27 27 12

Relatório de Auditoria
Invalidez
Sinistro: 2007/102434 - 1

Flávia B.

CNIS
CADASTRO NACIONAL
Informações e Serviços

Seg.: 6238/01 - VERA CRUZ SEGURADORA S.A./DELPHOS

Data: 19/06/2007

Data Acidente: 14/12/2004
Vítima: JOAO ILDO DE ALCANTARA
Cidade: TARRAFAS-CE
Seguradora: VERA CRUZ SEGURADORA S.A./DELPHOS - 6238/01
Ocorrência: INVALIDEZ PARCIAL - 2
Cidade: TARRAFAS-CE
Requerente/Beneficiário: JOAO ILDO DE ALCANTARA
Qualificação:
Procurador: N/C
Procuração:
Cidade: -
Médico Assistente: MACARIO JOSE DE B. BEZERRA
Médico Avaliador: JORGE LUIZ COELHO LEITE
Analista: GISELE GOMES RODRIGUES

Perícia em Consultório

RECEBIDO
03 JUL 2007
DELPHOS

CRM: 2206
CRM: 5931/CE

Resultado da Auditoria

1 - Avaliação Médica

APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

2 - Conclusão da Auditoria

INVALIDEZ REDUZIDA.

Membros	Pleiteado(%)	Avaliado(%)
- ANQUILOSE DO OMBRO ESQUERDO	(100,00 de 025,00)	(080,00 de 025,00)
- ANQUILOSE DO OMBRO DIREITO	(100,00 de 025,00)	(020,00 de 025,00)

TOTAL PLEITEADO: 50,00% - R$ 6.750,00
TOTAL AVALIADO : 25,00% - R$ 3.375,00

DT. PERÍCIA: 14/06/2007

Observação

DRA. DORES MARIA B. C. MENDES
RESP. TÉCNICA

Sinistro nº : **2007/102434 (Nº Processo: 100/097916/2007/001)**
Natureza : **2-Invalidez parcial**
Nome da Vítima : **JOAO ILDO DE ALCANTARA**
Categoria : **9-Motocicleta**

Relação de Documentos	Sim	Não	Deficiente
Boletim de Ocorrência	X	-	-
Certidão de Óbito	-	-	-
Laudo de Necropsia/IML	-	-	-
Certidão de Nascimento	-	-	-
Certidão de Casamento	-	-	-
Autorização de Pgto/Crédito de Indenização	X	-	-
RG da Vítima	X	-	-
CPF da Vítima	X	-	-
RG do Beneficiário	-	-	-
CPF do Beneficiário	-	-	-
Comprovante de Residência do Beneficiário	X	-	-
Declaração de Herdeiros/Concubinato/Alvará Judicial	-	-	-
DUT	-	-	-
Procuração	-	-	-
Documentos do Procurador	-	-	-
Comprovante de Residência do Procurador	-	-	-

Obs.:

( ) Liberado para Pagamento ( ) Devolvido/Faltando Documentos

Analista/Revisor : **FLAVIA BRAGA** Data : **04/06/2007**

Obs.: Esta Planilha não deve ser retirada do processo.

4/6/2007

```
*==========================================================================*
* Megadata Computacoes            D.P.V.A.T.            08/05/2007  10:09:11 *
*    Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre      *
* DPV015T                                                   1017 / DPV016P *
*==========================================================================*
                  *****  CONSULTA POR NUMERO DO SINISTRO  *****

 NUMERO SINISTRO - 2007 / 102434 / 01     DEPENDENCIA  635

 SEGURADORA      - 6238 - MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

 NOME SINISTRADO - JOAO ILDO DE ALCANTARA

 DT. NASCIMENTO  - 23 / 05 / 1960   DT. RATEIO - 00 / 00 / 0000

 DT. SINISTRO    - 14 / 12 / 2004   DT.ATUALIZ.- 08 / 05 / 2007

 NATUREZA        - 2                SUB-JUDICE -

 REGULACAO       - 0

 NOME RECEBEDOR  -

*==========================================================================*
  ENTER = CONTINUAR              PF03 = FIM              PF07 = VOLTA MENU
```

2007102434

PRADO CHAVES

9 839804 504091

Exibição da Carta Selecionada

Numero da Carta.....: DVC/DPV/058179/2007
Modelo da Carta.....: SOL_01
Analista Responsavel..: MRR

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2007.

Ilmo(a). Sr(a).
JOAO ILDO DE ALCANTARA
SEGURO D.P.V.A.T.

Acusamos o recebimento do(s) documento(s) relativo(s) ao(s) sinistro(s), alvo de nossa maior atenção. Entretanto, verificamos que para darmos continuidade à regulação do(s) mesmo(s), faz-se necessário a apresentação do(s) documento(s) abaixo indicado(s), o(s) qual(is) não fora(m) encaminhado(s) junto ao seu requerimento.

- Declaração de AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO - CREDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT, CONFORME CIRCULAR DPVAT/SIN 015/2002 DE 04/03/02, totalmente preenchida (dados do beneficiário: nome, identidade, CPF, banco, agência e conta corrente) indicando uma das 03 (três) formas de pagamento, uma vez que NÃO FOI ENVIADA.

É obrigatório preenchimento do campo CPF e assinatura do favorecido/beneficiário.
A Declaração poderá ser firmada pelo procurador, mediante apresentação de procuração, específica para o preenchimento do Formulário.

OBS.: Na autorização de pagamento, não poderá ser informado os dados de conta:
- BENEFÍCIOS, CONJUNTAS e de PROCURADOR.

Este documento não poderá em hipótese alguma conter:
- DADOS INCORRETOS, RASURAS ou EMENDAS.

O Formulário de autorização com dado(s) incorreto(s) não é aceito pelo Convênio DPVAT-FENASEG.

(Modelo disponível no site de nossa reguladora: www.delphos.com.br ou em quaisquer sucursais desta).

Para que possamos agilizar a regulação do(s) sinistro(s), o(s) documento(s) solicitado(s) deve(m) ser capeado(s) por essa correspondência.

N.Sinistro	N.Pasta	Nome da Vitima
2007102434	2007102434	JOAO ILDO DE ALCANTARA

Cordialmente

Analista de Seguros

VOLTAR

Atendimento Telefônico DPVAT:
De segunda à sexta-feira: das 8h às 20h
Telefone: (21) 4009-1709

Consulta via Internet: www.dpvat.com.br

MAPFRE SEGUROS

RIO DE JANEIRO, 30 de Maio de 2007.

DVC/DPV/070498/2007

À
FEDERAÇÃO NAC.DAS EMP.DE SEGUROS PRIVADOS E DE CAPITALIZAÇÃO (FENASEG)
RUA SENADOR DANTAS, N° 74 / 9° ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO RJ
CEP: 20031201

A/C.: ANGELA MARIA DO AMPARO

30/05

SEGURO D.P.V.A.T.

REMESSA DE SINISTRO DE INVALIDEZ.

Prezado(s) Senhor(es),

Encaminhamos a V.Sas, o(s) processo(s) abaixo para apreciação e parecer final quanto a regulação, conforme determinação da Circular DPVAT/SIN 020/2003 de 12/03/2003.

N:Sinistro	N:Pasta	Nome da Vítima
2007102434	2007102434	JOAO ILDO DE ALCANTARA

Cordialmente

EDUARDO FREIRE DE OLIVEIRA
(Analista de Seguros)

Analista: EFO - Tipo de Envio: CORREIO

FEN_02

0704982007

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº SINISTRO: _____

EU, JOAO ILDO DE ALCANTARA, PORTADOR(A)

DO RG. Nº 2001097-076111, EXPEDIDO POR SSP-CE EM (DATA) 06/07/2001

CPF 2 4 6 6 4 7 1 5 3 1 5, CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NA QUALIDADE DE FAVORECIDO/ BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VITIMA JOAO ILDO DE ALCANTARA AUTORIZO A SEGURADORA VERA CRUZ SEGURADORA S/A A EFETUAR O RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO: 001 AGÊNCIA: _____ - C/C: _____

2. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº. _____ AGÊNCIA: _____ - C/P: _____

3. ■ PAGAMENTO CONTRA RECIBO (ORDEM DE PAGAMENTO) EM QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL.

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RECEBIDO
18 MAI 2007
DELPHOS

TARRAFAS 14 DE MAIO DE 2007
(LOCAL /DATA)

João Ildo de Alcantara
ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº SINISTRO: _____

EU, JOAO ILDO DE ALCANTARA, PORTADOR(A)

DO RG Nº 2001097076111, EXPEDIDO POR SSP-CE EM (DATA) 06/07/2001,

CPF 2 4 6 6 4 7 1 6 3 1 5 /CNPJ _____

NA QUALIDADE DE FAVORECIDO/ BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VITIMA JOAO ILDO DE ALCANTARA AUTORIZO A SEGURADORA VERA CRUZ SEGURADORA S/A A EFETUAR O RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO: 001 AGÊNCIA: _____ - C/C: _____

2. ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE OUTRO BANCO (DOC)

No. _____ AGÊNCIA: _____ - C/C: _____

3. ☒ PAGAMENTO CONTRA RECIBO (ORDEM DE PAGAMENTO) EM QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL.

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

TARRAFAS 10 DE ABRIL DE 2007
(LOCAL /DATA)

João Ildo de Alcantara
ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)

Atendimento Telefônico DPVAT:
De segunda à sexta-feira: das 8h às 20h
Telefone: (21) 4009-1709

MAPFRE
SEGUROS

Consulta via Internet: www.dpvat.com.br

RIO DE JANEIRO, 08 de Maio de 2007.

DVC/DPV/058179/2007

À
JOAO ILDO DE ALCANTARA
SITIO BOA VISTA / SN - RURAL
TARRAFAS CE
CEP: 63145000

SEGURO D.P.V.A.T.

Acusamos o recebimento do(s) documento(s) relativo(s) ao(s) sinistro(s), alvo de nossa maior atenção. Entretanto, verificamos que para darmos continuidade à regulação do(s) mesmo(s), faz-se necessário a apresentação do(s) documento(s) abaixo indicado(s), o(s) qual(is) não fora(m) encaminhado(s) junto ao seu requerimento.

- Declaração de AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO - CREDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT, CONFORME CIRCULAR DPVAT/SIN 015/2002 DE 04/03/02, totalmente preenchida (dados do beneficiário: nome, identidade, CPF, banco, agência e conta corrente) indicando uma das 03 (três) formas de pagamento, uma vez que NÃO FOI ENVIADA.

É obrigatório preenchimento do campo CPF e assinatura do favorecido/beneficiário.
A Declaração poderá ser firmada pelo procurador, mediante apresentação de procuração, especifica para o preenchimento do Formulário.

OBS.: Na autorização de pagamento, não poderá ser informado os dados de conta:
- BENEFÍCIOS, CONJUNTAS e de PROCURADOR.

Este documento não poderá em hipótese alguma conter:
- DADOS INCORRETOS, RASURAS ou EMENDAS.

O Fermulário de autorização com dado(s) incorreto(s) não é aceito pelo Convênio DPVAT-FENASEG.

(Modelo disponível no site de nossa reguladora: www.delphos.com.br ou em quaisquer sucursais desta).

Para que possamos agilizar a regulação do(s) sinistro(s), o(s) documento(s) solicitado(s) deve(m) ser capeado(s) por essa correspondência.

N:Sinistro	N:Pasta	Nome da Vítima
2007102434	2007102434	JOAO ILDO DE ALCANTARA

Analista: MRR - Tipo de Envio: CORREIO

SOL_01

0581792007

Aviso de Registro de Recebimento de Processo

102434

Nº do Aviso:	**191732007**
Data do Aviso:	25/04/2007
Nome da Vítima:	JOAO ILDO DE ALCANTARA
A Vítima Possui CPF ?	SIM
Nº do CPF:	246.647.153-15
Data de Nascimento:	23/05/1960
Natureza do Sinistro:	INVALIDEZ
Data do Sinistro:	14/12/2004
Seguradora:	6238 - MAPFRE SEGUROS
Telefone Para Contato:	
E-Mail Para Contato:	;
Empresa Conveniada:	;

191732007
(25/04/2007 - MD/101 - MARCELO.SARAIVA)

IMPRIMIR **FECHAR**

Para: DELPHOS S/A
Assunto: Referencia de Sinistro DPVAT-
Vitima-JOSE ILDO DE ALCANTARA

NATUREZA DO SINISTRO-INVALIDEZ

CONTATO-88/92713730-EVERARDO-88/99252109

Prezados Senhores.
Para comunicação e liquidação do sinistro em epigrafe, estou remetendo conforme descrição abaixo:

- ✓ Remessa de sinistro DPVAT;
- ✓ Autorização de pagamento de identificação de sinistro DPVAT;
- ✓ Certidão de ocorrência policial (B.O);
- ✓ Copia cpf e identidade da vitima.
- ✓ Comprovante de residência em nome da vitima.
- ✓ Relatório médico
- ✓ Guia de exame corpo delito.

Atenciosamente

RECEBIDO
24 ABR 2007
DELPHOS

Aviso de Sinistro

CADASTRAMENTO DO AVISO DE SINISTRO - DPVAT

1. Informações do Sinistro:

Data do Sinistro: 14/12/2004 Tipo de Vítima: MOTORISTA

Tipo de Veículo: AUTOMOVEL (INCLUSIVE KOMBI e TOWNER), CAMINHAO ou MOTO

Natureza do Sinistro: INVALIDEZ No. Boletim de Ocorrência: 062/2007

Identificação da Delegacia: 20ª DP UF da Delegacia: CE

2. Informações Pessoais da Vítima:

Nome da Vítima: JOAO ILDO DE ALCANTARA Data de Nascimento 29/05/1

Possui CPF ? SIM No. CPF: 24664715315 Estado Civil: CASADO(A)

Tipo do Documento de Identidade: Informação Não Obrigatória

C.E.P.: 63145000 End.: SITIO BOA VISTA No.: SN Compl.:

Bairro: RURAL Cidade: TARRAFAS UF: CE

3. Informações Pessoais do Requerente:

Requerente do Sinistro: BENEFICIÁRIO - PESSOA FÍSICA

Nome do Requerente: Possui CPF ? SIM CPF:

Tipo do Documento de Identidade: Informação Não Obrigatória

C.E.P.: End.: No.: Compl.:

Bairro: Cidade: UF: CE

Telefone = DDD: 88 Número: 92718780 FAX = DDD: Número:

Receber Informações Via E-Mail: SIM E-Mail: FALAR COM EVERARDO

4. Informações Pessoais do(s) Beneficiário(s): Quantidade de Beneficiários:

ATENÇÃO: As informações Referentes ao Endereço, Não São de Preenchimento Obrigatório.

***** Beneficiário 1 *****

Beneficiário do Sinistro: PESSOA FISICA

O Beneficiário é Alfabetizado ? : SIM

Possui CPF ? SIM CPF:

Nome do Beneficiário: 88/92713730

Tipo do Documento de Identidade: Informação Não Obrigatória

C.E.P.: End.: No.: Compl.:

Bairro: Cidade: UF: CE

Telefone = DDD: 88 Número: 92713730 E-Mail: FALAR COM EVERARDO

Recebimento: ORDEM DE PAGAMENTO PARA QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL

5. Informações Complementares:

Seguradora Responsável: VERA CRUZ SEGURADORA S.A.

Local Para a Entrega dos Documentos: DELPHOS SERVIÇOS TECNICOS S/A

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DO CRATO
UNIDADE POLICIAL DE TARRAFAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 062 / 2007

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: " ACIDÊNTE DE MOTO "
DATA: 01 / 04 /2007
HORA DA COMUNICAÇÃO: 17 : 00 Hs.
CIDADE: TARRAFAS - ESTADO: CEARÁ
PONTO DE REFERÊNCIA: "SÍTIO PATOS/PROX; AO BAR DO CÍCERO"
DATA DA OCORRÊNCIA: 14 / 12 /2004

DADOS DO QUEIXOSO

NOME: JOÃO ILDO DE ALCÂNTARA
NATURALIDADE: TARRAFAS - CEARÁ
DATA DO NASCIMENTO: 23 / 05 / 1960
ESTADO CIVIL: CASADO - PROF. AGRICULTOR
PAI: EZEQUIEL ALCÂNTARA DE ARAÚJO
MÃE: MARIA BATISTA DE JESUS
RESIDÊNCIA: SÍTIO BOA VISTA - ZONA RURAL- Nº XXXXX
TELEFONE: 88-3540-1059
RG.Nº: 2001097076111 - EST. CE
CPF.Nº: 246647153-15

HISTÓRICO

Afirma o queixoso que; no dia 14 de Dezembro do ano de 2004, quando fazia um trajeto com sua moto, da cidade de Tarrafas-Ce, para o Sítio Serrote, nas proximidades do Bar do Sr. Cícero Sinfrônio, numa curva, na CE-375, o seu veículo moto derrapou, e descontrolando na pista, bateu no meio fio, vindo o queixoso cair ao solo, nêste exato momento, foi socorrido por populares que ali trafegam, sendo o mesmo levado para o Hospital local, e em seguida, trânsferido para o Hospital de fraturas de Juazeiro do Norte-Ce. (CONT. AO VERSO)

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

TESTEMUNHAS

(01) ANTÔNIO ROBERTO DA CUNHA RG. 2511659193-SSP-CE
(02) FRANCISCO CHAGAS DE OLIVEIRA RG. 2001097074356-SSP-CE
(03) MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA RG. 3262863/98-SSP-CE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: José Cícero E. Silva - Cb. ...
Mat. nº 091.37...
ESCRIVÃO AD-HOC

-DADOS DA MOTO-

MOTO-HONDA/CG 125 TITAN KS, ANO 2002/2003, DE COR VERDE, PLACA-HWO-3132-CE, COM O CHASSI Nº 9C22C30103R102525,TENDO COMO PROPRIETÁRIO O SR. JOSÉ FERREIRA DE OLIVEIRA, RESIDENTE À RUA-CONEGO AGUSTINHO S/N CENTRO-RUSSAS-CE.

O quixoso não havendo mais à tratar, deu por encerrado à presente quixa, que ora vai assinado.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2001097076111 DATA DE EXPEDIÇÃO 6/7/2001

NOME JOAO ILDO DE ALCANTARA

FILIAÇÃO EZEQUIEL ALCANTARA DE ARAUJO E MARIA BATISTA DE JESUS

NATURALIDADE TARRAFAS-CE

DATA DE NASCIMENTO 23/5/1960

DOC ORIGEM CERT.CASAM. 335 L B 14 F 159 TARRAFAS/CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS. PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE RECEPTOR

001/1458-6

10/09/84

BANCO DO BRASIL

33.040/1331

APROVADO PELA INSTRUÇÃO NORMATIVA DESRF 136/80

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF

NOME DO CONTRIBUINTE

João Ildo de Alcantara

VÁLIDO ATÉ 180 DIAS A CONTAR DA DATA DO CARIMBO DO AGENTE RECEPTOR

DATA DE NASCIMENTO

23/05/60.

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE

DECLARAÇAO DE RESIDENCIA DPVAT

EU, JOAO ILDO DE ALCANTARA Abaixo Assinado, portador do RG Nº 2001097076111 SSP -CE E do CPF-Nº 246 - 647 - 163 - 15 ,Venho por meio desta declarar que VIVO E RESIDO.

Na(o) SITIO BOA VISTA Nº SN
Bairro RURAL Cep- 63145.000 na Cidade de TARRAFAS
Estado do CEARA

Declaro sobre as penas da Lei nº-7.115, de 29/08/1983, que os dados acima são verdadeiros.

E por ser verdade assino a presente declaração.

Crato-ce 10 ,de ABRIL de 2007

João Ildo de Alcantara
Assinatura do Responsável

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SEC.DA SEG.PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ
CMDO DE POL. DO INTERIOR
2º B.P.M. - 5ª CIA
DESTACAMENTO PM TARRAFAS

DELEGACIA DE POLICIA — U.P.I. — TARRAFAS — CE.

C E R T I D Ã O

JOSÉ CÍCERO FERREIRA DA SILVA - CB.PM. Nº 9.934 MATRICULA Nº 091.375-13 PMC, no uso de suas atribuições legais, ETC...

Certifico para os devidos fins e provas, que não existe nesta Cidade de Tarrafas/Estado do Ceará, instalações proprias do INSTITUTO MÉDICO LEGAL - I.M.L., razão pela qual, todos os exames de sanidade e lesão corporal e laudos cadavéricos, são realizados por médicos nomeados e compromissados, perante à Autoridade Policial.

Cartório da Unidade Policial de Tarrafas/Estado do Ceará, aos 23 / FEVEREIRO / 2007 . ///////

ESCRIVÃO AD-HOC: _____

José Cícero F. Silva - CB. PM.
Mat. nº 091.375-1-3
ESCRIVÃO AD-HOC

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE.

CD 940409 AUTENTICAÇÃO 03

CARTÓRIO MARIA JULIA

Certifico ser autêntica a presente Fotocópia
Dou fé. Crato CE, 01 / 03 / 07

FRANCISCA SILVA
Titular - CPF 015.017.273-87
MARIA RODRIGUES DA SILVA
Substituta - CPF 714.095.563-87

Certifico Ser Autêntica a Presente Fotocópia
Dou fé. Crato/CE 14/04/07
Francisca Silva Titular CPF 015.317.273-87
Maria Rodrigues da Silva Substituta CPF 714.035.563-8
Francimary Silva de Figueredo Souto ESC COMP CPF 485.731.753-20
Cartório Maria Julia 4º Ofício

03 AUTENTICAÇÃO 920906

SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DO CRATO
UNIDADE POLICIAL DE TARRAFAS

AUTO DE EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)

Aos Quatro (04) dias do mês de Abril do ano de dois mil e (2.007), nesta cidade de Tarrafas-CE, onde presente se achava o Sr. Francisco Marcone Inácio da Silva – 1º Sgt PM, Encarregado da Unidade Policial, comigo o Escrivão "AD-HOC" de seu cargo ao final assinado e os Peritos, Drs. MACARIO JOSE DE BRITO BEZERRA e os quais, a Autoridade deferiu o compromisso legal, nos termos do artigo 159 § 1º e 2º do C.P.B., de bem e fielmente desempenharem a missão para a qual foram nomeados, os quais, aceitaram o encargo. Em seguida, encarregou-os de procederem o exame de corpo de delito **LESÃO CORPORAL** na pessoa de: JOAO ILDO DE ALCANTARA

. Devendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrarem, descobrirem e observarem, respondendo depois aos seguintes quesitos: PRIMEIRO - Se há ofensa a integridade corporal ou à saúde do paciente; SEGUNDO - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; TERCEIRO - Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel; QUARTO - Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; QUINTO - Se resultou perigo de vida; SEXTO - Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função; SÉTIMO - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente.

Em consequência, passaram os peritos a fazer o exame ordenado e as investigações que julgarem necessárias, findos os quais declaram. Ao exame constatamos: Ferimento contuso de pavilhão da orelha esquerda, sem deformidade do conduto auditivo.

RESPOSTAS AOS QUESITOS: 1º- Sim; 2º- Instrumento; 3º- Não; 4º- Sim; 5º- Não; 6º- Não; 7º- Sim. E nada mais a lavrar, encerrou-se o presente auto, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelos legistas signatários.

Francisco Marcone Inácio da Silva
1º SGT. PM. - MAT. nº 034723-1-0
Encarregado da Unidade Policial

AUTORIDADE POLICIAL: _____

1º PERITO: _____ Macário José de B. Bezerra CRM 2.2.8 CPF 040.743.193-49

2º PERITO: _____

ESCRIVÃO "AD-HOC": _____ José Cicero Ferreira da Silva

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS CEARÁ

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.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Secretaria de Saúde

Distrito Sanitário 20ª Regional Município Tianguá

Nome: João Ilso de Alcantara Prontuário Nº

Sexo. M [X] F [ ] Data de Nascimento: 23.05.60 Ocupação Agricultor

Endereço Sítio Boa Vista Bairro: Rural Tel.:

Motivo do Encaminhamento: Falta de condições Técnicas

Resultado de Exames: Fratura de Cotovelo

Conduta Já Realizada

Impressão Diagnóstica

Antônio Alves de Oliveira
RG: 8586217-5
Secretário Municipal de Saúde

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro | Função | Data 14,12,04 | Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial [ ] Hospitalar [X] Auxílio Diagnóstico [ ]

Procedimento Ind Cirurgico Profissional

Unidade de Referência: Hosp. de Fraturas do Ceará Data 14,12,04 Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: Hosp. Fraturas Data 14,12,04 Hora

Município Juazeiro do Norte Prontuário nº Alta / /

Resumo Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal CID:

Secundário 1 CID:

Secundário 2 CID:

Proposta da Conduta para Segmento

Problema justificou a referência? SIM [X] NÃO [ ] O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM [ ] NÃO [ ]

Assinatura do Consultante - Nº do Registro | Função | Data / /

(*) UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA

GRÁFICA MOBRE 88 3511.4749

RELATORIO MEDICO

RELATORIO DO MEDICO ASSISTENTE ASSINADO, E CARIMBADO, ESPECIFICANDO O TIPO DE TRATAMENTO ADOTADO PARA CADA LESAO

PACIENTE : JOÃO ILDO DE ALCANTARA

VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, LESOES COM AS QUAIS A VITIMA DEU ENTRADA

Paciente Vítima Acidente Trânsito
Sobrinha Fraturas no nível 2
cervical esquerdo, com luxação +
deformidade fracura coluna
Braço esq.

Dr. José Pinheiro de Melo
CRM 47[illegible] - [illegible] 855.943-72

TRATAMENTO ADOTADO PARA CADA LESAO

Tratamento Clínico com
Fisioterapia

Dr. José Pinheiro de Melo
CRM 4723 - CPF 156.855.943-72

Dr. José Pinheiro de Melo
CRM 4723 - CPF 156.855.943-72

DATA 05/03/07

ASSINATURA E CARIMBO