

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11231848

A/C: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170347541 ASL-0240824/17

Vítima: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX

Data Acidente: 05/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11246999

A/C: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX

Sinistro: 3170347541 ASL-0240824/17
Vítima: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX
Data Acidente: 05/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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.seguradoralider.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, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11246999

A/C: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX

Sinistro: 3170347541 ASL-0240824/17
Vítima: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX
Data Acidente: 05/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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.seguradoralider.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, 15 de Julho de 2017

Carta nº: 11314251

A/C: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX

Sinistro: 3170347541 ASL-0240824/17
Vítima: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX
Data Acidente: 05/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 000000036230-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170347541 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX **Data do acidente:** 05/04/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de 4o. quirodáctilo esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do 4o. quirodáctilo esquerdo, acarretando perda parcial da amplitude do movimento da mão esquerda

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura 4o. quirodáctilo esquerdo. Realizou terapia com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em junho de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional parcial da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/07/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais mão esquerda, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: andre Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARIO PEREZ GIMENEZ

CRM do médico: 45442

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX

Endereço do(a) Examinado(a): DT GENIPAPEIRO, 7 - 7 - Senador
Pompeu/CE - CEP 63600-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 01647827512 - DETRAN-CE -
15/09/2014

Data e Local do Exame : 05/07/2017 RUA DR. SOLON XIMENES ARAGÃO,
295 - BOA VIAGEM/CE

Resultado da Avaliação Médica

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

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Exame Físico: AUMENTO DE VOLUME, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZ IRREGULAR, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO IV QRE E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.

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 do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

ATENDIDO NA EMERGÊNCIA E INTERNADO, ONDE FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM JUNHO DE 2017, SEM COMPLICAÇÃO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA, PELA DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR DO IV QRE.

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

MÃO ESQUERDA.

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

() Total = “100% da IS”

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



André de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRÉ DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



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, Adauto Ribeiro Sindona
PORTADOR(A) DO RG Nº 1978878 EXPEDIDO POR Mitnam - CE EM 15/09/14 E
CPF 049074983-02 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ABR/UTAR
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Adauto Ribeiro Sindona, 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3623-3

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



San. Poup. 01 de JUNHO de 2017
LOCAL E DATA

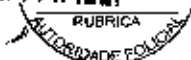
Adauto Ribeiro Sindona
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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





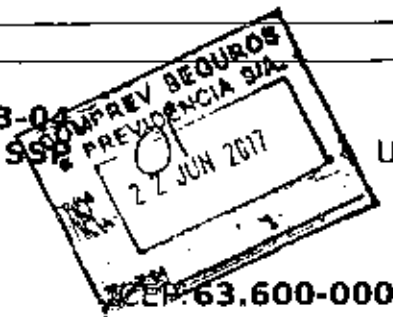
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 701 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/05/2017 11:31:05**
Data / Hora da Ocorrência: **05/04/2017-15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DO JENIPAPEIRO**
Complemento:
Bairro:
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX**
Nascimento: **22/05/1945** CPF: **049.074.933-04** UF: **CE**
RG: **1278878** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **FRANCISCA RIBEIRO SINDEAUX**
LAURO PEREIRA SINDEAUX
Endereço: **SITIO JENIPAPEIRO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
País: **BRASIL**
Telefone:



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUZ5470** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC2501RRS24961** Renavam: **631920617** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1994** Ano Modelo: **1995** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA**
Proprietário: **ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima citado, o declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava com o veículo supracitado; QUE ao bater em uma pedra perdeu o equilíbrio e caiu ao solo; Que o declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE e em seguida transferido para o hospital de Fortaleza/CE; Que em consequência do acidente o declarante afirma que sofreu fratura no dedo da mão esquerda e teve seu pé esquerdo cortado; Que tem como testemunhas do acidente as seguintes pessoas: JOSÉ WILSON SOBRINHO RG 1734087-88 e CARMEM MIRANDA OLIVEIRA SOUZA RG 1734913-88; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência, e ficou cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SAMMY ALVES PASSOS - MAT.: 30111419



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 701 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Edson Roberto Simões

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Adauto Ribeiro Siqueira, portador da carteira de identidade nº 1978878 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049.074.933-04, residente e domiciliado na SETOR GENIPARINO, N° 07, Cidade Santa Rita do Bonito 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

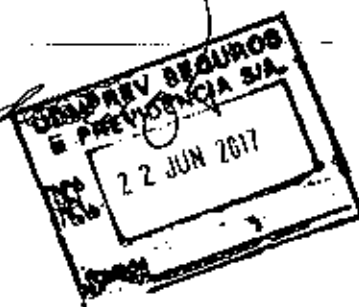
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Adauto Ribeiro Siqueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Santa Rita do Bonito - CE 01/06/2017

Local e data

47

THE SIN

Agnes A. Van Gerslades

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: 11/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000036230-3

Nr. da Autenticação 248FEE30A5E9DAE2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adauto Ribeiro SindreuRG nº 1878878, data de expedição 15/09/14, Órgão Witman-CE

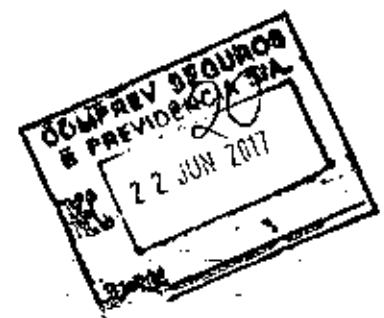
CPF nº 049.074.933-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>STIO GONCALVES</u>
Número	<u>2014 Rural - 07</u>
Apto / Complemento	<u>2014 Rural</u>
Bairro	<u>Ministro José Lages</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu-CE 01/06/17

Assinatura do Declarante: Adauto Ribeiro Sindreu



VENCIMENTO		14/03/2017		TOTAL A PAGAR (R\$)		98,07														
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO				HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)																
Energia 16,90 Distribuição 18,95 Encargos Setoriais 3,85 Tributos (ICMS FISCAL) 1,76 TOTAL 33,07				<table border="1"> <tr> <td>83</td> <td>79</td> <td>5</td> <td>80</td> <td>97</td> <td>69</td> <td>117</td> <td>57</td> <td>133</td> <td>45</td> <td>157</td> <td>32</td> <td>136</td> </tr> </table>				83	79	5	80	97	69	117	57	133	45	157	32	136
83	79	5	80	97	69	117	57	133	45	157	32	136								
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emissão kg (CO ₂) 34,14 Compensado kg (CO ₂) 3,00				Carbono Verde (CC-BY-SA)																
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO																				
NÃO PODE PAGAR O VALOR DE LEITURA POR: FMT RECIBO-LEIT Bimestral ART 66 RES 414 O valor desta fatura R\$ 1,79 referente a FISCALIZAÇÃO. Bandeira para o caso de falta de energia, com custo de R\$ 2,00 e cada 100 kWh consumidos. Informações em www.energia.gov.br .																				



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu EDILENE SOARES ROCHA, portador(a) da CNH nº 04675350149, expedido por DETRAN/CE, em 13/11/2012, CPF/CNPJ nº 25.409.016/0001-83, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

Adauto Ribeiro Sincinax

do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima

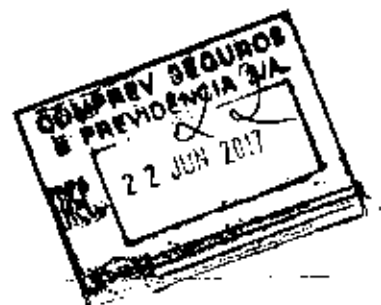
Adauto Ribeiro Sincinax

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

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Edilene Soares Rocha
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 06/04/2017 08:25:20

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 700108915839920 NOME: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX Registro: 6502770
CPF: 04907493304 RG: 1278878 D. NASC: 22/05/1945 ESTADO CIVIL: C SEXO: M RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA RIBEIRO SINDEAUX NOME DO PAI: LAURO PEREIRA SINDEAUX

TIPO DE LOGRADOURO: ENDEREÇO DO PACIENTE: JENIPAPEIRO Nº: 500 BAIRRO: ZONA RURAL
COMPLEMENTO: TELEFONE CONTATO: MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU UF: CE CEP: 63600000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: ALZEMAR PARENTESCO: FILHO TELEFONE: 996347135

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO: CBO DO EMPREGADO: CNPJ DO EMPREGADOR: COSIDO DO CNAE:

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: queda de moto na 10 km com trauma dedo médio fr. exposta

OBSERVAÇÕES: dor moderada

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública Escala de Dor: Moderado PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Condição:

TEMPO NECESSÁRIO PARA
OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES
SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO
PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

As horas de proteção a vida

Boletim de Emergência Reg.: 55 02770

O Sr.(a) Adauto Ribeiro Sindeaux

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 06 / 04 / 17, às 10 : 00 h.

Tendo como causa do socorro fratura exposta no
4º quadrante do esquerdo, rea-
lizada cirurgia + imobiliz-
ação.

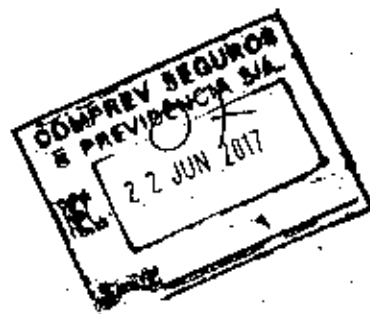
Observações: deixar afastar-se de
suas atividades profissio-
nais por 60 (sessenta) dias.

Fortaleza, 06 de Abril de 2017

Médico de Plantão - CRM: [assinatura]

CPF: [assinatura]

Haus Doc/Reg Med/CPQ Boletim de Emergência Reg.doc



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - FARMACIA 2ª Via - PACIENTE 3ª Via - FARMACIA		1ª Via - FARMACIA 2ª Via - PACIENTE 3ª Via - FARMACIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3285.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		Paciente: Adulito Ribeiro S. medaux Endereço: Zimipapicho - Senador Pompeu - Zona Rural Prescrição: <u>Uso Oral</u> 1) Cefalexina 500mg - 28 comp. Tomar 01 comp. de 6/6 horas por 07 dias.	
Data: 06/04/2017 Cartão e Assinatura do Médico		Data: / / Fornecedor:	
Nome: Nº Ident: UF: Endereço: Nº: Bairro: Cidade: UF: CEP: Tel.:		Cartão e Assinatura	

Abstract

Boletim de Emergência Reg.:

0425

05/21

Estimado (a) neste Hospital no dia 06/04/17, as 10:00 h.

Tendo como causa do socorro distúrbio de parestesia

le quindati ho saquendo, lea-

lizada puerpera + mobili-

2008

Observaciones: Un niño agastado - pi de

para diódois profun-

waits for 60 (semester) days

Fortaleza, 06 de Abril de 2017

Médico de Plantão - CRM:

30

உள்ளே இருக்கிறவர்களை வெளியே கொண்டு வரவேண்டும் என்று சொல்லுவது தவறு. அது உண்மையில் என்ன நடக்கிறது என்பதை அறிய வேண்டும். அது உண்மையில் என்ன நடக்கிறது என்பதை அறிய வேண்டும்.

RECEITUÁRIO

Nome: Adauto Bibeiro Sirdaux BE/Prontuário: _____

Rx UNO Oral

① Dipirona 500 mg ————— 20 comp
Tomar 01 comp de até 06/06h,
se dor.

② Ibuprofeno 600mg ————— 10 comp
Tomar 01 comp de 12/12h por
5 (cinco) dias.

Data: 06/04/17


Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.001 Versão 1 - 01/01/06 - Via Única - Formato A3 (148x210).





Nome: Adauto Ribeiro BE/Prontuário: 5502770
Sindeux

R_4 — also top = 00

Kollagenase _____ of 15.

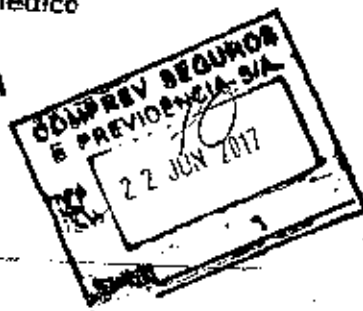
colocar sobre a ferida a cada 24 horas de curativo.

CONFIDENTIAL
COURT REPORTER
JAN 19 1964

Date: 2/20/17

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IIF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000
NA 000.002 Versão 1 - 04/08/93 - 17a. Edição - Reservados todos os direitos.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ADALTO RIBEIRO SINDAUX

DOCUMENTO / DATA DE EMISSÃO: 1278878 SPSP CR

UF: 049.076;933-04 DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1945

RUA: LAURO PEREIRA SINDAUX
 FRANCISCA RIBEIRO SINDAUX

PESSOAL: [] NOB: [] CDM: [] AC: []

Nº de Registro: 01647827513
 VIGÊNCIA: 05/09/2017 30/08/1974

OBSERVAÇÕES:

Assinatura: [Assinatura]

LOCAL: QUIXADA, CE DATA: 15/09/2014

Assinatura: [Assinatura]
 4803156656
 CE143624687

1004215740





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **049.074.933-04**

Nome da Pessoa Física: **ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX**

Data de Nascimento: **22/05/1945**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:07:20** do dia **11/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FF37.CCDA.559A.AF43**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Procuradora

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome
EDILENE SOARES ROCHA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
291827694 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
650.734.873-20 01/02/1981

FILIAÇÃO
EXPEDITO MENDES ROCHA

**MARIA ZUILA SOARES
ROCHA**

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
[] [] []

Nº REGISTRO
00679990109

VALIDADE
02/08/2017

1ª HABILITAÇÃO
20/06/2009

OBSERVAÇÃO:
SEM OBSERVAÇÃO;



Edilene Soares Rocha

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
13/11/2012

Francisco Rildo Dias Cavalcanti
FRANCISCO RILDO DIAS CAVALCANTI
ASSINATURA DO EMISSOR

**30300304136
CE131779680**

DETRAN (CE) (CEARA)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

631518333

PROIBIDO PLASTIFICAR

31518333

**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral**

Contribuinte,

Confira os dados de identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

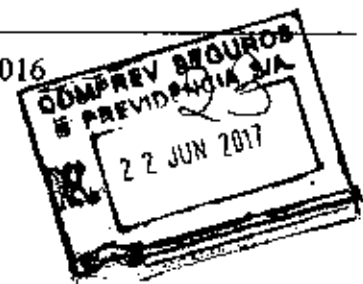
		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA	
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 25.408.016/0001-83 MATRIZ		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	
		DATA DE ABERTURA 08/08/2016	
NOME EMPRESARIAL EDILENE SOARES ROCHA 65073487320			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) JPE DPVAT			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESÁRIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA		NÚMERO 970	COMPLEMENTO
CEP 63.600-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SENADOR POMPEU	UF CE
ENDEREÇO ELETRÔNICO jpedpvat.senpmilha@yahoo.com.br		TELEFONE (88) 9667-5407	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 08/08/2016	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 08/08/2016 às 19:38:20 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

© Copyright Receita Federal do Brasil - 08/08/2016



Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

Identificação

Nome Empresarial
 EDILENE SOARES ROCHA 65073487320
Nome do Empresário
 EDILENE SOARES ROCHA
Nome Fantasia
 JPE DPVAT
Capital Social
 15.000,00
Nº da Identidade **Órgão Emissor** **UF Emissor** **CPF**
 291827694 SSP CE 650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente **Data de Início da Situação Cadastral Vigente**
 ATIVO 08/08/2016

Números de Registro

CNPJ **NIRE**
 25.409.016/0001-83 23-8-0251434-0

Endereço Comercial

CEP **Logradouro** **Número**
 63600-000 AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBUJA 970
Bairro
 CENTRO
Município **UF**
 SENADOR POMPEU CE
Ponto de Referência
 DEFRENTE O HOSPITAL

Atividades

Data de Início de Atividades
 08/08/2016
Código da Atividade Principal **Descrição da Atividade Principal**
 82.19-9/99 Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente
Código da Atividade Secundária **Descrição da Atividade Secundária**
 1 82.11-3/00 Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade no internet, no endereço: <http://www.portaodoempreendedor.gov.br>

Certificado emitido com base na Resolução nº 18, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Localização de Empresas e Negócios - REDESIM.

Atenção: qualquer mácula ou erro de invalidará este documento.

Para consultar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos acima no endereço eletrônico <http://www.receita.fazenda.gov.br/Pessoajuridica/CNPJ/cpfconsulta.asp>

Número do Recibo: ME98291727
Número do Identificador: 00065073487320

Data de Emissão:
 08/08/2016



[illegible]

Atendimento: GETRAN



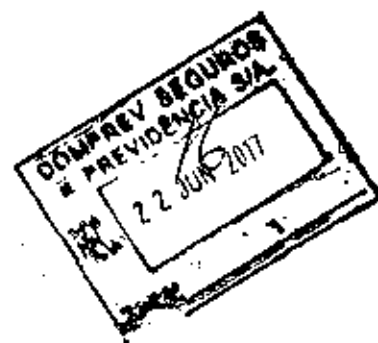
Governo do Estado do Ceará
Departamento Estadual de Trânsito
Coordenação de Operações - COPER
Núcleo de Registro - NUREG

Sistema: REVAM - Rede Estadual de Veículos Automotores

Consulta de Seguro por Placa

Para Placa: HUZ5470
Emissão: 10/04/2017 10:48:28
Foram encontrados 9 registros

Placa	Exercício	Banco	Data Pagamento	Valor	Data Log
HUZ5470	2008	237 - BRADESCO	05/12/2008	255,13	20110420 1559
HUZ5470	2009	237 - BRADESCO	11/12/2009	259,04	20110420 1559
HUZ5470	2010	237 - BRADESCO	08/12/2010	259,04	20110420 1559
HUZ5470	2011	237 - BRADESCO	12/12/2011	279,27	20111227 100001
HUZ5470	2012	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL	11/12/2012	279,27	20121219 130006
HUZ5470	2013	1 - BANCO DO BRASIL	10/12/2013	292,01	20131212 112003
HUZ5470	2014	1 - BANCO DO BRASIL	09/12/2014	292,01	20141211 092325
HUZ5470	2015	1 - BANCO DO BRASIL	08/12/2015	292,01	20151210 093319
HUZ5470	2016	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL	09/12/2016	292,01	20161213 095329



Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

Sistema de Gestão de Trânsito

172.25.136.21/ana/design/index-explorer.sp

correios



POSTO SENADOR POMPEU SENADOR POMPEU
Operador: Beneficiário
Data/Hora: 10/04/2017 10:48 Log: 10/04/2017
10:57:22

Acesso Direto
Código: 6100



RENAVAM > Veículos > Computas > Consulta de Veículos > Consulta de Veículos

Consulta Extrato Pagamento

DETALHAMENTO DO EXTRATO

Nº Extrato: 2612266156
Placa: MUZ5470
Banco/Agência: CEF0754
Total Taxas: R\$ 110,82
Operador: SEFAZ
Nº DAE: 2016.84.0760422-42

Emissão: 09/12/2016 08:28:38
Vencimento: 30/12/2016
Data Pag: 09/12/2016
Total Multas: R\$ 0,00
Função: EXCONSOL
Código de Barras: 85640000001-9 10820006201-7 61230201684-7 07664224200-2

Status: PG CONFIRMADO
CPF/CNPJ: 04907493304
Vlr Total Pago: R\$ 110,82
Total Gerat: R\$ 110,82
Alterado em: 10/12/2016 19:49:21

SERVIÇOS E MULTAS DO EXTRATO

Código	Descrição	Extrato	Vencimento	Valor	Orgão	Nº DAE	Observações
253	EXPEDIÇÃO DE CRV/CRLV	2016		R\$ 18,47	DETRAN		
201	LICENCIAMENTO DE MOTO	2016		R\$ 92,35	DETRAN		

REGISTRO DE PAGAMENTO CONSOLIDADO

Extrato	Banco	Agência	Data Pagamento	Valor Recebido (R\$)	Autenticação	Recibo/Arquivo	Situação
2612266156	104-CEF	0754	09/12/2016	110,82	00412589	10/12/2016	BAIXADO

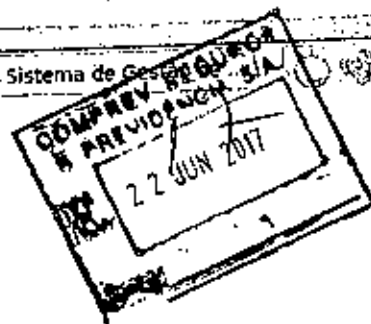
Valor

(Lista de amigos)

[Calculadora]

Sistema de Gestão de Trânsito

Seg 10 Abr 16



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170347541 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX **Data do acidente:** 05/04/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: fratura de mão esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170347541 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX **Data do acidente:** 05/04/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: fratura de mão esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170347541 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX **Data do acidente:** 05/04/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de 4o. quirodáctilo esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do 4o. quirodáctilo esquerdo, acarretando perda parcial da amplitude do movimento da mão esquerda

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura 4o. quirodáctilo esquerdo. Realizou terapia com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em junho de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional parcial da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/07/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais mão esquerda, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: andre Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARIO PEREZ GIMENEZ

CRM do médico: 45442

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

