

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 médico 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: CEFALÉIA, TONTURAS E ESQUECIMENTO.  
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR ESQUERDO SEM DEFÍCIT 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 suscetível(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 integra 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 Molne, 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 Tavares de Abreu, 308, Cidade Eusébio, Estado Rio Grande do Norte, 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

Eusébio 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 Ojane Xavier Nobre

PORTADOR / A DO RG Nº 03908

EXPEDIDO POR SSP/CE EM 31/07/02 E

CPF 4911593663-68 / CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Ojane Xavier Nobre

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 BANCOS)**  
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 0675-0 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA A  
Nº CONTA-CORRENTE 49228-0

SIBRA - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCÁRIAS DO BRASIL  
27/01/2013 Autodenúncio 06/05/37  
7898/0105 0142

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

FORNECEDOR DE ENTREGA DE ENVELOPE  
MENCIONADO NA CONTA CORRENTE - INSCRIÇÃO

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

FRANCISCO O XAVIER NOBRE  
CÓDIGO: 49.228-0  
VALOR TOTAL: 2.08  
NR. ENVELOPE: 2.318.178.571

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

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

Valor sujeito a conferência.

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 DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fortaleza

DATA 06/02/2013

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Francisco Ojane Xavier Nobre

**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 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tornando 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.

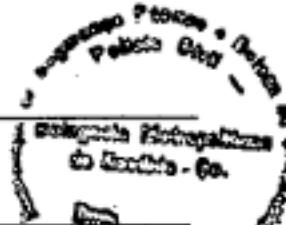
**Autorização de Pesquisa Médica**

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, fornecam cópias de exames, laudos e prontuários médicos, de acordo com os artigos 102 e 106 do Código de Ética Médica.

Assinatura \_\_\_\_\_

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 206 - 114/2013



*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

\*1004026\*

Endereço da Ocorrência: FSTR DO FIO



MESSEJANA FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: IGREJA CATÓLICA

*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 OZIANES NOBRE

ANATALIA XAVIER NOBRE

Endereço: R FCO TRAJANO DE ABREU 301

JARDIM MARINGA

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/Eusébio, 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, Eusébio/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 umbra, bem 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. NADA MAIS DISSO.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Fernando Cesar M.S.Junior  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 198.178-14

MATRÍCULA: 198178-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

FEDERAL SEGUROS  
05 MAR 2013



# DELEGACIA METROPOLITANA DE EUSKERIA POLICIA CIVIL SECRETARIA DE SEGURANCA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL GOBIERNO DE EUSKADI DO GEVER

BOLLETIM DE OCORRÊNCIAS N.º 208 - 114\5013

### 1.1.2. *Geometria*

Nametas de Lata: ALIMENTOS - OUTROS

01:02:00 11/05/2000 [www.english-test.net](http://www.english-test.net) sh 800H \ test1

00:00:01.100000000 : -----

2021-2022 CLASSIC COLLECTION

## MESSEYAN FORUM

### 1.2. *W* is a *W*-algebra

MAPA DE AVANÇOS DA VIDA NORTE

СОВЕТСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

Издательство: Университетская книга  
Автор: А.А. Борисов  
Год: 1999  
Страниц: 128

— Ты не знаешь, что это за звук?

ВСЕГДА С ПОДДЕРЖКОЙ АДАМА

105. HERRERA, E. (1994). *MANAJAMIENTO DE LA INFORMACIÓN*. Madrid: Ed. Prensa Universitaria.

СОВЕТСКАЯ АССАМБЛЕЯ

## ПАРНІСТВА

卷之三

que se realizó en la sala de juntas de la sede de la Federación de Trabajadores de la Construcción y Obras Pías (FETCO) en la calle 100 número 100, en la ciudad de Mérida, el día 20 de octubre de 2011, en el que se acordó lo siguiente:

132

## ЯВЛЯЮЩИЕСЯ

МАГИСТРАЛЯ 1-4

100% [ГИДРОГЕОЛОГИЧЕСКИЕ](#)

THE ~~DE~~  
REPRESENTATIVE  
IN DOCUMENTS.

2 Mar 1968  
047473-022013  
TANISNUO.

Nº DO CLIENTE

4378103-9

Pecuária, comércio, indústria e serviços.

Centro das Artes e das Ciências Humanas.

coelce

Rua Rio das Cachoeiras, 100 - CEP 60135-042 - Presidente Prudente - SP  
CNPJ 00.11.21.0001-72 - CEP 60135-042  
A Taxa Social de Energia Elétrica Fazenda da Serra  
Salvo 01/10/2012, de 25 de outubro de 2012

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA I GRUPO B I SÉRIE B-4 (1) 284785683

Rota 31 20843 54 014200 - 0

Data de Emissão 13/12/2012

Nome FRANCESCO OZIANES XAVIER NOBRE

End. Postal RU FRANCISCO TRAJANO DE ABREU 08301  
- EUSEBIO - 61760000

Medidor 14185681

Peso 0000 0000

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,90

RG / CPF / CNPJ 441593663-68

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Data de Entrega 01/12/2012 Data de Agremiação 13/12/2012 Previsão Próx. Leitura 14/01/2013

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto AB7742

Mês 01/2012 01/2012

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
54,28 10,00 5,45

## Pedágio Individual

Mês Ano Ano Ano Ano Ano Ano Ano  
DIC 11,52 22,51 45,25 1,53 1,72 1,72  
FIC 8,24 15,25 32,58 2,35 2,66 2,66  
DMIC 6,19 1,67

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

S07.195, P04.014.001.001.005.000

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Un. Amed Un. Anual Un. Cadastral Consumo (kWh) Custo. Inv. Custo. Fiel. Taxa/035/kWh Valor (R\$)

345 375 1.02 108 8,82 101 0,59716 54,28

13/12/12 13/12/12 33/08 101 54,28

DESCRIÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 54,28

QUOTA PARCELAMENTO 2/9 18,53

MULTA HORATORIA REF 09/2012 1,19

## COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040\*



VENCIMENTO

25/01/2013

TOTAL A PAGAR (R\$)

72,00

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Impostos ..... 32,15  
Franchising ..... 0,00  
Distribuição ..... 6,35  
Centro de Custo ..... 1,04  
Gastos (ICMS PIS/COFINS) ..... 11,52  
Outros ..... 54,28

## HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

12/12	10/12	09/12	07/12	06/12	05/12	04/12	03/12	02/12	01/12	30/11	29/11
112	101	95	107	111	114	109	116	113	124	128	116

## Importante CONTAIS EM ATRASO

## PERÍODO DE REFERÊNCIA:

Referência: 09/2012. Prazo vencido em 09/2012. Tarifa de energia: 0,4000 R\$.

O valor de R\$ 62,15. Conforme art. 171 da Lei. Faz. 400/00.

Pedágio: 0,00. Cotação: 0,00. Custo Inv. 0,00. Custo Fiel. 0,00.

O valor de R\$ 0,00. Data de vencimento: 09/2012. Tarifa de energia: 0,4000 R\$.

O valor de R\$ 0,00. Data de vencimento: 09/2012. Tarifa de energia: 0,4000 R\$.

O valor de R\$ 0,00. Data de vencimento: 09/2012. Tarifa de energia: 0,4000 R\$.

## DEBTOS PENDENTES

Referência: 10/2012

Valor: R\$ 0,00

Referência: 11/2012

Valor: R\$ 0,00

Referência: 12/2012

Valor: R\$ 0,00

Referência: 01/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 02/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 03/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 04/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 05/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 06/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 07/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 08/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 09/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 10/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 11/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 12/2013

Valor: R\$ 0,00

Referência: 01/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 02/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 03/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 04/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 05/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 06/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 07/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 08/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 09/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 10/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 11/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 12/2014

Valor: R\$ 0,00

Referência: 01/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 02/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 03/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 04/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 05/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 06/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 07/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 08/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 09/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 10/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 11/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 12/2015

Valor: R\$ 0,00

Referência: 01/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 02/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 03/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 04/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 05/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 06/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 07/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 08/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 09/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 10/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 11/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 12/2016

Valor: R\$ 0,00

Referência: 01/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 02/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 03/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 04/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 05/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 06/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 07/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 08/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 09/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 10/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 11/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 12/2017

Valor: R\$ 0,00

Referência: 01/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 02/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 03/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 04/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 05/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 06/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 07/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 08/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 09/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 10/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 11/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 12/2018

Valor: R\$ 0,00

Referência: 01/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 02/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 03/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 04/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 05/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 06/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 07/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 08/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 09/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 10/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 11/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 12/2019

Valor: R\$ 0,00

Referência: 01/2020

Valor: R\$ 0,00

Referência: 02/2020

Valor: R\$ 0,00

Referência: 03/2020

Valor: R\$ 0,00

Referência: 04/2020

Valor: R\$ 0,00

Referência: 05/2020

Valor: R\$ 0,00

Referência: 06/2020

Valor: R\$ 0,00

Referência: 07/2020

Valor: R\$ 0,00

Referência: 08/2020

Valor: R\$ 0,00

Referência: 09/2020

Valor: R\$ 0,00

6

PACIENTE FRANCISCO OZIANES XAVIER NOBRE		CNS	DATA NASCIMENTO		IDADE	DOCUMENTO
TELEFONE	SEXO 1 <input checked="" type="checkbox"/> MASC. 3 <input type="checkbox"/> FEM.	NACIONALIDADE FORTALEZA	16/03/1972		40a	Ignora
PAI			<input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRO		2 <input type="checkbox"/> CASADO	3 <input type="checkbox"/> VIUVO
ENDEREÇO RUA MARCOS ANTONES, 47			<input type="checkbox"/> M		4 <input type="checkbox"/> OUTROS	
EMERGENCIA 1 <input type="checkbox"/> ADULTO	2 <input type="checkbox"/> PEDIATRA	3 <input type="checkbox"/> TRAUMATOLOGIA				
NOTÍCIA DO ATENDIMENTO					12 <input type="checkbox"/> OUTROS	
SAÚDE EXAMES COMPLEMENTARES						
1 <input type="checkbox"/> RÁDIO	2 <input type="checkbox"/> ULTRASOM	3 <input type="checkbox"/> TOXICO. COMP.	4 <input type="checkbox"/> SANGUE	5 <input type="checkbox"/> ERMA	6 <input type="checkbox"/> ECG	7 <input type="checkbox"/> OUTROS

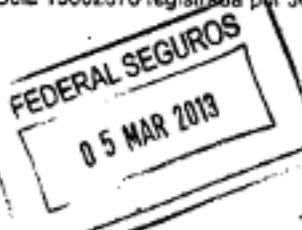
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		Sintomas - náuseas	
		CÓDIGO	
		ASSINATURA E CÁRIMBO DO MÉDICO	

DATA/HORA/CONSULAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS		Assinatura e Cárismo do Médico	
Prof. concerta a anestesia, por e-mail angos e cefalgie Sob observaç			
CÓDIGO		DATA	HORA
DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR		Assinatura e Cárismo do Médico	
1004031			
Barcode			

PRESCRIÇÃO		ENFERMAGEM	
1. SGF - 2000 2. Rofecoxib 100 mg		500 mg 500 mg 500 mg 500 mg	
3.		21/03/2013	
Dr. Leonardo Adelino S. Sá Ortopedico do Aguaíto - Diagnóstico Soc. 522-752-2520 CRM: 1000			
Al. Jfa.			

OBSERVAÇÃO (ATÉ 24h)		DATA E HORA DA ALTA:	
PARA ÓBITO			
ANTES DO SOCORRO		DATA E HORA DO ÓBITO:	
DESTINO DO CORPO		ANATOMIA PATOLÓGICA	
1 <input type="checkbox"/> ENTREGUE A FAMÍLIA		04/03/1977 0012-051	
ASS. CÁRIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL		ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

Guia 13002876 registrada por JOMAX



P/ P. Alex Martins  
DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051  
ANATOMIA PATOLÓGICA

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO

DATA E HORA DO ÓBITO: 04/03/1977 0012-051

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: 04/03/1977 0012-051

DR. LEONARDO ADILSON S. SÁ  
ORTOPEDICO DO AGUAÍTO



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL  
DO ESTADO DO CEARÁ

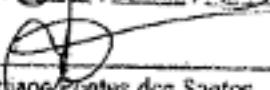
Núcleo Central de Atendimento

Fortaleza, 01 de fevereiro de 2013

OFÍCIO 341/2013-NCA

Poder Forense do Estado do Ceará  
SETOR DE PROTOCOLO

Recebi em 01/02/13

  
Maria Leidiane Pontes dos Santos

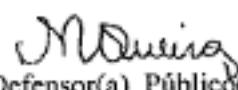
Prezados(as) Senhores(as),

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 nº 047473-01/2013T, perito Martonio nos termos do Boletim de Ocorrência em anexo.

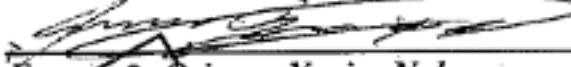
Em epítome, a Defensoria Pública do Estado do Ceará requisita a cópia integral do laudo pericial referido acima, desde que não exista procedimento policial acerca do fato em apuração (caso em que será encaminhado diretamente à autoridade policial).

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

Atenciosamente,

  
Defensor(a) Públco(a)

Manoella de Queiroz F. Lima  
Defensora Pública

  
Francisco Ozianes Xavier Nobre



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

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1014037\*



A rectangular stamp with a double-line border. The word "FEDERAL SEGUROS" is printed in a bold, sans-serif font along the top edge. The date "05 MAR 2013" is printed in a bold, sans-serif font in the center of the stamp.

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 **Data do acidente:** 07/01/2013  
XAVIER NOBRE**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 ESLARECER**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****% Dimensão Graduação**

Danos não definidos.

**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 DEFÍCIT 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

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
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