



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8742734

A/C: FRANCISCO RODRIGUES MOURA

Sinistro: 3160140142
Vitima: FRANCISCO RODRIGUES MOURA
Data Acidente: 25/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2016

Carta nº: 8964835

A/C: FRANCISCO RODRIGUES MOURA

Sinistro: 3160140142 ASL-0101878/16
Vitima: FRANCISCO RODRIGUES MOURA
Data Acidente: 25/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo nôo conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2016

Carta nº: 9192193

A/C: FRANCISCO RODRIGUES MOURA

Sinistro: 3160140142 ASL-0101878/16
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES MOURA
Data Acidente: 25/12/2015
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.

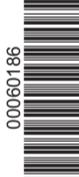
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2016

Carta n°: 9306592

A/C: FRANCISCO RODRIGUES MOURA

Sinistro: 3160140142 ASL-0101878/16
Vitima: FRANCISCO RODRIGUES MOURA
Data Acidente: 25/12/2015
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: FRANCISCO RODRIGUES MOURA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002183

Conta: 000004978-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.350,00 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

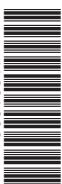
| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = | R\$ | 1.350,00 |
|---|-----|----------|

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160140142 - 1

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO RODRIGUES MOURA

Endereço do(a) Examinado(a): R OSCAR FRANCA nº 2994 - GJA LISBOA - FORTALEZA/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 93002146363 - SSP

Data local do exame: 24/06/2016 FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRACOS DE FRATURA INTERESSANDO OSSOS NASAL E MAXILAR DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

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

TRATAMENTO CONSERVADOR, COM ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

DIFICULDADE NA MASTIGACAO.

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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

FACE

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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

Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 24/06/2016

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52.25889-0

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

0014-

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco Rodrigues MouraPDRITADOR(A) DO RG Nº 93002146363 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 03/06/2013CPF 768984773-20 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Rodrigues Moura. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA 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 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 2183 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4978-6

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Rodrigo Ventura de FreitasAnalista DPVAT

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

LOCAL E DATA

Fortaleza - CE 04-02-2016

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

INVESTPREV

22 MAR 2016

ENTRADA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 0800-0221204.

CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474

046-514040034-7

15/FEV/2016

HORA DF: 11:33:24

LOT: 05.07450-4 TERM: 019008
LOCALIDADE: FORTALEZA
G. VINCULADA: 1563 CONTROLE: 272596392

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2183 001 00004978-6

FRANCISCO RODRIGUES MOURA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

046-514040034-7

VIA DO CLIENTE

CAIXA Loterias

CAIXA Loteria

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474

046-514040034-7

15/FEV/2016

HORA DF: 11:33:24

LOT: 05.07450-4 TERM: 019008
LOCALIDADE: FORTALEZA
G. VINCULADA: 1563 CONTROLE: 272596392

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2183 001 00004978-6

FRANCISCO RODRIGUES MOURA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

046-514040034-7

VIA DO CLIENTE

ENTRADA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

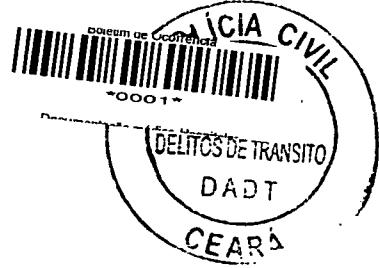
INVESTPREV

22 MAR 2016

ENTRADA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 904 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **28/01/2016 17:21:47**

Data / Hora da Ocorrência : **25/12/2015 05:00:00**

Endereço da Ocorrência: **R PATO BRANCO**

GRANJA LISBOA FORTALEZA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO RODRIGUES MOURA**

Nascimento : **10/06/1962**

RG: Órgão Emissor: **UF: - CPF:**

Filiação: **JOAO AMARO MOURA**

MARIA RODRIGUES SOUSA

Endereço: **R OSCAR FRANCA 2994**

GRANJA LISBOA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **34977742**

Histórico

QUE, COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, ERA GARUPEIRO DA MOTO: YAMAHA/FACTOR, COR PRETA, ANO FAB.2011, ANO MOD.2012, PLACA OIG-1553, LICENCIADA EM NOME DE PATRICIA DA SILVA MOURA, ERA PILOTADA POR ROBSON DA SILVA MOURA, QUE A MOTO DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO EM VIRTUDE DE UM ARREIA QUE HAVIA NA RUA PATO BRANCO, QUE DA DERRAPAGEM A VITIMA CAIU NO SOLO, FICANDO LESIONADA, SENDO SOCORRIDA PARA O IJF-CENTRO POR MEIOS PROPRIOS. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

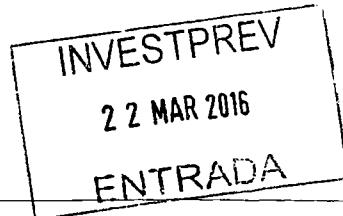
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO *x Francisco Rodrigues Moura*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5





Documento de identificação

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Rodrigues meira, portador da carteira de identidade nº 93002146363 e inscrito no CPF/MF sob o nº 768.484.773-20, residente e domiciliado na R. Oscar França 2994, Granja Brusca, cidade Fontaliza, 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
- 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 da 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da extensão 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.

Francisco Rodrigues meira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fontaliza

Lugar e data:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO RODRIGUES MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02183

CONTA: 00000004978-6

Nr. da Autenticação C43D3F77EA0A0A72



Ato declaratório
Registro de Atendimento Emergencial

HOSPITALAR DIA

Emitido em: 25/12/2015 7:44:33

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

*ato de
acidente*

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL | | | | DATA/HORA: | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | | |
| CNS: 898003810382886 | NOME: FRANCISCO RODRIGUES MOURA | | Registro: 5416965 | | |
| CPF: | RG: | D. NASC: 10/06/1968 | ESTADO CIVIL: | SEXO: M | RAÇA/COR: |
| NOME DA MÃE: MARIA RODRIGUES DE SOUSA | | NOME DO PAI: JOAO AMANSO DE MOURA | | | |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua | | ENDERECO DO PACIENTE OSCAR FRANCA | | Nº: 2994 | Bairro: GRANJA LISBOA |
| COMPLEMENTO: | TELEFONE CONTATO: | MUNICÍPIO: FORTALEZA | UF: CE | CEP: 60540376 | |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL | | | | | |
| NOME: FRANCISCO RODRIGUES MOURA | PARENTESCO: | | TELEFONE: | | |
| ACIDENTE DE TRABALHO | | | | | |
| TIPO DE VÍNCULO: | CBO DO EMPREGADO: | CNPJ DO EMPREGADOR: | CÓDIGO DO CNAE: | | |
| ACOLHIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO | | | | | |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta | | | | | |
| QUEIXAS: TRAUMA CRANIO FACIAL E MID HÁ 4 HORAS, ECG SEM USO DE CAPACETE E ALCOOLIZADO | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO-DOR MODERADA | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública | Escala de Dor: Moderado | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO | | | |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA | | | | | |

Anamnese e Exame Físico:

Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta

Conduta:

TL p/AC + Rx + Chaga + ferimento

| | | |
|--|--|--|
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: 12h | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: | |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: | | |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: | | |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 25/12/2015 | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: <i>Dr. Antônio H.C. Ferreira CRM 05321</i> | |

INVESTPREV
22 MAR 2016
ENTRADA

PARECER MÉDICO 1

EXAME CLÍNICO: Parent com fratura em face, sem instabilidade óssea, sem feridas ou desarranjos. Assente fratura nasal, sem deslocamento. S/ Conduto Lingual Bnf. TTO Consciente.

| | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|
| ESPECIALIDADE: <i>Laringe</i> | DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS : <i>11hs BNF</i> | CONDUTA: <i>Atta BNF</i> | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
|-------------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|

PARECER MÉDICO 2

| | |
|---|--|
| EXAME CLÍNICO: <i>Histórico contuso em N e face há ± 12. Apresenta ferida superficial em N (A). HD: <i>histo N</i></i> | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: <i>Dra. Raissa Carvalho</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CNPJ: 0001-7582</i> |
|---|--|

| | | | |
|-----------------------------|--|-------------------------|--|
| ESPECIALIDADE: <i>Nevum</i> | DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS : <i>11hs</i> | CONDUTA: <i>Atta TO</i> | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: <i>Dr. Mário Roberto Carvalho</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CNPJ: 0001-7582</i> |
|-----------------------------|--|-------------------------|--|

PARECER MÉDICO 3

| | |
|----------------|---------------------------------|
| EXAME CLÍNICO: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
|----------------|---------------------------------|

| | | | |
|----------------|--------------------------------------|----------|---------------------------------|
| ESPECIALIDADE: | DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS : | CONDUTA: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
|----------------|--------------------------------------|----------|---------------------------------|

PARECER MÉDICO 4

| | |
|----------------|---------------------------------|
| EXAME CLÍNICO: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
|----------------|---------------------------------|

| | | | |
|----------------|--------------------------------------|----------|---------------------------------|
| ESPECIALIDADE: | DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS : | CONDUTA: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
|----------------|--------------------------------------|----------|---------------------------------|

PARECER MÉDICO 5

| | |
|----------------|---------------------------------|
| EXAME CLÍNICO: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
|----------------|---------------------------------|

| | | | |
|----------------|--------------------------------------|----------|---------------------------------|
| ESPECIALIDADE: | DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS : | CONDUTA: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
|----------------|--------------------------------------|----------|---------------------------------|

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| PREScrição MEDICA | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|---------------------------------|-------------|------------|
| - <i>Histórico Larynx + MRI</i> | | |
| - <i>Intervento</i> | | |
| | | |
| | | |
| | | |

TIPO DE ALTA / SAÍDA

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Decisão médica | <input type="checkbox"/> À Pedido | <input type="checkbox"/> Evasão | DATA/HORA OFICINA / / AS : | OBSERVAÇÃO: | CARIMBO E ASS. DO MÉDICO |
| <input type="checkbox"/> Transferência | <input type="checkbox"/> Internação | <input type="checkbox"/> Óbito | | | |

INTERNAÇÃO

| PROCEDIMENTO: | DATA/HORA / / AS : | CARIMBO E ASS. DO MÉDICO: | ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS? | DATA/HORA / / AS : | CARIMBO E ASS. DO MÉDICO: |
|---------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | |

ÓBITO

| | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| DESTINO DO CORPO: | <input type="checkbox"/> IML | <input type="checkbox"/> SVO | ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável): _____ |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|---|



Nº de Inscrição:

0003914542

Comprovante de residência

0015

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO RODRIGUES MOURA
 Endereço: RU OSCAR FRANCA, 2994, GRANJA LISBOA
 Cidade: FORTALEZA
 End. Entrega:
 Cidade:

CEP: 60540-376

Local: 001 Setor: 094 Quadra: 0008 Lote: 0019 Comp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

CEP:

ECONOMIAS

| | | | |
|------------------|----------------|-----------------|--------------|
| Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | PÚBLICO: 000 |
|------------------|----------------|-----------------|--------------|

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAS

| Serviço | Medidor | Lectura Anterior | Lectura Atual | Volumen (m³) | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|--------------|----------------------|
| ÁGUA | A08F244668 | 1062 | 1077 | 15 | 9 |

DATAS

Lectura Atual: 12/01/2016 Lectura Anterior: 11/12/2015 Lectura Próxima: 12/02/2016 Lectura Seguinte:

QUAIS DAS ÁGUAS DISTRIBUÍDA REFERENTE AO: 12/2015

| Nº de Amostras | Clore | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Bulgadas | 537 | 537 | 127 | 537 | 537 |
| Análises | 593 | 593 | 593 | 590 | 590 |
| Em conformidade | 588 | 588 | 590 | 570 | 590 |

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 11 m³ | META: 10 m³.
 O Ceará passa por situação crítica de escassez hídrica.
 Por isso, será determinada uma meta de consumo para
 cada cliente. Quem ultrapassar a meta, pagará tarifa de
 contingência, mais informações no site da Cagece.

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

Luz

JUROS DE 2%
 JUROS DE 0,033% AO DIA
 TARIFA DE CONTINGENCIA

Valor (R\$)

| 31.97 | Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³) |
|-------|---------|-----------|-------------|
| 0,36 | JUN/15 | 11 | 0 |
| 0,16 | FEV/15 | 10 | 0 |
| 14,87 | MAR/15 | 11 | 0 |
| | ABR/15 | 11 | 0 |
| | MAR/15 | 11 | 0 |
| | JUN/15 | 11 | 0 |
| | JUL/15 | 11 | 0 |
| | AGO/15 | 10 | 0 |
| | SET/15 | 12 | 0 |
| | OUT/15 | 10 | 0 |
| | NOV/15 | 11 | 0 |
| | DEZ/15 | 5 | 0 |

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição | Valor (R\$)

PIS: 0,45
 COFINS: 2,26

SUBSÍDIO

| | |
|---------------------|-------------|
| Descrição | Valor (R\$) |
| VALOR DO SERVICO | 72,26 |
| VALOR DO SUBSÍDIO | 24,88 |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 47,38 |

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

01/2016

02/02/2016

47,38

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itau, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.



0800 275 0195



Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Siteda ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: C800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: C800 275 3838.

INVESTPREV

22 MAR 2016

ENTRADA



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

352967053935163 - 0221

Inscrição: 0003914542 Código de Responsável:

Mês/Ano: 01/2016

Local: 001

Setor: 094

Quadrado: 0008

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Lote: 0019

Comp: 0000

Saqueado: 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 02/02/2016

Total (R\$): 47,36

82620000000 6 47380009200 8 00391454201 8 00066022015 3





0031

Imprimir

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Patrícia da Silva Moura,RG nº 2002012053470, data de expedição 05/08/2013Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 026.539.833-70, com
domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de
(CE), onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)R: Oscar França, nº 2994,complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francisca Rodrigues Moura, cujo o condutor era Robson da Silva Moura.Veículo: PAS / MOTOCICLOModelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 ED, PRETAAno: 2011/2012Placa: 0FG 1553Chassi: 9C6KEL500C0048316Data do Acidente: 25/12/2015Local e Data: Fortaleza 11.02.2016X Patrícia da Silva Moura Alves

Assinatura do Declarante

X Robson da Silva Moura

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconhecido por autenticidade das firmas abaixo:
PATRICIA DA SILVA MOURA ALVES, ***
e dou fé, Em Teste da verdade, Fortaleza-CE, 11 de fevereiro de
2016-16:23:31. Cód.: 00273023-06
Aquia Maria Pereira de Oliveira - Escreverá a autorizada
Qtd 1 - Emolumentos: R\$ 2,30 Taxas: R\$ 1,30 Total: R\$ 3,60
Valido somente com selo de autenticidade





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Patrícia da Silva Moura

RG nº 2002012053470, data de expedição 05/08/2013

Órgão SSPCE, portador do CPF nº 016.539.833-70, com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de (CE), onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R: Oscar França, nº 2994,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francisco Rodrigues Moura, cujo o condutor era Robson da Silva Moura.

Veículo: PAS / MOTOCICLO

Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 E.D. PRETA

Ano: 2011/2012

Placa: OIG 1553

Chassi: 9C6KEL500C0048316

Data do Acidente: 25/12/2015

Local e Data: Fortaleza 11.02.2016

DATA

x Patrícia da Silva Moura Alves

*Assinatura do Declarante

x Robson da Silva Moura

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço por autenticidade as(s) firma(s) abaixo:
PATRÍCIA DA SILVA MOURA ALVES, Alves
e dou fé, Eg. Teste da verdade, Fortaleza/CE, 11 de fevereiro de
2016-14:23:31. Cód.: 00273023-06
Aquia Maria Pereira de Oliveira - Escrevente autorizada
Bld 1 - Endereços: R\$ 2,30 Taxa: R\$ 1,30 Total: R\$ 3,60
Válido somente com selo de autenticidade



INVESTPREV

22 MAR 2016

ENTRADA
INVESTPREV
SEGURADORA S/A

01 JUN. 2016

ENTRADA



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 24/12/2015

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL | | | | DATA/HORA: 25/12/2015 07:38:26 | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | | |
| CNS: 898003810382886 | NOME: FRANCISCO RODRIGUES MOURA | RG: | D. NASC: 10/06/1968 | ESTADO CIVIL: | Registro: 5416955 |
| CPF: | | | | SEXO: M | RAÇA/COR: |
| NOME DA MÃE: MARIA RODRIGUES DE SOUSA | | NOME DO PAI: JOAO AMANSO DE MOURA | | | |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua | | ENDERECO DO PACIENTE: OSCAR FRANCA | | Nº: 2994 | BAIRRO: GRANJA LISBOA |
| COMPLEMENTO: | TELEFONE CONTATO: | MUNICÍPIO: FORTALEZA | UF: CE | CEP: 60540376 | |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL | | | | | |
| NOME: FRANCISCO RODRIGUES MOURA | PARENTESCO: | | TELEFONE: | | |
| ACIDENTE DE TRABALHO | | | | | |
| TIPO DE VÍNCULO: | CBO DO EMPREGADO: | CNPJ DO EMPREGADOR: | CÓDIGO DO CNAE: | | |
| ACOOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | | | | | |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta | | | | | |
| QUEIXAS: TRAUMA CRANIO FACIAL E MID HÁ 4 HORAS, ECG15-SEM USO DE CAPACETE E ALCOOLIZADO | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO-DOR MODERADA | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública | Escala de Dor: | Moderado | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO | | |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA | | | | | |
| ATENDIMENTO MÉDICO | | | | | |

Anamnese e Exame Físico:

*Auto com moto uram m. Monta de
moto, com dor na m. PSL + dor na m.
m. Lateral, dor na m. Glúteo L*

Conduta:

Tl p.sar + Rx + Cmgo + ferimento

| | |
|--|--|
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: 12h | |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: | |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: | |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 25/12/2015 | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: <i>Dr. Antônio H.C. Ferreira CRM 05321</i> |

INVESTPREV
22 MAR 2016
ENTRADA

PARECER MÉDICO 1

EXAME CLÍNICO: Paciente com fratura em face, sem fratura das órtes, sem sangos ou desas. Aparece fratura nasal, sem deslocamento. S/ Conduto Cricico Faríngeo conservado.

| | | | |
|----------------|--------------------------|-----------------|---------------------------------|
| ESPECIALIDADE: | DATA/HORA DO ATENDIMENTO | CONDUTA: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
| <i>CAMP</i> | / / ÁS : | <i>Atto gnf</i> | <i>Dra. Raissa</i> CRM: 2992 |

PARECER MÉDICO 2

EXAME CLÍNICO: Lesão contuso em N° 1 e face há ± 12. Apresenta ferida superficial em N° *(A)*. H.O.: *Fractura N°*

| | | | |
|----------------|--------------------------|----------------|--|
| ESPECIALIDADE: | DATA/HORA DO ATENDIMENTO | CONDUTA: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
| <i>Marcia</i> | / / ÁS : | <i>Atta 70</i> | <i>Dra. Marcia Cavalcanti</i> CRM: 2992 |

PARECER MÉDICO 3

EXAME CLÍNICO:

| | | | |
|----------------|--------------------------|----------|---------------------------------|
| ESPECIALIDADE: | DATA/HORA DO ATENDIMENTO | CONDUTA: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
| | / / ÁS : | | |

PARECER MÉDICO 4

EXAME CLÍNICO:

| | | | |
|----------------|--------------------------|----------|---------------------------------|
| ESPECIALIDADE: | DATA/HORA DO ATENDIMENTO | CONDUTA: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
| | / / ÁS : | | |

PARECER MÉDICO 5

EXAME CLÍNICO:

| | | | |
|----------------|--------------------------|----------|---------------------------------|
| ESPECIALIDADE: | DATA/HORA DO ATENDIMENTO | CONDUTA: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: |
| | / / ÁS : | | |

PREScriÇÃO MEDICA

| PREScriÇÃO MEDICA | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|-----------------------------------|-------------|-----------------------------------|
| - Diprofene (amp + H) - Ginkgo | | |
| | | <i>INVEST/REV 22 MAR 2016</i> |

TIPO DE ALTA / SAIDA

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Declaração médica | <input type="checkbox"/> À Pedido | <input type="checkbox"/> Evasão | DATA/HORA ORIGEM: | OBSERVAÇÃO: | CARIMBO E ASS. DO MÉDICO: |
| <input type="checkbox"/> Transferência | <input type="checkbox"/> Internação | <input type="checkbox"/> Óbito | / / ÁS : | | |

ENTRADA

| INTERNAÇÃO | ÓBITO | | | | |
|---------------|-----------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| PROCEDIMENTO: | DATA/HORA | CARIMBO E ASS. DO MÉDICO: | ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS? | DATA/HORA | CARIMBO E ASS. DO MÉDICO: |
| | / / ÁS : | | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | |

| | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| DESTINO DO CORPO: | <input type="checkbox"/> IML | <input type="checkbox"/> SVO | ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável): _____ |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|---|



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------|
| Paciente: FRANCISCO RODRIGUES MOURA | ID Paciente: 5416965 | |
| Data de Nascimento: 10/06/1968 | Idade: 47 anos | Sexo: M |
| Médico Solicitante: (Sem nome) | Data do Exame: 25/12/2015 | |

LAUDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA FACE

TÉCNICA:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice sem uso de contraste venoso, com imagens processadas e analisadas em Workstation.

Traços de Fratura interessando:

Ossos nasal

Maxilar D

SILVANA PINHEIRO
CRM 3914



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
93002146363

03/06/2013

NOME
FRANCISCO RODRIGUES MOURA

FILIAÇÃO
JOÃO AMANSO DE MOURA

MARIA RODRIGUES DE SOUSA

NATURALIDADE
CARIDADE - CE

10/06/1962

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:53 FOLHA:4 V LIVRO:B-2
CARIDADE - CE
CPF 768.484.773-20

2 Via

Dairinei de Barato

P. 1

ASSINATURA DO PETOR



REPUBLICA FEDERATIVA

ESTADO do Ceará
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO
COORDENADORIA DE DACTILOGRÁFICA

Polegar Direito



CARTEIRA DE IDENTIDADE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE

Nº 011661271035

69688941570

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

YURI

011661271035

VIA

COD. RENAVAM

RNTRC

02

463986156

00000000000

NOME/ENDEREÇO:

PATRICIA DA SILVA MOURA
RUA OSCAR FRANCIS 02994
BOM JARDIM
60543368 - FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ

01653988370

PLACA

01G1553

NOME ANTERIOR:

EE MOTORS LTD

PLACA ANT/UF

*****/CE

CHASSI

9C5KE1500CD0048316

ESPECIE TIPO

PAS/MONTAGUELO/Nº APLTC

COMBUSTIVEL

GÁSOLINA

MARCA/MODELO

YAMAHA/FACTOR YBR125 ED

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2012

CAP/POT/CIL

2P/OCV/12400

CATEGORIA

FARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES:

MOTOR - E3G7E-048316

AL.FID. BANCO ITAUCARD S.A.*****

LOCAL:

FORTALEZA

DATA

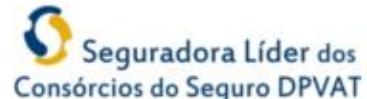
24/09/2014

EXPEDIDOR:

DETAN - CE

INVESTPREV
22 MAR 2016
ENTRADA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160140142 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES MOURA **Data do acidente:** 25/12/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: FACE 10%

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 |
|--|---|---|------------------|------------------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| | | Total | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160140142 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES MOURA **Data do acidente:** 25/12/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRACOS DE FRATURA INTERESSANDO OSSOS NASAL E MAXILAR DIREITA

Descrição do exame DIFICULDADE NA MASTIGACAO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, COM ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/06/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

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 |
|--|--|--|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

