

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO  
**Nº Sinistro:** 3180203688  
**Vitima:** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO  
**Data do Acidente:** 19/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CARLOS GOMES DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180203688**.

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, 15 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

**Sinistro:** 3180203688

**Vítima:** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

**Data do Acidente:** 19/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CARLOS GOMES DA SILVA

**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 3180203688** 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](http://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, 03 de Junho de 2018

Carta n°: 12906666

A/C: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

**Nº Sinistro:** 3180203688  
**Vitima:** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO  
**Data do Acidente:** 19/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CARLOS GOMES DA SILVA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**

**Valor: R\$ 4.050,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000613**

**Conta: 0000023811-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.050,00</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%**

**Graduação: Em grau leve 25%**

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

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

**Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%**

<b>Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =</b>	R\$	<b>1.687,50</b>
--	-----	-----------------

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

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

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 crédito a pagamento.

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

04 MAI 2018

**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

638 365 053-04

Nome completo da vítima

MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	MARCIANO BEZERRA ROMUALDO	CPF titular da conta	638 365 053-04	Profissão
Endereço	Sítio BARRA	Número	SIN	Complemento
Bairro	BARRA	Cidade	IGUATU	Estado
Email				CEP
				63500-000
				Telefone (DDD): (64) 97730-4163

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 de comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input 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 checked="" 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:  DV:  CONTA NRO:  DV:   
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome:  NRO:   
**CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** NRO:   
 AGENCIA NRO:  DV:  CONTA NRO:  DV:   
 0613 NRO:  DV:  001 23811 NRO:  DV:   
 (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.

Local e Data  
 Igatu - CE, 16 de Abril de 2018

*Marciano Bezerra Romualdo.*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 107 - FORTALEZADA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETAaria DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

BOLETIM DE OcorrÊNCIA N° 473 - 1332 / 2016

Dados da OcorrÊNCIA

440720

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 08/03/2016 09:17:52

Data / Hora da OcorrÊNCIA: 15/01/2016 19:14:00

Endereço da OcorrÊNCIA: SITIO GAMELEIRA

Complemento:

Bairro:

Município: IGUATU/CE

Ponto de Referência:

04 MAI 2016

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

Nascimento: 03/06/1981 CPF: 638.365.053-04

RG: 92029194637 Orgão Emissor: ESP

Filiação: FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO

MANUEL BONFIM ROMUALDO

Endereço: SITIO BARRA

Bairro: ZONA RURAL

Município: IGUATU/CE

SENTE SEGURANÇA  
Av. Presidente Vargas, 300, Loja 101, 62800-000, Cuiabá

País: BRASIL

CEP: 63.500-000

Telefone: (68) 99418-4005

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: WUZ9418 UF: CE Município: IGUATU Chassi:

9C2K0056DBRS04439 Renavam: 274288932 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/XPLORER 150 ABS X5 Ano:

Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2011 Combustível: GÁSOLINA/ÁLCOOL

Cor: PRETA Proprietário: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

Comunicou à esta delegacia o DECLARANTE, neste dia, a Informação das penalidades de fato comunicação de estímulo contravenção penal Art. 340 e 342 do C.P.B, informou que no local e horário supracitado, acima, trafegava como CONDUTOR na moto acima qualificada. Quando colidiu com uma pessoa que trafegava de bicicleta; Que o declarante caiu e foi socorrido por um popular para o Hospital Regional Igatu e sendo atendido pelo DR. FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS, que segundo o laudo do médico QUEBROU O PULSO DA MÃO ESQUERDA E O ÚSCO FOLHAR - UMA MÃO DIRETA, TENDO SIDO FEITO CIRURGIA; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.

Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade do DECLARANTE.

Delegacia Destino: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

Assinatura pelo Registrado:

ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 3000741-7

Respondaável pela Informação: marciano Bezerra Romualdo

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SEU ESTADO DA SUSTENTABILIDADE E DEFESA DA C

EQUITY 2022

## DELEGACIÁN DE ESTADÍSTICAS DE VALORES

卷之三十一

~~JEFERSON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 1622310-1-0~~

ESTIMATIVAS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFIGADO

0-4. Mai 2018

JENTE SEGURADORA S.A.  
Av. Beni Luis, 300, Lote 107 FORTALEZA

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<b>MARCIANO BEZERRA RONVALDO</b>	<b>638.365.053-04</b>	<b>19/01/2013</b>

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<b>Email</b>	<b>Telefone (DDD)</b>

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:

**Assinatar 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.

ISSUE CERTIFICA DE SISTEMAS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

Iguatu - CE 16 de Abril de 2018

Local e Data

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luiz, 100, Lt. 147-FORTALEZ

Marciano Bezerra Ronvaldo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Guia de atendimento - EMERGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Pronome	Acasalamento	Nome do Paciente	CPF	Guia de Autorização
112251	0001	MARCIANO BEZERRA ROMUALDO		
Documento(s) CPF: 639.365.053-04			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 03/08/1981	Lugar IGUATU/CE			Idade 36 Ano(s)
Pai MANGELO BONFIM ROMUALDO		Mãe FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO		
Endereço SITIO BARRA, S/N		Estado CEP 63600-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão Responsável MARCIANO BEZERRA ROMUALDO		Empresa	Conjugado	
CPF do Responsável		Endereço SITIO BARRA, S/N	Município IGUATU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/01/2018	Hora 19:14	Colaborador SUS	Atendente	CRM
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS			CRM/CRF 04682/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Atendente			Funcionário KELLY RAYANE COSTA LIMA	
Observação:				
Saída		Data/Hora Liberação	As... hs.	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T.P.C.	P脉搏	R (p/p)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de ~~acidente~~ ~~ato~~ ~~trânsito~~, com ~~intervenções~~ ~~intervenções~~ ~~nos~~ MS (0x0).

Comprovação de Ato Declaratório

Detalhos

Rx de punho E  
Rx de mao E  
Rx de mao D

① Tramal 300 mg + 100 ml SF

Induzido

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DOVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

QUENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 363, Loja 102 - FORTALEZA/CE

Dr. Francisco Vilmar Felix  
CABEDELO - PB  
9816 - 0552

# 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: 28/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00613

CONTA: 000000023811-3

---

Nr. da Autenticação 17288C846710E0D8

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCIANO BEZERRA Romualdo

RG nº 01029194633, data de expedição 24/04/1993, Órgão SSP CE

CPF nº 638.365.053-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio BARRA</u>	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
Número	<u>S/N</u>	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Apto / Complemento		<u>04 MAI 2018</u>
Bairro	<u>BARRA</u>	
Cidade	<u>Iguatu</u>	CENTRE SEGURADORA S/A Av. Dom Luís 300, Lote 147 - Fortaleza
Estado	<u>CEARÁ</u>	
CEP	<u>63500-000</u>	
Telefone de Contato	<u>88-39943690</u>	<u>88-39916787</u>
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Iguatu - CE - 16 de Abril de 2018

Assinatura do Declarante: Marciano Bezerra Romualdo

**NR DO CLIENTE**

3934645-5

Para facilitar seu entendimento, utilize o site [www.observatorio.org.br](http://www.observatorio.org.br) que disponibiliza conteúdos.

A Trilha Socio de Energia Elétrica  
foi criada pelo Lai nº 70.433  
do 28 de abril de 2010.  
Cooperativa Energética de Ceará  
Juiz Pode Valdebarbo, 16  
CEP 60138-040 | Fone: (85)  
4225-1000 | CNPJ: 04.818.000/0001-00

enel

Referência: 5004400950  
Data de Emissão: 11/01/2018  
Nome: MARCIANO BEZERRA RONJALDO  
End. Postal: ST. BARRA 00000  
BARRA - IGUATU - 63500000  
Medidor: 2553495 Poste: 0000 B62N  
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA REND. de Potência: 0,00  
RG/CPF/CNPJ: 638365053-04 CGF

Lata Actual	Lata Anterior	Consumo	Consumo (KWh)	Custo, IVA	Custo, Fret	Tarifa (€/KWh)	Valor (€)
9193	9193	L60	0	0,20	0,0	0,17037	0,35
13/01/18	13/12/17		0,066		0,0		0,011101

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL 15,24  
 DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA -9,93  
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,55  
 SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -5,99

DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS  
DPYAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAY 2016

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300 1º andar - FORTALEZAS

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
Encargo de Consumo	2,51
Transmissão	0,29
Distribuição	0,73
Encargos Setoriais	0,53
Brindes (ICMS PIS/COFINS)	0,84
<b>TOTAL:</b>	<b>5,99</b>

Companhia soma emissões pelo consumo da energia elétrica.	Emissões (CO <sub>2</sub> )	Companhia (kg CO <sub>2</sub> )	Concorrência Ecológica (kg CO <sub>2</sub> )
	12,97	0,66	

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**  
PARA CHEGAR A SUA CARTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SÓ O NÚMERO DO CLIENTE SEGUNDO OS DÍGITOS VERIFICADORES.  
Envie os valores e endereços e entre no contato ao mais rápido tempo  
as deudas, débitos e contas que possam ser geradas.



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 6221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

04 MAI 2018

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de **comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Dom Luís, 350, Loja 147-FORTALEZA-CE

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

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

Pelo exposto, eu CARLOS GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 310.133.033 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCIANO BEZERRA ROMALDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 638.365.053 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDE 2 da Vítima MARCIANO BEZERRA ROMALDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 638.365.053 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Maria MAELEN TEIXEIRA</u>	Número	<u>213</u>	Complemento
Bairro	<u>Novo Iguatu</u>	Cidade	<u>Iguatu</u>	Estado
E-mail		Telefone comercial (DDO)		Telefone celular (DDO)

Iguatu -CE 18 de ABRIL de 2018

Local e Data

Carlos Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, marciano Bezerra Rennaldo,  
RG nº 98029194637 data de expedição 31/10/1998  
Órgão SSP/CE portador do CPF nº 638-365.053-04 com  
domicílio na cidade de Iguatu no Estado de  
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ST Barroa = Bairro = Barroa, nº —,  
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima X marciano Bezerra Rennaldo, cujo o condutor era  
marciano Bezerra Rennaldo

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda AXR 150 Branca  
Ano: 2010/2011  
Placa: N UZ 94-16  
Chassi: 9L22K0054NBR504439  
Data do Acidente: 19 de Janeiro de 2018  
Local e Data: Iguatu - CE - 13 de Abril de 2018

marciano Bezerra Rennaldo

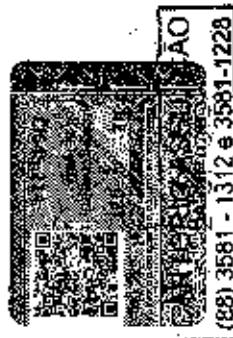
Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

X marciano Bezerra Rennaldo

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

(Sem reconhecimento de firma)



Requerimento a(s) 01 Firma(s) 01  
por SEMELE/MANCA por AUTENTICIDADE  
de marciano Bezerra

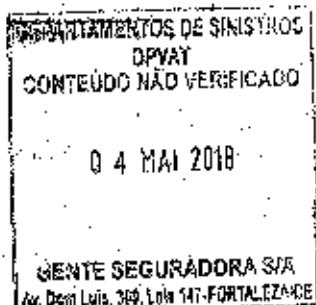
marciano Bezerra

Doc 16

13 ABR. 2018

Iguatu  
Ceará

Assinatura marciano Bezerra  
EXCEPCO MILITAR DE FRAUDE ASSUNCAO Notaria  
FADIA M DE A ASSUNCAO LIMA Substituta  
MARIA IVANIEDE GOMES Escrivane  
MARIA MARIA LIMA SOBREIRA Escrivane  
Vou assinatura com o selo de autenticidade



Guia de atendimento - EMERGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Abandono	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autodeságio
112261	0001	MARCIANO BEZERRA ROMUALDO		
Documento(s)	CPF: 638.365.053-04		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento	03/06/1981	Local IGUATU/CE		Idade 36 Ano(s)
PAE	M. MANOEL BONFIM ROMUALDO		M. FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO	
Endereço	SITIO BARRA, S/N	Bairro	CEP 63500-000	Município IGUATU
Profissão	Empresário			UF CE
Responsável	MARCIANO BEZERRA ROMUALDO	CPF do Responsável	Endereço SITIO BARRA, S/N	Município IGUATU
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Coronavírus	Medicamento	CID
19/01/2018	19:14	SUS		
Profissional de Atendimento	FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS		CRM/UF 04592/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Atenção			Funcionário KELLY RAYANE COSTA LIMA	
Observação				
Salto		Data/Hora Liberação	hs.	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	TPC	P (bpm)	R (impres)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de violência nato crônico, com edema de encéfalo nos MS (02+).

Sintomas

Rx de punho E  
Rx de mato E  
Rx de mato D

REGISTRAIMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

① Ibramal 300 mg + 100 ml SF

04 MAI 2018

Imobilizar

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 305, Lote 187-FORTALEZA/CE

Dr. Francisco Vilmar Felix Martins  
CRM: 04592  
DRUGAL - CLÍNICA MATERNA  
CEP: 63500-000



**HOSPITAL**  
TOSCATO-CE

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

**NOME DO PACIENTE**

Marciano B. Zunes

**N.º DO PRONTUÁRIO**

**DATA DA OPERAÇÃO**

06.02.11

ENF.

**LEITO**

**OPERADOR**

DR. MARCOS  
Ortopedico e Traumatologo  
CRM: 14.000 / TEC: 11.000

**1º AUXILIAR**

**2º AUXILIAR**

**3º AUXILIAR**

**INSTRUMENTADOR**

**ANESTESISTA**

**TIPO DE ANESTESIA**

**DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO**

Fract. radio. distal (E)

**TIPO DE OPERAÇÃO**

Osteomartir de fract. radio. distal

**DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO**

O. V. V. V. V.

**RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA**

**EXAME RADIOLOGICO NO ATO**

8/11

**DEPARAVENCTOS GE SINISTROS**

LEVAR

**ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO**

MAJ

**CONTEÚDO MÃO VERIFICADO**

04 MAI 2010

**ENTE SEGURADORA S/A**

AT. POM. LEO. 200. LIG. 147-3971777

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e Tec. Ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto viscerais.

1) Pele: M. Atof. 80% - Quirurgia

2) Antebr. e m. 80%

3) Músc. VMS: M. m. O. adutor. extensor e flexor  
9. Flex. vol. e para. artívol. Observado: artívol.  
Cordíssimo metapófise.

4) Fémur: O. ilíaca direita e adutora. Preto e  
preto e 1.5 cm

5) Grunho: C. et, humeral, fêmur, m. m. m.

DR. MARCOS  
CRM: 14.000 / TEC: 11.000



**FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA**

*Eletrônico*

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: <b>MARCIANO BEZERRA ROMUALDO</b>				Prontuário/Atendimento: 112251/0007
Nome: <b>MARCIANO BEZERRA ROMUALDO</b>	Local: <b>100</b>	País: <b>Nacionalidade: Brasil</b>	Idade: <b>36 Ano(s)</b>	
Sexo: <b>Maculino</b>	Raca/Cor: <b>Branca</b>	Etnia: <b></b>	Estado Civil: <b>Solteiro(a)</b>	
Documento(s): <b>CPF: 638.365.063-04</b>		CNPJ: <b>70.2409.035.5881-22</b>		
Endereço: <b>SITIO BARRA</b>		Nº: <b>S/N</b>	Bairro: <b>ZONA RURAL</b>	Município: <b>IGUATU-CE</b>
Fone: <b>(88)98418-4005</b>		Próximidade: <b></b>	Empresa: <b></b>	Fone Expressa: <b></b>
Responsável: <b></b>				CPF do Responsável: <b></b>
Endereço Responsável: <b></b>		Conjuge: <b></b>		
Nome: <b>FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO</b>		Pai: <b>MANOEL BONFIM ROMUALDO</b>		

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

Data/Hora: <b>08/02/2018 12:12</b>	Quarto/Colo: <b>410-0003</b>	Aposento: <b>ENFERMARIA</b>	Clínica: <b>CL. CIRURGICA</b>	Saçor: <b>CLINICA CIRURGICA</b>
Convênio: <b>SUS</b>	Matrícula:	AutORIZAÇÃO:	Dias: <b>0</b>	CRM: <b>10376</b>
Médico: <b>PREDERICO MACHADO DE ALENCAR</b>				
CID Principal: <b>S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio</b>	CID Complamentar: <b>S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio</b>			
Observação:				
Usuário: <b>ANA KELE RODRIGUES</b>	Procedimento SUS: <b>Fractura mldila</b>			Supervisor: <b></b>
Data Saída: <b>07.02.18 13:00</b>	Cond. de Saída: <b></b>	Assinatura:		Usuário Saída: <b></b>

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

INFORMAÇÕES DE SITUAÇÃO	
DATA: <b>04 MAI 2018</b>	
CONTEÚDO: <b>NÃO VERIFICADO</b>	
04 MAI 2018	
PENTE SEGURADORA S/A	
Av. Ceará 1165, 309, Lote 167 - FORTALEZA/CE	

IGUATU, 6 de fevereiro de 2018.

Assinatura do paciente  
Responsável pela Internação: **ANA KELE RODRIGUES**

Assinatura do responsável

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Woracione Bezerra Romaldo  
Compareceu neste hospital, no dia de hoje das \_\_\_\_ h às \_\_\_\_ h por  
motivo de doença, devendo:

- Retornar ao trabalho.  
 Ser dispensado no dia de hoje.

Permanecer afastado do trabalho ( 69 sessões )  
dias a partir de \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

CID: 552

IGUATU 19 de 1 20 18

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira  
Rua Edilson Melo Távora s/n  
Cocobó  
63500-000 Iguatu CE  
Tel 55 88 3510 1250

REGISTRA-IMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 MAI 2018
GENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luís, 999, Lote 147 - FORTALEZA/CE



## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

- Rx mundo (E) APIS  
- Tale Wos



IGUATU, 06 DE 02 2018

### ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira  
Rua Edilson de Melo Távora s/n  
Bairro - Esplanada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 MAI 2018
ENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luiz, 392, Lote 147 - FORTALEZA/CE

DEPARTAMENTOS DE SINUSOS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

AGENTE SEGURO-DIA  
Av. Dom Leão 350, Loja 147-FORTALEZAS



## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Marciene Bezerra Ribeiro

40  
flanax 100j \_\_\_\_\_ fe  
T-17 d. 01/02



IGUATU, 2 de 2018

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## DENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo:

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Endereço Completo:

Telefone:

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO CLIENTE

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente:

Endereço:

Prescrição: Arcoxia com comprimidos

tomar 01 comprimido 1 vez ao dia.

Data:

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG: \_\_\_\_\_ Órg Emissor: \_\_\_\_\_

End:

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone:

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data:

01/05/2008

RECEITUÁRIO ESPECIAL  
DRAFT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

AGÊNCIA SEGURO S/A  
FORTALEZA CE

1622-3  
1622-4  
1622-5

1622-3  
1622-4  
1622-5







1200

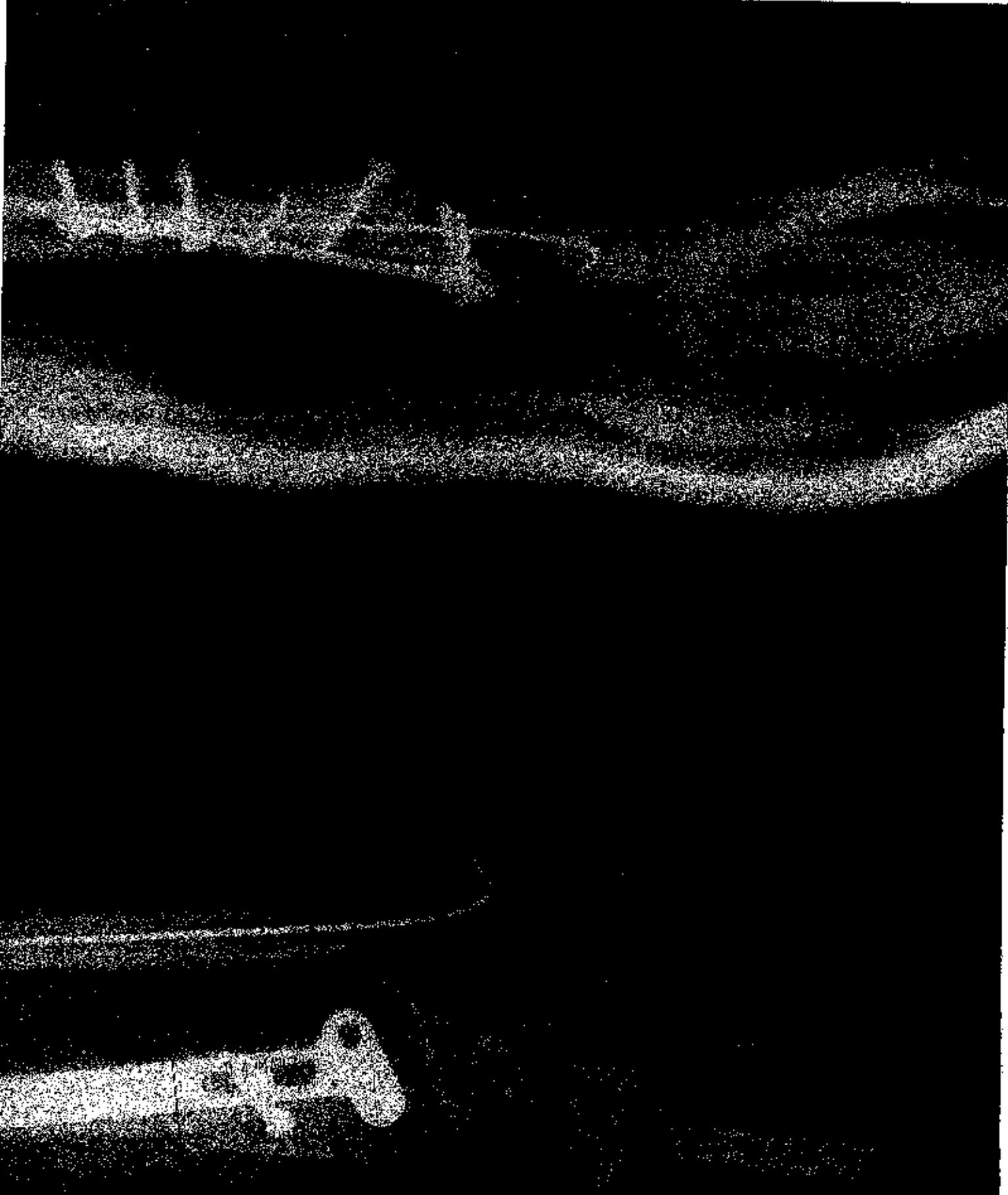
1500

2000

915060

194

284



84

left

011030

SW

15X

810080



060218

HR L

MB

DEPARTAMENTO DE DEFESA  
DPMI  
CONTINUO 070 - RIGU

0-4711200

GEN. DE URGencia  
147-140





	
<b>INSTITUTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>	
<b>CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS</b>	
<b>Nome:</b> <b>MARCIA DEZIMA KOBILAS</b>	
<b>RG ou Inscrição:</b> <b>838355053-04</b>	<b>Sexo:</b> <b>Feminino</b>
<b>Data de Nascimento:</b> <b>04/08/81</b>	

**Este documento é o comprovante da inscrição no CADASTRO DE  
PRODUTOS FISCAIS - CPF, nomeado e organizado por  
várias prefeituras no Litorâneo Brasileiro.**





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180203688      **Cidade:** Iguatu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO      **Data do acidente:** 19/01/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE CARGA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATÔMICA DO POLEGAR DIREITO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MOBILIDADE E DOR À MANIPULAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E PLACA COM PARAFUSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA DO POLEGAR DIREITO E FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 1º quirodáctilo direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Felipe Boaventura Apolinario

**CRM do médico:** 13234

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>

## PRESTADOR

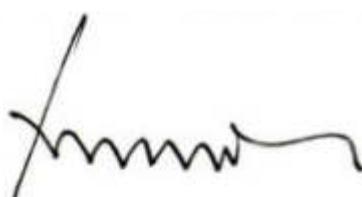
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180203688      **Cidade:** Iguatu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO      **Data do acidente:** 19/01/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ PUNHO ESQUERDO 50% DE 25%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

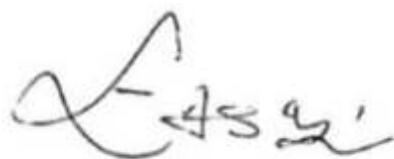
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180203688      **Cidade:** Iguatu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO      **Data do acidente:** 19/01/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE CARGA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATÔMICA DO POLEGAR DIREITO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MOBILIDADE E DOR À MANIPULAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E PLACA COM PARAFUSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA DO POLEGAR DIREITO E FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 1º quirodáctilo direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Felipe Boaventura Apolinario

**CRM do médico:** 13234

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>

## PRESTADOR

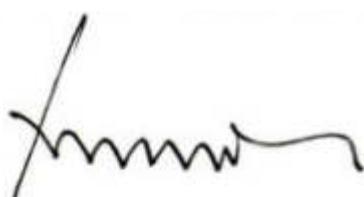
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura 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: **3180203688**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**SITIO BARRA, S/N - BARRA - Iguatu - CE - CEP 63514-899**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **98029194637**

Data e local do acidente: [ **19/01/2018** ] **IGUATU/CE**

Data e local do exame: [ **22/05/2018** ] **Iguatu** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.**

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

**VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E PLACA COM PARAFUSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA DO POLEGAR DIREITO E FISIOTERAPIA.**

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

**AO EXAME, VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE CARGA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATÔMICA DO POLEGAR DIREITO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MOBILIDADE E DOR À MANIPULAÇÃO.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do 1º quirodáctilo direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo**

**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):

**Membro superior esquerdo**

% 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):

**1º quirodáctilo direito**

% 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. Felipe Boaventura Apolinario  
Médico  
CRM-CE 13.234

Felipe Boaventura Apolinario - CRM: 13234 - CE