



Seguradora Líder - DPVAT

---

**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](http://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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 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 não 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**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.

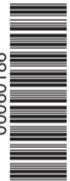
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**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, 02 de Julho de 2016

Carta nº: 9306592

A/C: FRANCISCO RODRIGUES MOURA

Sinistro: 3160140142 ASL-0101878/16  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **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 complicação.

### TRATAMENTO CONSERVADOR, COM ALTA MEDICA

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo seqüela(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,  $\pi$ 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 seqüela 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(Seqüela)

Região Corporal(Seqüela)

#### FACE

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Seqüela)

Região Corporal(Seqüela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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

*Dores Mendes*

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Francisco Rodrigues Moura

PORTADOR(A) DO RG Nº 93002146363 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 03/06/2016

CPF 768484773-20 / CNPJ 000000000000000000, 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2183 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4978-6

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

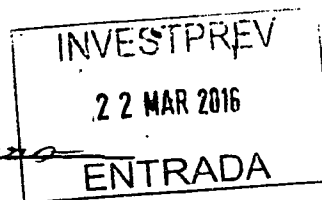
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

Rodrigo Ventura de Freitas  
Analista DPVAT

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 QUITAÇÃO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fabrizio de 21-02-2016  
LOCAL E DATA

Francisco Rodrigues Moura  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

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

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

046-514040034-7

15/FEV/2016

HORA DE: 11:33:24

LOT: 05.07450-4

TERM: 019008

LOCALIDADE: FORTALEZA

CG. VINCULADA: 1563

CONTROLE: 272596392

DEPOSITO EM DINHEIRO

2183 001 00004978-6

FRANCISCO RODRIGUES MOURA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

046-514040034-7

ASSINATURA DO CLIENTE

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

046-514040034-7

15/FEV/2016

HORA DE: 11:33:24

LOT: 05.07450-4

TERM: 019008

LOCALIDADE: FORTALEZA

CG. VINCULADA: 1563

CONTROLE: 272596392

DEPOSITO EM DINHEIRO

2183 001 00004978-6

FRANCISCO RODRIGUES MOURA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO  
046-514040034-7  
ASSINATURA DO CLIENTE

INVESTPREV  
22 MAR 2016  
ENTRADA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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, COMPARECE 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

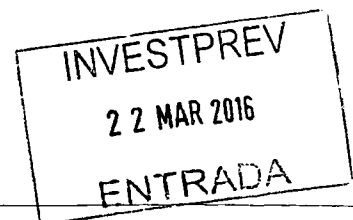
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : \_\_\_\_\_

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Francisco Rodrigues Moura

VISTO DO DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_

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







Documentos de Identificação

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu Francisca Rodrigues Moura 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 Franca 2994, Granja Lisboa 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 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.

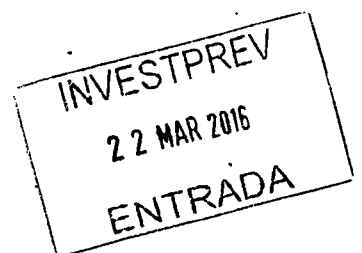
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisca Rodrigues Moura

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Fontaliza

Local e data







*rato do acidente*

<b>REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL</b>				DATA/HORA: 25/12/2015 07:38:26	
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	ENDEREÇO 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:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO 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 Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese e Exame Físico:					
<i>Atto com trauma craniofacial em acidente de transporte com motocicleta, vítima de queda, com lesões em face e tórax, com fratura de tórax, com trauma cranioencefalico moderado.</i>					
Condução:					
<i>TL face + Rx + C.M. + exames</i>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: 12h					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 25/12/15		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Dr. Antônio H.C. Ferreira  
CRM 05321

INVESTPREV  
22 MAR 2016  
ENTRADA

PARECER MÉDICO 1

EXAME CLÍNICO: Parete com fratura em face, sem mobilidade óssea, sem fraturas ósseas. Ausente fratura nasal, sem deslocamento. S/ Conduta Cirúrgica Bmf. Tto Conservador.

ESPECIALIDADE: *Ortop* DATA/HORA DO ATENDIMENTO: / / AS : CONDUÇÃO: *Alta bmf* CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: *[Signature]*

PARECER MÉDICO 2

EXAME CLÍNICO: Máxima contusão em pé e face há ± 12. Apresenta ferim. superficial em pé. HD: *[Signature]*

ESPECIALIDADE: *Ortop* DATA/HORA DO ATENDIMENTO: / / AS : CONDUÇÃO: *Alta* CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: *[Signature]*

PARECER MÉDICO 3

EXAME CLÍNICO:

ESPECIALIDADE: DATA/HORA DO ATENDIMENTO: / / AS : CONDUÇÃO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

PARECER MÉDICO 4

EXAME CLÍNICO:

ESPECIALIDADE: DATA/HORA DO ATENDIMENTO: / / AS : CONDUÇÃO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

PARECER MÉDICO 5

EXAME CLÍNICO:

ESPECIALIDADE: DATA/HORA DO ATENDIMENTO: / / AS : CONDUÇÃO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Table with 3 columns: PRESCRIÇÃO MÉDICA, APRAZAMENTO, OBSERVAÇÃO. Contains handwritten notes: - *[illegible]* Camp #1, - *[illegible]*

TIPO DE ALTA / SAÍDA

Decision checkboxes:  Decisão médica,  Á Pedido,  Evasão,  Transferência,  Internação,  Óbito. Includes fields for DATA/HORA and CARIMBO E ASS. DO MÉDICO.

INTERNACÃO

ÓBITO

PROCEDIMENTO: DATA/HORA: CARIMBO E ASS. DO MÉDICO: ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?  SIM  NÃO DATA/HORA: CARIMBO E ASS. DO MÉDICO:

DESTINO DO CORPO:  IML,  SVO,  ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_)



Nº de Inscrição:

0003914542



DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO RODRIGUES MOURA
End. Loja: RU OSCAR FRANCA, 2994, GRANJA LISBOA
Cidade: FORTALEZA
CEP: 60540-376
Local: 001 Setor: 094 Quadra: 0008 Lote: 0019 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: FORTALEZA Medidor: R08F244668 Letura Anterior: 1062 Letura Atual: 1077 Volume em: 15 Média Semestral em: 9

DATA

Letura Atual: 12/01/2016 Letura Anterior: 11/12/2015 Próxima Letura: 12/02/2016
Leque água: 81548 Leque esgoto: 81548

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2015

Table with 6 columns: Nº de Amostras, Cloro, Turbidez, Cor, Coliformes Totais, Escherichia Coli. Values for Cloro, Turbidez, Cor, Coliformes Totais, Escherichia Coli are 537, 537, 127, 537, 537 respectively.

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA 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-informacoes, no site da Cagece.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Table with 4 columns: Descrição dos Serviços, Valor (R\$), Histórico de Volume (Mês/Ano), Água (m³), Esgoto (m³). Includes rows for 'TARIFA DE CONTINGENCIA' and monthly volume history from JAN/15 to DEZ/15.

DÉBITOS SOBRE O FATURAMENTO

Table with 4 columns: Descrição, Valor (R\$), Descrição, Valor (R\$). Rows include 'TAXA DE 2%' (0,45), 'MURCS DE 0,033% AO DIA' (2,26), 'VALOR DO SERVIÇO' (72,26), 'VALOR DO SUBSIDIO' (24,88), and 'VALOR TOTAL A PAGAR' (47,38).

Summary table with 3 columns: MÊS/ANO, VENCIMENTO, TOTAL A PAGAR (R\$). Row: 01/2016, 02/02/2016, 47,38.

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNR, Itau, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil.
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.

Maiores 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. Site da 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.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0003914542 Código de Responsável: 352967053935163 - 0221
Local: 001 Setor: 094 Quadra: 0008 Lote: 0019 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA Vencimento: 02/02/2016 Total (R\$): 47,38

82620000000 6 47380009200 8 00391454201 8 00066022015 3



(85)99699-4763

INVESTPREV
2 2 MAR 2016
ENTRADA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Patricia da Silva Moura

RG nº 200.2012053470 data de expedição 05/08/2013

Órgão SSP-CE, 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 Franca, 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: 01G 1553  
Chassi: 9C6KE1500C0048316  
Data do Acidente: 25/12/2015  
Local e Data: Fortaleza 11.02.2016

CAVALCANTI FILHO

Patricia da Silva Moura Alves  
Assinatura do Declarante

Robson da Silva Moura

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

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) abaixo :  
PATRICIA DA SILVA NOURA ALVES, \*\*\*  
e dou fé, Em Teste da verdade, Fortaleza-CE, 11 de fevereiro de 2016-16:23:31. Cód.: 00273023-06  
Aquida Maria Pereira de Oliveira - Escrevente Autorizada  
Qtd 1 - Emolumentos: R\$ 2,30 Taxas: R\$ 1,30 Total: R\$ 3,60  
Válido somente com selo de autenticidade

CAVALCANTI FILHO  
02 CLSF  
RECONHECIMENTO DE TIPO  
Nº 82 136263

INVESTPREV  
22 MAR 2016  
ENTRADA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Patricia da Silva Moura

RG nº 2002012053470 data de expedição 05/08/2013

Órgão SP-CE, 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 Franca, 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 ED, PRETA  
Ano: 2011/2012  
Placa: 01G 1553  
Chassi: 9CGKE1500C0048316  
Data do Acidente: 25/12/2015  
Local e Data: Fortaleza 11.02.2016

DATA

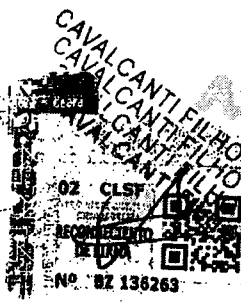
CAVALCANTI FILHO

Patricia da Silva Moura Alves  
Assinatura do Declarante

Robson da Silva Moura

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

Reconheço por autenticidade a(s) Tira(s) abaixo :  
PATRICIA DA SILVA MOURA ALVES, III  
e dou fé. Em Teste da verdade. Fortaleza-CE, 11 de fevereiro de 2016-16:23:31. Cód.: 00273023-06  
Aquida Maria Pereira de Oliveira -Escrevente Autenticada  
Qtd 1 - Emolumentos: 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



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 25/12/2015 07:38:26

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 25/12/2015 07:38:26	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 898003810352986	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	ENDEREÇO 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:	GBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO 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 Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA					
ATENDIMENTO MEDICO					
Anamnese e Exame Físico:					
<p><i>Acidente com motociclista, vítima de acidente de trânsito em via pública, vítima de trauma craniofacial e torácico, vítima de trauma abdominal, vítima de trauma de membros superiores e inferiores.</i></p>					
Condição:					
<p><i>TL PAA + Rx + CPMP + Jermundo</i></p>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: 12h					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 25/12/15		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			
		<p><i>Dr. Antônio H.C. Ferreira</i> CRM 05321</p>			

INVESTPREV  
22 MAR 2016  
ENTRADA



PARECER MÉDICO 1

EXAME CLÍNICO: Paciente com fratura em face, sem mobilidade. Exame, sem fraturas ósseas. Assunto fratura nasal, sem deslocamento. S/ Conduta Cirúrgica Prof. TTO Conservador.

ESPECIALIDADE: Otorrinolaringologia DATA/HORA DO ATENDIMENTO: / / AS : CONDUTA: Alta Prof CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: Dra. Rosseto

PARECER MÉDICO 2

EXAME CLÍNICO: Inchaço contuso em pé e face há ± 12. Apresenta ferim superficial em pé. HD: Inchaço em pé.

ESPECIALIDADE: Otorrinolaringologia DATA/HORA DO ATENDIMENTO: / / AS : CONDUTA: Alta 70 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: Dr. Murilo Cavalcanti

PARECER MÉDICO 3

EXAME CLÍNICO:

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

PARECER MÉDICO 4

EXAME CLÍNICO:

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

PARECER MÉDICO 5

EXAME CLÍNICO:

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Table with columns: PRESCRIÇÃO MÉDICA, APRAZAMENTO, OBSERVAÇÃO. Includes handwritten notes: - Amoxilina Comp + M1, - Clavulato.

Form for medical decision: Declínio médica, Á Pedido, Evasão, Transferência, Internação, Óbito. Includes stamp: TIPO DE ALTA / SAÍDA, DATA/HORA DE SAÍDA, OBSERVAÇÃO.

Form for hospitalization: INTERNACÃO (PROCEDIMENTO, DATA/HORA, CARIMBO E ASS. DO MÉDICO) and ÓBITO (ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?, DATA/HORA, CARIMBO E ASS. DO MÉDICO).

Form for body destination: DESTINO DO CORPO: IML, SVO, ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável).

INVESTPREV 22 MAR 2016 ENFERMAGEM



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
<b>LAUDO</b>		

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA FACE**

**TÉCNICA:**

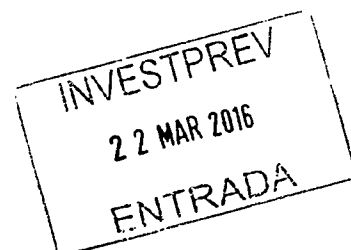
Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice sem uso de contraste venoso, com imagens processadas e analisadas em Workstation.

Traços de Fratura interessando:

Ossos nasal

Maxilar D

SILVANA PINHEIRO  
CRM 3914



VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 93002146363 DE 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 *Assinao do Retor* P.: 1

ASSINADO DO RETOR



REPUBLICA FEDERATIVA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA FEDERAL DO ESTADO DE  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Polgaf Direto

*Francisco Rodrigues Moura*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INVESTPREV  
22 MAR 2016  
ENTRADA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 011661271035

59688941570

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

YURI

011661271035

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC
02	463986156	0000000000

NOME/ENDEREÇO

PATRICIA DA SILVA MOURA  
RUA OSCAR FRANCA 02994  
- BOM JARDIM  
60543369 - FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ	PLACA
01653983370	DIG1553

NGME ANTERIOR

RR MOTORS LTDA

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****/CE	9C6KE1500C0848316

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/FACTOR YR125 ED	2011	2012

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR-PREDOMINANTE
2F/0CV/124CC	PARTIC	PRETA

OBSERVAÇÕES

MOTOR: E3G7E-048316  
AL FID. EENCO ITAUCARD S.A. \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL	DATA
FORTALEZA	24/09/2014

EXPEDIDOR

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
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## 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

## 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 médico pericial:** DIFICULDADE NA MASTIGACAO.

**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
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## 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:**

