
Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Nº Sinistro: 3180343490

Vitima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343490**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Nº Sinistro: 3180343490

Vitima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180343490**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Nº Sinistro: 3180343490

Vitima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180343490**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Sinistro: 3180343490

Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180343490** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180343490

Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Nº Sinistro: 3180343490

ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180343490**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

355.880.393-00

Timido Vieira da Rocha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Timido Vieira da Rocha	355.880.393-00	(Autônomo)
Endereço	Número	Complemento
Rua - Vicente Silvano	000	
Bairro	Estado	CEP
Pontal de Macaíó	E	00000-000
Email	Telefone e (DDD)	
	85.99147.7500	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO. 0578 D/V

CONTA
NRO. 27088 D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA
NRO. _____ D/V _____

CONTA
NRO. _____ D/V _____

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 13 de julho de 2018.

Local e Data

→ Zemil Vieira da Rocha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

INVESTPRIV
SEGURADORA S/A

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

23 JUL. 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 412 - 2671 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Romulo Osmagnum

ROMULO OSMAGNUM DA ROCHA - MAT.: 30086015

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Zenil do Nascimento da Rocha*

VISTO DO DELEGADO(A) :

AMARAL

ANA MARIA DE ARAUJO PADILHA - MAT.: 30078918



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 412 - 2671 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **03/07/2018 11:39:09**

Data / Hora da Ocorrência: **04/08/2017 09:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA VENCENTE SILVANIO**

Complemento:

Bairro: **Município: FORTIM/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ZENILDO VIEIRA DA ROCHA**

Nascimento: **12/09/1960** CPF: **355.880.393-00**

RG: **434359-0** Orgão Emissor: **SSP** UF: **RO**

Filiação: **RAIMUNDA GENÉSIA DA ROCHA**

FRANCISCO VIEIRA DA ROCHA

Endereço: **RUA VICENTE SILVANO, SN**

Bairro: **PONTAL DE MACEIÓ** CEP: **62.815-000**

Município: **FORTIM/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNI8671** Uf: **CE** Município: **FORTIM** Chassi: **9C2KD1000HR003886** Renavam: **1111524421** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **GEORGE DA ROCHA GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante ZENILDO VIEIRA DA ROCHA, CTPS 033910, CPF 355.880.393-00, residente na rua Vicente Silvano, s/n, Pontal do Maceió, Fortim-Ce, informa que dirigia um motociclo HONDA/NXR 160, COR BRANCA, PLACA PNI8671, RENAVAM 1111524421, CHASSI 9C2KD1000HR3886 pertencente a GEORGE DA ROCHA GOMES, com a devida declaração do proprietário autenticada em anexo; Que saia de casa com a intenção de buscar uma pessoa. Que vinha um caminhão no sentido contrário e que ficou nervoso, que tentou virar a moto e que essa derrapou caindo sobre sua perna. Após o acidente, diversas pessoas passaram pelo local e viram o noticiante acidentado. Dentre as pessoas que viram ou souberam do acidente do noticiante estão NATALIA DA ROCHA MOTA (testemunha 01), RG 2002010374083, CPF N° 009.083.483-63, residente Vicente Silvano, 494, Pontal do Maceió, Fortim-Ce, e ELTON JOVENINO DOS SANTOS (testemunha 02), RG 20081735205, CPF 382.478.013-53, Vicente Silvano, 494, Pontal do Maceió, Fortim-Ce. Que a ambulância foi acionada e conduziu o noticiante para o Hospital de Fortim, em seguida foi levado para o hospital de Aracati-CE e depois para o Instituto José Frota em Fortaleza-CE. Em virtude do Acidente o noticiante sofreu uma fratura na perna direita e mais algumas escoriações no corpo.0408201709

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

INVESTIGAÇÕES
SEGURADORA S/A

DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

Pág 1 de 2

23 JUL. 2018
Impresso em: 03/07/2018 11:44:20

ENTRADA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Zenilda Vieira da Rocha

CPF da Vítima

355.880.393-00

Data do Acidente

04/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

85.99147.7500

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza, 13 de julho de 2018

Local e Data

Zenilda Vieira da Rocha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 INVESTPREV
 SEGURAS S/A

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

23 JUL. 2018



enr. 704 80-1-1-1

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Municipal Dr. Waldemar Alcântara



Hospital Municipal de São Paulo
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Hora do Atendimento _____

Data: 04/08/17

Nome: Zenilda Vieira da Rocha

Nome: José Sexo: M Idade: 56 Profissão: ---

Sexo: M N° 1234567890
Endereço: Al. das Flores CEP 00000-000

Peso: () kg D.X () SPO (95%)
EC: (70) bpm FR:

Peso: () kg
Sinais Vitais: PA: Sis (120) Dis (80) FC: (90)bpm FR: ()imph TEP: ()

Sinais Vitais: PA: Sis (120/80) Dic (17) Alergia: Megi

Fatores de risco: _____ Alergia: _____

Fatores de risco: _____
Classificação de Risco: () Alto () Moderado () Baixo Data 1º Sintomas: 10/03/2023

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)
Paciente vítima de acidente de moto há 30 min; fratura exp. em M.I.(5) + isquioáspis ombro e braço D.

Hipótese Diagnóstico: *Stricture capillar*

Procedimentos Solicitados : Prescrições:	Horários	Ass. Executo
1) <u>Realizada cura hvo + hiper</u>		
2) <u>Imobilização:</u>		
3) <u>JRL</u>		
4) <u>JF + Frang EV.</u>	<u>9/10</u>	
5) <u>Av. Diurótico</u>		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		

Encaminhamento/Destino do Paciente:

() Alta () Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Outro

Alta Internamente Externamente

Notificação da Rosário Motor

Nome do Reciente ou Responsável

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Tomás Medeiros Ospina
C.R.P. 15 - Profissional Executor

23 JUL. 2018

ENTRADE

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: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00578

CONTA: 000000027088-7

Nr. da Autenticação F1B060E7308E2767

Nº DO CLIENTE

8347343-2

Para efetuar seu pagamento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato contigo.

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.439

de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60136-040 | Fortaleza/CE

CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELETRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

492639077

Rota 29 24011 51 064100 - 4

Data de Emissão 14/09/2017

Nome ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

End. Postal RU VICENTE SILVANO 00000

PONTAL DE MACEIO FORTIM -

Medidor 7993142

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 355880393-00

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próximo Cálculo
Set/2017	14/09/2017	16/10/2017

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
1.15	7,50	0,09

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

665.4015.7205.0061.8768.6844.72F0.0687

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Mês	Jul/2017	EUSO 9,68		
		Padrão Individual	Apuração Individual	
Mês		Mensal	Trim.	Anual
DIC	14,57	21,71	49,49	0,00
FIC	7,67	15,34	38,68	0,00
DMIC	15,88			0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consl.	Consumo (kWh)	Consl. Ind.	Consl. Fis.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
164	106	1,00	59	0,00	0,00	0,14421	8,54
14/09/17	14/09/17		31.748		59		13,34

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	43,94
JUROS DO MES	0,05
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL	7,53
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	19,40
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,23)	

VENCIMENTO

16/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

70,92

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,67
Transmissão	1,49
Distribuição	9,93
Encargos Setoriais	3,44
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	14,49
TOTAL	43,94

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

41	59	31	45	31	0	0	0	0	0	0	0
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

25,50

0,00

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

23 JUL. 2018

ENTRADA

Declarando do Proprietário do Veículo

Eu, GEORGE DA ROCHA GOMES,

RG nº 2008010329621, data de expedição 15/04/2011,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 052.385.203-79, com

domicílio na cidade de FORTIM, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA VICENTE SILVANO, nº 41,

complemento 41 "B", declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ZÉNILDO VIEIRA DA ROCHA, cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR 160 Bros

Ano: 2016

Placa: PNI 8671

Chassi: 9C2KD1000HRD03886

Data do Acidente: 04.08.2017

Local e Data: Rua Vicente Silvano 04.08.2017

X. George da Rocha Gomes

Assinatura do Declarante

Zénildo Vieira da Rocha

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



Ricardo Robson Maia Maciel
Substituto

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

23 JUL. 2018

ENTRADA


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Serviço de Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta -

No. HOSPGESTOR: 34012

LEITO:

NOME: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

DATA DE INTERNACAO: 04/08/2017

DATA DA ALTA: 18/08/2017

BE/PRONT: 5521531

CIDADE DE ORIGEM: FORTIM

NASCIMENTO: 12091960

IDADE: 56

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-

OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA

EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
------	------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	--------------------

MAPA DO DIA 15/08/2017 - Terça-Feira
 14 1 18:00 11914 JOSAFÁ RESIDENTE + CX BASICA TO PARA MMII
 FERNANDES INDEFINIDO + CX GRANDES
 FRAGMENTOS

MARCADA

Marcado por:

FARRIE DA SILVA em:
14-08-2017 14:52:50

FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

MAPA DO DIA 17/08/2017 - Quinta-Feira
 14 1 18:00 11914 DANIEL MINA RESIDENTE + CX BASICA TO PARA MMII
 INDEFINIDO + CX GRANDES
 FRAGMENTOS

MARCADA

Marcado por:

FARRIE DA SILVA em:
16-08-2017 15:08:05

FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Luzia do Roselho

Ass.:	Retornar dia: _____
Data: _____	Dr. _____

Retornar dia: _____
Dr. _____Hora: _____ para
INVEST/PRÉV
SEGURADORA S/A*Dr. Jose*

23 JUL. 2018

ENTRADA

18/08/2017 07:11



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emitido em: 18/06/2018 9:50:33

Por: EDUARDO MOREIRA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 04/06/2017 16:59:15	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704809530084544	NOME: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA			Registro: 5521531	
CPF: 35588039300	RG:	D. NASC: 12/09/1960	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: RAIMUNDA GENESIA DA ROCHA		NOME DO PAI: FRANCISCO VIEIRA DA ROCHA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: VICENTE SILVANO		Nº: S/N	BAIRRO: PONTAL DO MACEIO
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 997674735,	MUNICÍPIO: FORTIM		UF: CE	CEP: 62815000
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: AMB DE FORTIM		PARENTESCO:		TELEFONE: 997674735	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus					
QUEIXAS: TRAUMA NO MID APOS QUEDA DE MOTO ENVOLVENDO CAMINHAO					
OBSERVAÇÕES: PROBL DE EXTREMIDADES, DOR MODERADA					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese: <i>COLU - 67</i>					
Exame Físico: <i>EXAME FÍSICO 18/06/2018</i>					
Conduta: <i>DATA: 18/06/2018 MÉDICO: 13826 SERVIDOR: Edivon de Souza AD</i>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: <i>18/06/2018</i>					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

23 JUL. 2018

Página 1 de 1

ENTRADA



ens. 704 802-0000

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTIM

Secretaria Municipal de Saúde

Hospital Municipal Dr. Waldemar Alcântara



FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Hora do Atendimento 09:00

Data: 04/08/17

Nome: Zenilda Oliveira da Rocha

Sexo: M Idade: 56 Profissão:

Endereço: Praeas N°

Peso: () kg DX() SPO (95%)

Sinais Vitais: PA: Sis (130) Dis (80) FC: (90)bpm FR:()mpm TEMP:()C

Alergia: Neji

Fatores de risco:

Classificação de Risco: () Alto () Moderado () Baixo Data 1º Sintomas: há 30 min

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de acidente de moto há 30min; fratura exposta em M (D) + escoriações ombro e braço D.

Perdeu 10 min de consciente - Fratura exposta em m (D)

Hipótese Diagnóstico: Fratura exposta / Frase

Procedimentos Solicitados: Prescrições:

- 1) Realização cura hvo + limpeza
- 2) Immobilização
- 3) TRL
- 4) SF + framel ev.
- 5) Rx. Radiografia
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

Horários

9:00

Ass. Executor

Encaminhamento/Destino do Paciente:

() Alta () Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito

Notório da Rocha Mota

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. J. T.
INVESTIGADO
SECURALGIA S/A
Assinatura do Profissional Executor

23 JUL. 2018

ENTRADA



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE eSUS
HOSPITALAR

Emitido em: 18/06/2018 11:0:36

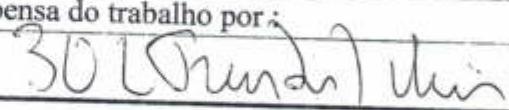
Por: UBI:RAJARA MORAIS MENDONÇA

Registro de Atendimento
Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 04/06/2017 16:59:15	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704809530084544	NOME: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA			Registro: 5521531	
CPF: 35588039300	RG:	D. NASC.: 12/09/1960	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/CDR: Parda
NOME DA MÃE: RAIMUNDA GENESIA DA ROCHA		NOME DO PAI: FRANCISCO VIEIRA DA ROCHA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rue		ENDEREÇO DO PACIENTE: VICENTE SILVANO	Nº: S/N	BAIRRO: PONTAL DO MACEIÓ	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 997674735,	MUNICÍPIO: FORTIM	UF: CE	CEP: 62815000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: AMB DE FORTIM		PARENTESCO	TELEFONE: 997674735		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO	OIB DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus					
QUEIXAS: TRAUMA NO MÍD APOS QUEDA DE MOTO ENVOLVENDO CAMINHÃO					
OBSERVAÇÕES: PROBL. DE EXTREMIDADES, 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:					
<p style="text-align: center;">FICHA DE ATENDIMENTO RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 18/06/18 MATRÍCULA 10.388.118 SERVIDOR(A) <i>[Signature]</i></p>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CÁRIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ZENILDO VIEIRA DA ROCHA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	04/08/2017	DATA DA ALTA:	18/08/2017
BE/PRONT:	5521531	CIDADE DE ORIGEM:	FORTIM
IDADE:	56		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass: 	Retornar dia: _____ / _____ / _____ Hora: _____ para Dr. _____
Data: 18/08/2017	Dispensa do trabalho por: 
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A

23 JUL. 2018

ENTRADA

18/08/2017 07:18

À SEGURODORA LIDER

SPNISIRO: 3180/343490

CPF: 355.880.393-00

Eu, ZENILDO VIEIRA DA ROCHA, venho por meio desta, solicitar a continuidade do meu processo do seguro DPVAT, pois já enviei toda documentação médica entregue no hospital, solicito que marquem uma perícia médica, visto que já estou de alta definitiva e me encontro com sequelas permanentes devido este acidente, toda documentação médica já se encontra na Seguradora Lider.

Fortaleza/Ce, 18 de Outubro 2018

Zenildo Vieira da Rocha



À Seguradora Líder

Sinistro: **3180/343490**

CPF: 355.880.393-00

Investprev Seguradora S/A
13 DEZ 2018
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Eu, **ZENILDO VIEIRA DA ROCHA**, venho por meio de esta solicitar uma reanálise do meu processo de dpvat, pois estou enviando uma nova documentação médica que evidenciam minhas lesões, solicito que marquem a perícia médica, visto que já me encontra em alta definitiva e estou com sequela permanente devido este acidente. Toda documentação médica já se encontra na Seguradora Líder.

Fortaleza, 12 de dezembro de 2018.

Zenildo Vieira da Rocha



Investprev Seguradora S/A

13 DEZ 2018

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Scanned with CamScanner

À Seguradora Líder

Sinistro: **3180/343490**

CPF: 355.880.393-00

Investprev Seguradora S/A
13 DEZ 2018
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Eu, **ZENILDO VIEIRA DA ROCHA**, venho por meio de esta solicitar uma reanálise do meu processo de dpvat, pois estou enviando uma nova documentação médica que evidenciam minhas lesões, solicito que marquem a perícia médica, visto que já me encontra em alta definitiva e estou com sequela permanente devido este acidente. Toda documentação médica já se encontra na Seguradora Líder.

Fortaleza, 12 de dezembro de 2018.

Zenildo Vieira da Rocha



Investprev Seguradora S/A

13 DEZ 2018

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Scanned with CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343490 **Cidade:** Fortim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343490 **Cidade:** Fortim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, FOLHA DE CIRURGIA SE FOR O CASO E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM COM IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343490 **Cidade:** Fortim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343490 **Cidade:** Fortim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da diáfise distal da tíbia à direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do tornozelo direito periciado, apresenta marcha com claudicação, presença de cicatrizes cirúrgicas, redução da amplitude de movimentos, com limitação de flexão plantar aos 37º e dorsiflexão aos 15º do tornozelo. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo. Ao exame do ombro direito apresenta amplitude dos movimentos dentro da normalidade, realizando flexão e abdução até 180º, bem como extensão até 45º e adução até 40º. Apresenta amplitude de movimentos articulares do cotovelo direito dentro dos padrões da normalidade, realizando flexão até 145º, bem como pronação e supinação até 90º do antebraço sem alterações. Não apresenta dor à palpação na região clavicular. Força motora em grau máximo em membro superior direito (V). Assim, não se constata presença de sequela funcional permanente decorrente de lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, isto é, logo após o acidente, fratura exposta da diáfise distal da tíbia à direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito, conforme documentos de pronto atendimento de 04/08/2017. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso e cirúrgico, havendo permanecido em internação hospitalar de 04/08/2017 a 18/08/2017. Após as medidas terapêuticas, a evolução clínica da fratura exposta da diáfise distal da tíbia à direita apresentou alteração da mobilidade do mecanismo tibiotalar. Atualmente, tem-se que as sequelas são permanentes no tornozelo direito, inexistindo medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta de tornozelo direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Henrique Rodrigues Rosito'.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343490 **Cidade:** Fortim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da diáfise distal da tíbia à direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do tornozelo direito periciado, apresenta marcha com claudicação, presença de cicatrizes cirúrgicas, redução da amplitude de movimentos, com limitação de flexão plantar aos 37º e dorsiflexão aos 15º do tornozelo. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo. Ao exame do ombro direito apresenta amplitude dos movimentos dentro da normalidade, realizando flexão e abdução até 180º, bem como extensão até 45º e adução até 40º. Apresenta amplitude de movimentos articulares do cotovelo direito dentro dos padrões da normalidade, realizando flexão até 145º, bem como pronação e supinação até 90º do antebraço sem alterações. Não apresenta dor à palpação na região clavicular. Força motora em grau máximo em membro superior direito (V). Assim, não se constata presença de sequela funcional permanente decorrente de lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, isto é, logo após o acidente, fratura exposta da diáfise distal da tíbia à direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito, conforme documentos de pronto atendimento de 04/08/2017. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso e cirúrgico, havendo permanecido em internação hospitalar de 04/08/2017 a 18/08/2017. Após as medidas terapêuticas, a evolução clínica da fratura exposta da diáfise distal da tíbia à direita apresentou alteração da mobilidade do mecanismo tibiotalar. Atualmente, tem-se que as sequelas são permanentes no tornozelo direito, inexistindo medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta de tornozelo direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Henrique Rodrigues Rosito'.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343490 **Cidade:** Fortim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da diáfise da tíbia direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do tornozelo direito: apresenta cicatrizes cirúrgicas, marcha claudicante, instabilidade articular e redução da amplitude de seus movimentos, com limitação de flexão plantar aos 37° e dorsiflexão aos 15°. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo. Ao exame físico dirigido ao membro superior direito, apresenta amplitude de movimentos articulares dentro dos padrões de normalidade, realizando flexão de 0° a 80°, extensão de 0° a 70°, desvio ulnar de 0° a 45° e desvio radial em 0° a 30° do punho, flexão de 0° a 150° e extensão de 150° até 0°, do cotovelo com pronação e supinação de 0° a 70° do antebraço, flexão e abdução de 0° a 180°, extensão de 0° a 45°, adução de 0° a 40°, rotação medial de 0° à 90° e rotação lateral de 0° à 70° do ombro. Revela, ainda, ausência de alterações tróficas, possuindo força muscular em grau máximo. Assim, não se constata presença de sequela funcional permanente decorrente de lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura exposta da diáfise da tíbia direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 04/08/2017. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura exposta da diáfise da tíbia direita. No que diz respeito às escoriações em terço superior e médio do braço direito, realizou tratamento medicamentoso e conservador. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial para a fratura exposta da diáfise da tíbia direita e melhora definitiva para as demais lesões. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do tornozelo direito e quadro resolutivo com ausência de sequelas no membro superior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força do mecanismo tibiotalar.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Trata-se de caso de reanálise com pagamento anterior de indenização. Na primeira análise foi apurada sequela permanente decorrente de fratura exposta da diáfise da tíbia direita, em grau leve. A conduta inicial segue mantida, uma vez que, após avaliação física e documental, a graduação da perda funcional no tornozelo direito demonstra-se adequada.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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
			Total	0 %

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Henrique Rodrigues Rosito'.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272792/18

Número do Sinistro: 3180343490

Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

CPF: 355.880.393-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2017

Titular do CPF: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA
CPF: 355.880.393-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

ANDERSSON COSTA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272792/18

Número do Sinistro: 3180343490

Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

CPF: 355.880.393-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2017

Titular do CPF: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/10/2018
Nome: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA
CPF: 355.880.393-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2018
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343490 **Cidade:** Fortim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da diáfise distal da tíbia à direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do tornozelo direito periciado, apresenta marcha com claudicação, presença de cicatrizes cirúrgicas, redução da amplitude de movimentos, com limitação de flexão plantar aos 37º e dorsiflexão aos 15º do tornozelo. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo. Ao exame do ombro direito apresenta amplitude dos movimentos dentro da normalidade, realizando flexão e abdução até 180º, bem como extensão até 45º e adução até 40º. Apresenta amplitude de movimentos articulares do cotovelo direito dentro dos padrões da normalidade, realizando flexão até 145º, bem como pronação e supinação até 90º do antebraço sem alterações. Não apresenta dor à palpação na região clavicular. Força motora em grau máximo em membro superior direito (V). Assim, não se constata presença de sequela funcional permanente decorrente de lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, isto é, logo após o acidente, fratura exposta da diáfise distal da tíbia à direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito, conforme documentos de pronto atendimento de 04/08/2017. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso e cirúrgico, havendo permanecido em internação hospitalar de 04/08/2017 a 18/08/2017. Após as medidas terapêuticas, a evolução clínica da fratura exposta da diáfise distal da tíbia à direita apresentou alteração da mobilidade do mecanismo tibiotalar. Atualmente, tem-se que as sequelas são permanentes no tornozelo direito, inexistindo medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta de tornozelo direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Henrique Rodrigues Rosito'.

**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.

Número do Sinistro: **3180343490**

Nome do(a) Examinado(a): **ZENILDO VIEIRA DA ROCHA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VICENTE SILVANO, S/N, PORTAL DE MACEIO, FORTIM/CE**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **05561640863, DETRAN**

Data e local do acidente: **04/08/2017, FORTIM/CE**

Data e local do exame: **29/10/2018, FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta da diáfise distal da tibia à direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A avaliação do estágio clínico atual demonstra que a lesão obteve melhora posteriormente a realização dos tratamentos medicamentoso e cirúrgico, havendo permanecido em internação hospitalar de 04/08/2017 a 18/08/2017, sendo apurada a existência de sequela permanente no tornozelo direito, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame do tornozelo direito periciado, apresenta marcha com claudicação, presença de cicatrizes cirúrgicas, redução da amplitude de movimentos, com limitação de flexão plantar aos 37° e dorsiflexão aos 15° do tornozelo. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo. Ao exame do ombro direito apresenta amplitude dos movimentos dentro da normalidade, realizando flexão e abdução até 180°, bem como extensão até 45° e adução até 40°. Apresenta amplitude de movimentos articulares do cotovelo direito dentro dos padrões da normalidade, realizando flexão até 145°, bem como pronação e supinação até 90° do antebraço sem alterações. Não apresenta dor à palpação na região clavicular. Força motora em grau máximo em membro superior direito (V). Assim, não se constata presença de sequela funcional permanente decorrente de lesão.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?
[] Sim [] Não.

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda funcional, parcial e incompleta da mobilidade do tornozelo direito.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela): Tornozelo - Direito - LEVE - 25%

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Gritele Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

Assinatura e carimbo do médico

**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.

Número do Sinistro: **3180343490**

Nome do(a) Examinado(a): **ZENILDO VIEIRA DA ROCHA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Vicente Silvano, s/nº - Fortim/CE**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **033910, MT CE**

Data e local do acidente: **04/08/2017 - Fortim/CE**

Data e local do exame: **27/12/2018 - Fortaleza/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta da diáfise da tibia direita e escoriações em terço superior e médio do braço direito.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura exposta da diáfise da tibia direita. No que diz respeito às escoriações em terço superior e médio do braço direito, realizou tratamento medicamentoso e conservador. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no tornozelo direito.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame do tornozelo direito: apresenta cicatrizes cirúrgicas, marcha claudicante, instabilidade articular e redução da amplitude de seus movimentos, com limitação de flexão plantar aos 37° e dorsiflexão aos 15°. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo. Ao exame físico dirigido ao membro superior direito, apresenta amplitude de movimentos articulares dentro dos padrões de normalidade, realizando flexão de 0° a 80°, extensão de 0° a 70°, desvio ulnar de 0° a 45° e desvio radial em 0° a 30° do punho, flexão de 0° a 150° e extensão de 150° até 0°, do cotovelo com pronação e supinação de 0° a 70° do antebraço, flexão e abdução de 0° a 180°, extensão de 0° a 45°, adução de 0° a 40°, rotação medial de 0° à 90° e rotação lateral de 0° à 70° do ombro. Revela, ainda, ausência de alterações tróficas, possuindo força muscular em grau máximo. Assim, não se constata presença de sequela funcional permanente decorrente de lesão.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não.

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, devido à redução da mobilidade e força do mecanismo tibiotalar.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela): Tornozelo - Direito - LEVE - 25%

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

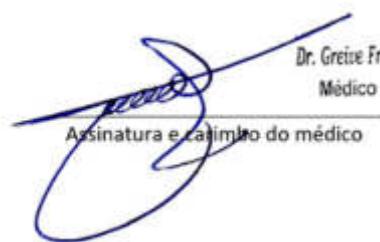
() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal. **Não apresenta sequelas no membro superior direito.**


Dr. Greize Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico