA TRATAMENTO DE FRATURA COMPLEXA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO, EVOLUINDO COM DIFICULDADES PARA A EXECUÇÃO DOS MOVIMENTOS DESTA ARTICULAÇÃO E COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO DOS DEDOS DA MÃO, MESMO APÓS O TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Wellington Menezes

CRM do médico: 10432

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

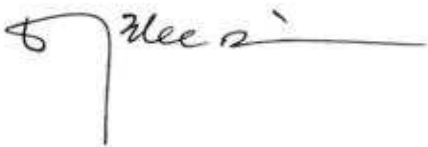
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: Luzia Alves de Brito Vieira
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
 Profissão: Aposentada
 Identidade: 96028048606 CPF: 306.274.573-04
 Endereço: Sítio Frei dos Vieira Bairro: zona rural
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

PROCURADOR:

Nome: Antônio Fábio de Araújo
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
 Profissão: Autônomo
 Identidade: 2001099079843 CPF: 006.892.523-90
 Endereço: Tr. Lamarizine Nogueira Bairro: São Francisco
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

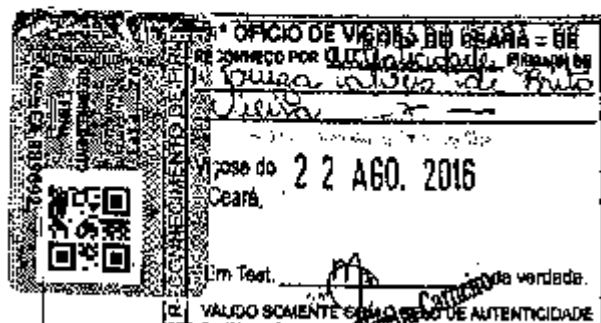
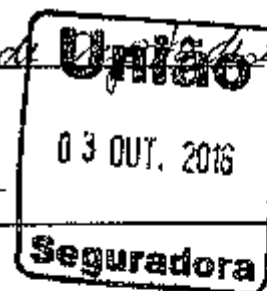
Luzia Alves de Brito Vieira

Vicosa do Ceará, 22 de Outubro de 2016.
 Local e data



Luzia Alves de Brito Vieira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
 (reconhecer firma por autenticidade)



Maria Mary de Carvalho
 Escrevente

**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): **LUIZA ALVES DE BRITO VIEIRA** Sinistro: **3160606263** Data: **01/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **ST JUÁ DOS VIEIRAS, sn - RURAL - Viçosa do Ceará - CE - CEP 62300-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **96028048606**

Data local do exame: [**17/10/2016**] **Guaraciaba do Norte** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO PUNHO ESQUERDO. VÍTIMA REFERE DOR E DIFICULDADES PARA A MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. APRESENTA IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA E DA FLEXO-EXTENSÃO 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? [**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 IMOBILIZAÇÃO GESSADA PARA TRATAMENTO DE FRATURA COMPLEXA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO, EVOLUINDO COM DIFICULDADES PARA A EXECUÇÃO DOS MOVIMENTOS DESTA ARTICULAÇÃO E COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO DOS DEDOS DA MÃO, MESMO APÓS O TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Membro superior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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


Jose Wellington Menezes - CRM: 10432 - CE