

25/04/2013

- BANCO DO BRASIL -

9:04:57

**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA****FORMA DE PAGAMENTOS: CRÉDITO EM CONTA CORRENTE****CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO****AGÊNCIA: 1769-8****CONTA: 00.000.611.000-2**

=====

**DATA DA TRANSFERÊNCIA:****18/04/2013****NÚMERO DO DOCUMENTO:****123456789012****VALOR TOTAL:****1.350,00****\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA :****CLIENTE: FRANCISCO OZIANES XAVIER NOBRE****BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.****AGÊNCIA : 0.675-0****CONTA : 00.000.049.228-0**

=====

**Nr. Autenticação: 4.E46.A84.A24.6BA.09B**

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2013172348**  
Vítima: **FRANCISCO OZIANES XAVIER NOBRE**  
Local: **CE-FORTALEZA**  
Data do Acidente: **1/7/2013**

### Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**SISTEMA NERVOSO CENTRAL, MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**TRAUMATISMO CRANIANO COM TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ESCORIAÇÕES NO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR A ESQUERDA.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**SINISTRADO QUEIXANDO SE: CEFALIA, TONTURAS E ESQUECIMENTO.  
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR ESQUERDO SEM DEFICIT FUNCIONAL.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

### Segmento Anatômico

1ª Lesão

#### **SISTEMA NERVOSO CENTRAL.**

Marque o percentual

☒ 10%    ☐ 25%    ☐ 50%    ☐ 75%

2ª Lesão

#### **MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

Marque o percentual

☐ 10%    ☐ 25%    ☐ 50%    ☐ 75%

3ª Lesão

#### **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

Marque o percentual

☐ 10%    ☐ 25%    ☐ 50%    ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10%    ☐ 25%    ☐ 50%    ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**Médico Perito:**

**Médico Revisor: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957**



Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad  
Médico  
CRM 10570

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**



Eu, Francisco Ozianes Xavier Nobre, portador da carteira de identidade nº 2001010104991 e inscrito no CPF/MF sob o nº 441.593.663-68, residente e domiciliado na R. Francisco Travenço de Abreu, 302, Cidade Eusebio, Estado Roraima, 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.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Eusebio 18.02.2013

Local e data



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**  
**- SEGURO DPVAT -**

Nº DO SINISTRO:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



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

Eu, Francisco Ozianes Xavier Nobre  
PORTADOR / A DO RG Nº 02908 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 31/07/02 E  
CPF 441593663-68 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR  
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Ozianes  
Xavier Nobre, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT  
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS B)**  
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 0675-0 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA  
Nº CONTA-CORRENTE 49228-0

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**  
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**  
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**  
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**  
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

LOCAL Fortaleza DATA 06/02/2013

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A \_\_\_\_\_

**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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A Circular Susep nº 380/08, 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.

**Autorização de Pesquisa Médica**

Autorizo, na qualidade de Beneficiário(a) / Representante Legal, que os médicos, hospitais e similares, IML e laboratórios, prestem todas as informações solicitadas pela área médica da Seguradora Líder DPVAT, bem como, forneçam cópias de exames, laudos e prontuários médicos, de acordo com os artigos 102 e 106 do Código de Ética Médica.

Assinatura \_\_\_\_\_

SISTEMA DE INFORMAÇÕES UNICO DO BRASIL  
27/07/2013 Autenticação 09:45:37  
28/07/2013 0142

PROPRIETÁRIO DA ENTREGA DE ENVELOPE  
MENCIONADO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECER  
LICENTE FRANCISCO O XAVIER NOBRE  
AGÊNCIA: 0675-0 CONTA: 49.228-0  
VALOR TOTAL: 2,08  
NR. ENVELOPE 2.348.118.571

Valor sujeito a conferência.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 114 / 2013**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **08/01/2013 09:50:16**

Data / Hora da Ocorrência : **07/01/2013 19:00:00**

Endereço da Ocorrência: **FSTR DO FIO**

**MESSEJANA FORTALEZA /CE**

Ponto de Referência: **IGREJA CATOLICA**

BOLETIM DE OCORRENCIA



\*1004026\*

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO OZIANES XAVIER NOBRE**

Nascimento : **26/03/1972**

RG: **2001010104991** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **44159366368**

Filiação: **FRANCISCO OZAMES NOBRE**

**ANATALIA XAVIER NOBRE**

Endereço: **R FCO TRAJANO DE ABREU 301**

**JARDIM MARINGÁ**

**EUSEBIO CE BRASIL**

Telefone: **3260-4989**

**Histórico**

Informa o declarante que transitava em sua motocicleta (HONDA/CG125 TITAN KS, ANO 2003/2004, PRETA, PLACA HYL9261, EM NOME DE MARIA DE FATIMA VIEIRA DE QUEIROZ, PORÉM DE PROPRIEDADE DO DECLARANTE) sentido Fortaleza/Eusebio, na Estrada do Fio, quando uma outra motocicleta (HONDA/CG150 TITAN KS, ANO 2008/2008, AZUL, PLACA HYV1476, EM NOME DE FRANCISCA MARTA MENDES OLIVEIRA), que transitava em sentido contrário, ou seja, Eusebio/Fortaleza, quando na ocasião, sem os devidos cuidados cruzou a via realizando conversão a esquerda, não tendo sequer condições do declarante evitar a colisão. QUE em decorrência da colisão, sofreu danos físicos (luxações no joelho e ombro, hem como um corte na testa) e materiais (prejuízo de cerca de R\$500,00). QUE foi acionada uma unidade móvel, ocasião em que foi realizado perícia. E NADA MAIS DISSER.////

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: **198178-1-4**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

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

Fernando Cesar M.S. Junior  
Escrivão de Polícia Civil  
Reg. 198.178-1-4

FEDERAL SEGUROS  
05 MAR 2013



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DO RUSÉRIO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 114/2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data \ Hora da Comunicação: 08/01/2013 09:20:16

Data \ Hora da Ocorrência: 07/01/2013 19:00:00

Endereço da Ocorrência: ESTR. DO RIO

MESSEJANA FORTALEZA/CE

Ponto de Referência: IGREJA CATOLICA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO OLAVES XAVIER NOBRE

Nascimento: 26/03/1972

RG: 200101014991 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 44159366368

Filiação: FRANCISCO OLAVES NOBRE

AVATALLA XAVIER NOBRE

Endereço: R ECO TRAIANO DE ABREU 301

JARDIM MARINHA

RUSÉRIO CE BRASIL

Telefone: 3260-1989

Histórico

Informa o declarante que transitava em sua motocicleta (HONDA/CB125 TITAN K2, ANO 2003/2004, PRETA, PLACA HYV1476, EM NOME DE MARIA DE FATIMA VIEIRA DE QUEIROZ, PORÉM DE PROPRIEDADE DO DECLARANTE) sentido Fortaleza/Ruséριο, no Estado do Rio, quando uma outra motocicleta (HONDA/CB125 TITAN K2, ANO 2008/2008, AZUL, PLACA HYV1476, EM NOME DE FRANCISCA MARTA MENDES OLIVEIRA), que transitava em sentido contrário, ao seguir Rua Rio/Ruséριο, quando na ocasião, sem os devidos cuidados entrou a via realizando conversão a esquerda, não tendo seguido condições do declarante evitar a colisão. QUE em decorrência da colisão, sofreu danos físicos (luxações no joelho e ombro, bem como um corte na testa) e materiais (perjuízo de cerca de R\$200,00). QUE foi acionada uma unidade móvel, ocasião em que foi realizado boletim. E NADA MAIS DISSERAM.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO RUSÉRIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: 198178-14

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

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

*Atm BDD  
AORZEMAN  
de DOCUMENTO*

*2 ANOS  
047473-002013  
TAXA 5000*

4378103-9

**coelce**

Ena Pabla Williams, MD, MPH, 610/501-5604, President of  
Chag Chag, 221 20th St, Chag Chag, NY 10841  
A Tasha Social de Energia, 1000 1st Ave, New York, NY  
10001, 212/312-1000, 212/312-1000

**தமிழ்நாட்டின் மரபு**, எழுதி வந்தவன், தமிழ் மரபு அறிஞர்  
எனப்பெயர் பெற்ற இராசரத்தினம் பாரதியார் அவர்களாகும்.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-41N<sup>o</sup> 284705683

Rota 31 70043 54 014200 - 0 Data de Emissão 13/12/2012

FRANCESCO OZIANES XAVIER NOBRE

ENC. Postal RU FRANCISCO TRAJANO DE ABREU 00301  
- EUSEBIO - 61760000

Medidor 14165601

Page 2290-2292

Classe RESIDENCIAL MONOFÁSICO

Fator de Potência 0,00

RG / CFF / CNPJ 441593663-68

CGF

### Nome da Responsável

## DATA5

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

Três de Fevereiro	Data de Aprovação	Prova de Próx. Letra
02/02/2012	13/12/2012	14/01/2013

Conjunto AGRUC  
Mts 6-1-2002 ON 22-24

## HCMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
54,22	20,00%	10,84

	Padrão Individual			Agrupação Individual		
	Mensal	Semanal	Anual	Mensal	Semanal	Anual
DIC	11,93	20,41	46,25	1,53	1,73	1,77
PC	8,24	15,25	32,15	2,45	2,68	2,95
DMIC	5,18			1,25		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000

**Journal of Consumer Policy**

Label	Value	Unit
Late April	0.777	
Cross	0.03	
Consumption (MWh)	876	
Cross	0.03	
Costs (€)	101	
T2023 (MWh)	0.00716	
Value (€)	54.9	

54.7	57.5	54.9	108	0.000	101	
16/10/12	13/11/12	-	23/08/85		101	54.2

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	54,28
QUOTA PARCELAMENTO 2/9	18,53
MULTA MORATORIA REF 09/2012	1,10

**COMPROVANTE DE RESIDENCIA**

\*1054040



VENCIMENTO 25/01/2013

TOTAL A PAGAR (R\$)

72.0%

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Exercício .....	37,75
Trabalho .....	1,50
Distribuição .....	89,30
Exames Gerais .....	2,41
Trabalho (10% P.E. e F.E.) .....	17,50
Total .....	64,96

112	
101	
95	
107	
111	
114	
109	
118	
113	
124	
128	
110	

**importante** CONTAS EM ATRASO

[illegible]

DEJINS APTITUDE

Age-Group	Value
18-24	25.5

FEDERAL SEGUROS  
05 MAR 2013

Nº do Cliente	Referência:
Data de Emissão: 4378103-9	Total A Pagar (R\$): 22,00
Nº da Nota Fiscal: 13/12/2012	Nº do Controle: 0004378103 00019 39242 9

83630000000-5 72000031200-6 00043781630-2 00193924291-1



TEL CONTATO E MARCAÇÃO DE PERÍCIA  
(085) 3483.2904 (085) 8534-5824  
**SORAYA**



HDEBO-Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira  
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

CIRURGIAO NOTURNO

6

REGISTRO N°  
13.002876

PACIENTE FRANCISCO OZIANES XAVIER NOBRE		CNS	DATA NASCIMENTO	IDADE	DOCUMENTO
TELEFONE		NATURALIDADE	16/03/1972	40a	Ignora
SEXO	1 <input checked="" type="checkbox"/> MASC. 3 <input type="checkbox"/> FEM.	FORTALEZA	1 <input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRO 2 <input type="checkbox"/> CASADO 3 <input type="checkbox"/> VIÚVO 4 <input type="checkbox"/> OUTROS		
PAI		MÃE	ANA TALIA XAVIER NOBRE		
ENDEREÇO		Bairro	Cidade		U.F.
RUA MARCOS ANTONES, 47		EUSEBIO	EUSEBIO		CE
EMERGENCIA		1 <input type="checkbox"/> ADULTO	2 <input type="checkbox"/> PEDIATRIA	3 <input type="checkbox"/> TRAUMATOLOGIA	12 <input type="checkbox"/> OUTROS
MOTIVO DO ATENDIMENTO		DATA DO ATENDIMENTO			
		07/01/2013			
HORA		19:55			
EXAMES COMPLEMENTARES					
1 <input type="checkbox"/> RAIO X	2 <input type="checkbox"/> ULTRASSOM	3 <input type="checkbox"/> TÓMOG. COMP.	4 <input type="checkbox"/> SANGUE	5 <input type="checkbox"/> URINA	6 <input type="checkbox"/> ECG
7 <input type="checkbox"/> OUTROS					

DIAGNÓSTICO

*Sutura e pontos*

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA (HORA) CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

*Prof. corrente a orofaringe, por via oral*

*na região de cápsula*

*Sob observação*

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

\*1004031\*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

PREScrição	ENFERMAGEM
<p>1. S.G.F. - 2000</p> <p>2. Rofenil 100 mg</p>	<p>500 (30) 500 (.) 500 (.)</p> <p>500 (.)</p> <p>21.30</p>

Dr. Leonardo Antônio de Sá Sales  
Cirurgião do Aparelho Digestivo  
CRM: 1004031

Dr. Leonardo Antônio de Sá Sales  
Cirurgião do Aparelho Digestivo  
CRM: 1004031

OBSERVAÇÃO: (ATE 24h) ☐

PARA ÓBITO ☐

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA

DATA E HORA DA ALTA: ☐ ☐

DATA E HORA DO ÓBITO: ☐ ☐

ANATOMIA PATOLÓGICA

0012-051

HOSPITAL DISTRIAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Guia 13002876 registrada por JOMAX

FEDERAL SEGUROS  
05 MAR 2013

Fortaleza

Coari

Conferir com a original



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL  
DO ESTADO DO CEARÁ

Núcleo Central de Atendimento

Fortaleza, 01 de fevereiro de 2013

OFÍCIO 341/2013-NCA



Prezados(as) Senhores(as),

O Sr(a). FRANCISCO OZIANES XAVIER NOBRE, Identidade nº 02908 MT/CE, CPF nº 441.593.663-68, pobre na forma da lei, compareceu neste órgão defensorial, no dia 01/02/2013, com o fito de solicitar cópia do seguinte laudo pericial nº047473-01/2013T, perito Martonio nos termos do Boletim de Ocorrência em anexo.

Em epitome, a Defensoria Pública do Estado do Ceará requisita a cópia integral do laudo pericial referido acima, desde que não exista procedimento policial acerca do fato em apuração (caso em que será encaminhado diretamente à autoridade policial).

Certo(a) de contar com vossa valiosa colaboração, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

  
Defensor(a) Público(a)

Manoela de Queiroz F. Lima  
Defensora Pública

  
Francisco Ozianes Xavier Nobre



PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ - PEFOCE  
Av. Presidente Castelo Branco, 901 - Moura Brasil  
Fortaleza - Ce

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

\*1004037\*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 PATRÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: FRANCISCO OZANES XAVIER NOBRE

DOC. EXISTENTE / DATA DE EMISSÃO: 02000 RT CE

CPF: 341.593.663-68 DATA NASCIMENTO: 26/03/1972

RENKAO: FRANCISCO OZANES NOBRE  
 APOSTALIA XAVIER NOBRE

PROFISSÃO: [ ] RCE: [ ] CRI MA: AB

1º REGISTRO: 02446356634 03/04/2017 2º REGISTRO: 31/07/2002

ORIENTAÇÃO: [ ]

SIGNATURA DO TITULAR: [ ] DATA: 10/04/2012

LOCAL: PORTALEZA, CE

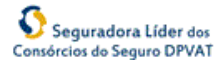
55488391685  
 CR129948088

582065469

FEDERAL SEGUROS  
 05 MAR 2013

TEL. CONTATO E MARCAÇÃO DE PERÍCIA  
 (085) 3483.2904 (085) 8534-5824  
 SORAYA

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013172348**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO OZIANES  
XAVIER NOBRE**Data do acidente:** 07/01/2013**Emissor do parecer:** Reginaldo  
Wanis**Seguradora:** FEDERAL DE  
SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 436856

## PARECER

**Data da análise:** 04/04/2013**Valoração do  
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** NÃO IDENTIFICADO**Resultados  
terapêuticos:** A ECCLARECER**Sequelas  
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das  
sequelas:****Documentos  
complementares:****Observações:** POERICIA ESPECIAL CE**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** REGINALDO WANIS**UF do CRM do  
médico:** RJ

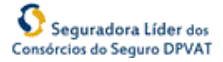
## DANOS

**Dano**

Danos não definidos.

**% Dimensão Graduação****Valor avaliado:** 0,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2013172348	<b>Cidade:</b> Fortaleza	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> FRANCISCO OZIANES XAVIER NOBRE	<b>Data do acidente:</b> 07/01/2013	<b>Emissor do parecer:</b> Jessica de Oliveira Vidal
<b>Seguradora:</b> FEDERAL DE SEGUROS S/A	<b>Prestadora:</b> CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	<b>CRM do médico:</b> 52575957

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO, ESCORIAÇÕES NO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR A ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** SINISTRADO QUEIXANDO SE: CEFALÉIA, TONTURAS E ESQUECIMENTO. MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR ESQUERDO SEM DEFICIT FUNCIONAL

**Resultados terapêuticos:** TTO CONS

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas :** Com sequela

**Data da perícia:** 15/04/2013

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** FLAVIO EDUARDO HADDAD

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	0
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	10
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	0

**Valor avaliado:** 1.350,00