

# 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: 25/04/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARIA JOSE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00898-2

CONTA: 00000029115-3

---

Nr. da Autenticação AD7B6679EF2162B5

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

Nº DO SINISTRO:

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, Maria José da Silva

PORTADOR / A DO RG N° 1001025019286 EXPEDIDO POR SSP/ce EM 23/08/01 E

CPF 600372413-30 / CNPJ 000000000000-00 - PROFISSÃO Agri  
cultora E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisca Beluza  
da Silva Ananias. 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 as bancas de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente 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 818-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE 29.115-3

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

FEDERAL SEGUROS

15 AGO 2012

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Boa Viagem - ce

DATA 20/7/02

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Maria José da Silva

## 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 andamento do pedido de indenização, acesse [www.dpvaseguro.com.br](http://www.dpvaseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- 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.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
29/11/2012 - Autoatendimento - 15:27:11  
089875248 0592

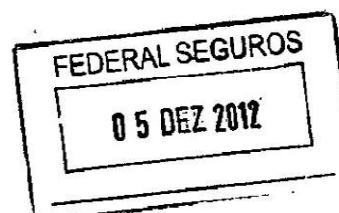
COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

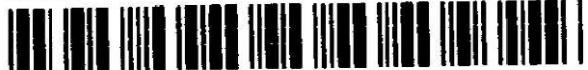
FAVORECIDO  
CLIENTE MARIA JOSE DA SILVA  
AGÊNCIA: 0898-2 CONTA: 29.115-3  
VALOR TOTAL \* 2,00  
NR. ENVELOPE 2.961.843.980  
(nr. envelope informado pelo cliente)

\* Valor sujeito a conferencia.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO  
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento.  
entre outras informações.





## AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº. 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta Companhia a ocorrência do acidente em questão:

Nome da Vítima:

Francisca Bulica da Silva (Anagao)

A Vítima era:

( ) Motorista  Passageiro ( ) Pedestre

O resultado do acidente foi:

( ) DAMS  IPA ( ) MAC

Em cumprimento ao item 10 da resolução nº. 01/75 do CNSP, segue junto ao presente aviso de sinistro os documentos listados abaixo:

Documentos necessários nos processos de:

DAMS	IPA	MAC
Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro
Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento
Relatório Médico de 1º. Atendimento Hospitalar	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência
Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia do RG/CPF da vítima	Cópia do RG/CPF da vítima
Cópia do RG/CPF da vítima	Comprovante de residência da vítima	Certidão de óbito (autenticada)
Comprovante de residência da vítima	Laudo do I.M.L. ou declaração de inexistência de I.M.L. acompanhado de Relatório médico qualificando as sequelas.	Laudo cadavérico ou prontuário médico completo, da internação ao óbito (somente para casos onde óbito não tenha ocorrido na mesma data do acidente).
Nota Fiscal emitida pelo Hospital	Procuração (caso exista)	Documento comprobatório do(s) beneficiário(s) legal (ais)
Fatura Hospitalar	Cópia do RG e CPF do procurador (caso exista)	Cópia do RG e CPF do(s) beneficiário(s)
Recibos Médicos (caso existam)	Comprovante de residência do procurador (caso exista)	Comprovante de residência do beneficiário(s) legal (ais)
Relatórios Médicos Complementares	Relatório de 1º atendimento hospitalar	Procuração (caso exista)
Requisições de Exames (caso existam)	Relatórios hospitalares de evolução ou internação (prontuário médico).	Cópia do RG e CPF do procurador (caso exista)
Laudos de Exames (caso existam)		Comprovante de residência do procurador (caso exista)
		Declaração de únicos herdeiros
		Declaração de únicos herdeiros para menor beneficiário (caso exista)
OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.	OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.	Declaração de cônjuge e 2º via da certidão de casamento (pós óbito) caso exista cônjuge (autenticada).

Nota: Para cada vítima deverá ser emitido um Aviso de sinistro, mesmo que tenha havido diversas vítimas no mesmo acidente.

Local do Aviso

Data

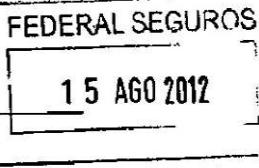
Local

Data

Pará - Belo Horizonte 20/07/12 Pará - Belo Horizonte 20/07/12

Assinatura do Beneficiário

Visto do Funcionário



Telefone para contato com a vítima/beneficiário/intermediário: (28) 3427-7120

## GUARDA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

### RELATÓRIO DE LOCAL DE INFRAÇÃO E OU DE OCORRÊNCIA CASO DE JUVE DIRETO FLORIDA

#### A - Dados da Infração e ou Ocorrência

Tipo de Ocorrência Acidente de trânsito Data 6/06/12 Hora 10:00  
 Local Covo Apresentou-se SIM NÃO   
 Arma Utilizada  Preso em flagrante  Foragido  Apresentou-se  Ignorado   
 Perícia Compareceu ao local SIM NÃO  Qual Perito

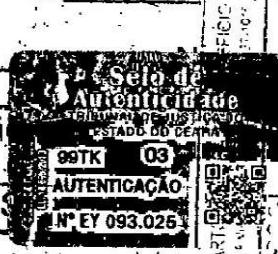
#### B - Envolvidos na Infração e ou Ocorrência

Nome	Natural	
DN:	Estado Civil	Profissão
Pai	Mãe	
Residência	Fone	
Nome	Natural	
DN:	Estado Civil	Profissão
Pai	Mãe	
Residência	Fone	

#### C - VITIMA (s)

Nome Fábio Belo de stico Natural Boa Viagem  
 DN 27/03/2002 Estado Civil Jovem Profissão Estudante  
 Pai José Luiz D'Agostin Mãe Flávia José da Silva  
 Residência DE 72470 Cela Fone   
 Faleceu no Local  Hospitalizada Sim X Não

AUTENTICAÇÃO:  
A presente fotocópia confere com  
o documento original. Pelo fato



16 JUL 2012

Ião quiso o Titular Titular  
Instituto  
Autoria Autoria de sua assinatura  
Assinante Assinante

José Roberto da Silva  
comandante

#### E - TESTEMUNHAS

1-Nome

Endereço

2-Nome

Endereço

#### F - NARRAÇÃO DOS FATOS

Por volta das 10:00h com trânsitos  
no Covo, 1º trânsito de PE 0 +  
4 trânsitos de 2º e 3º no lado PE 0

FEDERAL SEGUROS

15 AGO 2012

G.M.B.V.-Resp.p/ Informação   
Assinatura

Matrícula 057

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria José da Silva, portador da carteira de identidade nº 30105019286 e inscrito no CPF/MF sob o nº 600.372.418-70, residente e domiciliado na R. Júlio Moraes de Souza - Guia, Cidade Boa Viagem, Estado Ceará, 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;

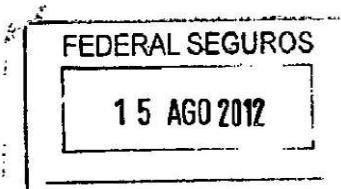
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Maria José da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Boa Viagem -ce 20/07/12  
Local e data



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN-CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VEICULO COD. RENAVAM 01 24 60977983 0000000000 7994

FRANCISCO BATISTA DE SOUSA

FAZENDA GROTA GRANDE 00000

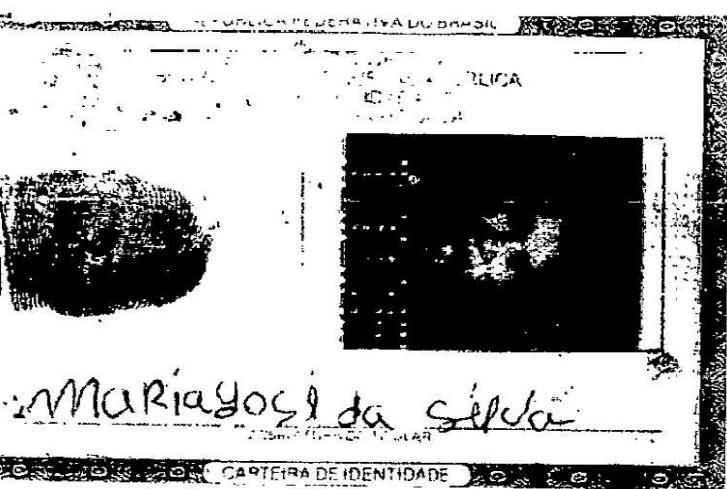
CE 63-640 INDEPENDENCIA

CE 5067142138719 HUE 4775

PLACARATIF OF034-CE CHASSI DF-1251149201

HONDA/CG 125

2P/1CV



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2001020110006 DATA DE EXPEDIÇÃO 15.8.2001

NOME MARIA JOSÉ DA SILVA

FILIAÇÃO JAGUIM PEREIRA DA SILVA E MARIA MOREIRA DA SILVA

NATURALIDADE PEDRA BRANCA-CE 26/4/1966

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 1235 I A/7 F

CEP 67200-000 RUA BANABUÍ 1000 BRANCA/CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037\*



Tel. pt. contato  
(88) 3427.7120  
OU  
(88) 9995.9596

FEDERAL SEGUROS

15 AGO 2012



**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

Nº do CPF: 600.372.413-70

Nome da Pessoa Física: MARIA JOSE DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

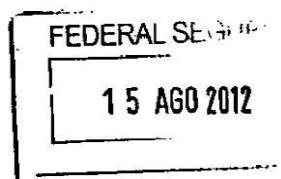
Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:43:19 do dia 10/08/2012 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 52CB.61A5.BC00.7338

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM  
C.S.A.M  
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS



RECEITUÁRIO

Francisco Boaventura da Silva

Paciente agiu fratura  
em 2º e 3º metatarsos  
no dorso da base do  
aparelho de proteção  
pé Dto. Submeteu-se  
a tratamento ortopédico  
mecânico e imobilizac  
ão de tipo bota-época  
de aço, deformidade  
e disfunção pé Dto com  
standeço

Data

Assinatura e Carimbo  
do ProfissionalNosso Hospital foi premiado pela Organização Mundial de Saúde  
Unicef e Ministério da Saúde

30/10/2012

DR. PROFISSIONAL  
ORTOPEDISTA  
BOA VIAGEM

FEDERAL SEGUROS

15 AGO 2012



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM  
HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM  
C. S. A. M.**

Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro  
Tel.: (88) 3427.1699 - (88) 3427.1136  
CNPJ: 07.806.680/0001-84

## **FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)**

DATA DE ATENDIMENTO: 16 / 06 / 12 HORÁRIO: 09:00 hs

NOME: Francisca Bileca da Silva IDADE: 23/07/02 SEXO: fem.

RG: Certidão Nômade 2681 CPF: \_\_\_\_\_

PAI: José de Andrade Afagão MAE: Marina José da Silva

NATURALIDADE: B. Negrão PROCEDÊNCIA: SUS FEDERAL SEGUR

ESTADO CIVIL: Meu(a). PROFISSÃO: Estudante 15 AGO 2012

ENDEREÇO: beira viagem de secessão N°

BAIRRO: Centro CIDADE: Paraná UF: PR

QUEIXA PRINCIPAL:

HPA: Fernando Pérez

HDA: name (a) =

EXAME FÍSICO: Até a noite de hoje

EXAMES SOLICITADOS: urinograma?

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Lx tu de pe do

PESO: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

xmaria gosi da silva

PA:  
Dr. José Carlos Martins  
Traumatologia - Ortopedia  
CREMEC 6076

**ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL**

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

DO CLIENTE

1094997-6

Rua Pádrao Valdeirino, 150 - CLP 60135 040 - Fortaleza  
CNPJ 07.047.251/0001-70 - CGF 06/205 548-3  
Início: 01 de Janeiro Fim: 30 de Junho de 2012  
Até o dia 29/06/2012, de 25 de junho de 2012

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 19/06/2012

Rota 34 36042 10 037200 - 1

Data de Emissão 19/06/2012

Nome MARIA JOSE DA SILVA

End. Postal RU LUIS VIEIRA DE SOUSA 00000  
GUIA - BOA VIAGEM - 63870000

Poste 0000 0000

Medidor 2451363

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 600372413-70

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Alt. de Introdução	Data da Apresentação	Próx. Leitura
30/06/2012	19/06/2012	18/07/2012

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto BOA VIAGEM

Mês Abr/2012

CM 3,59

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		Apuração Individual	
			Mensal	Trim.	Anual	Mensal
DIC	11,45	22,98	45,88	8,88	8,88	8,88
RIC	8,84	16,89	32,18	8,88	8,88	8,88
DMIC	6,29			8,88		

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

NPF1.12F1.CEA9.63CF.15BE.3E8B.65D1.2886

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
18227	18188	1,00	39	8,00	39	0,12944 0,21584	3,76 1,93

## DESCRICAÇÃO

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL

DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

## COMPROVANTE DE RESIDENCIA

\*1004040\*



## VENCIMENTO

18/07/2012

TOTAL A PAGAR (R\$) 11,36

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	3,43
Transmissão .....	6,19
Distribuição .....	1,35
Encargos Setoriais .....	0,35
Tributos (IOMS PIS/COFINS) ...	0,38
<b>TOTAL .....</b>	<b>5,92</b>

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
38	39	29	35	42	49	49	35	45	38	43	35
MPD	Jun	Jul	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Agosto

## importante

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

"NÓS SIMPLES AJUDAM MANTER A DENGUE LONGE DA SUA CASA, DO SEU BARRA E ATÉ DA SUA CIDADE. FAÇA SUA PARTE, NÃO DEIXE ÁGUA ACONDICIONADA."

FEDERAL SEGUROS

- 15 AGO 2012

Tel. pt contato

(88)3427.7120

OU

(88)9995.9596

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CERTIDAO DE NASCIMENTO

\*1004036\*



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
ESTADO DO CEARÁ  
COMARCA DE BOA VIAGEM  
MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM  
DISTRITO DE GUIA

Rita de Cássia Bezerra da Silva Vieira  
OFICIALA

## Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 249 do Livro A - 05, sob N.º de  
Ordem 2681 foi lavrado o assento de nascimento de FRANCISCA  
BILUCA DA SILVA ARAGÃO :x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.  
do sexo feminino, nascida no dia vinte e três (23)  
de julho de mil e dois (2002)  
às 07 horas e 00 minutos, em  
Casa de Saúde Adília Maria - Boa Viagem - Geará  
filha de JOSE LEANDRO ARAGÃO  
e de Dona MARIA JOSÉ DA SILVA  
Sendo avós paternos José Ximenes de Aragão  
e Dona Maria Conceição da Souza  
e avós maternos Joaquim Pereira da Silva  
e Dona Luiça Moreira da Silva  
O assento foi lavrado em 05 de agosto de 2002 tendo sido declarados  
os pais da registrada  
e serviram de testemunhas :x.x.x.x.x.x.

Observações:

Seq N.º 145/2002  
Endereço: Rua de Cássia Bezerra da Silva  
Fernando: 05  
Período: 05  
ACM: 00  
Data: 05/08/2002

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

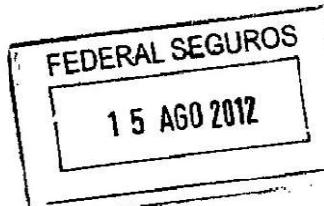
Rua de Cássia Bezerra da Silva  
OFICIALA  
05/08/2002 - DISTRITO DE  
COMARCA DE BOA VIAGEM  
ESTADO DO CEARÁ

Este ato é verdade e sou f.

Guia, 05 de agosto de 2002

Assinatura da Registrada

Tel. p/ contato  
(88) 3427-7120  
OU  
(88) 9995-9596





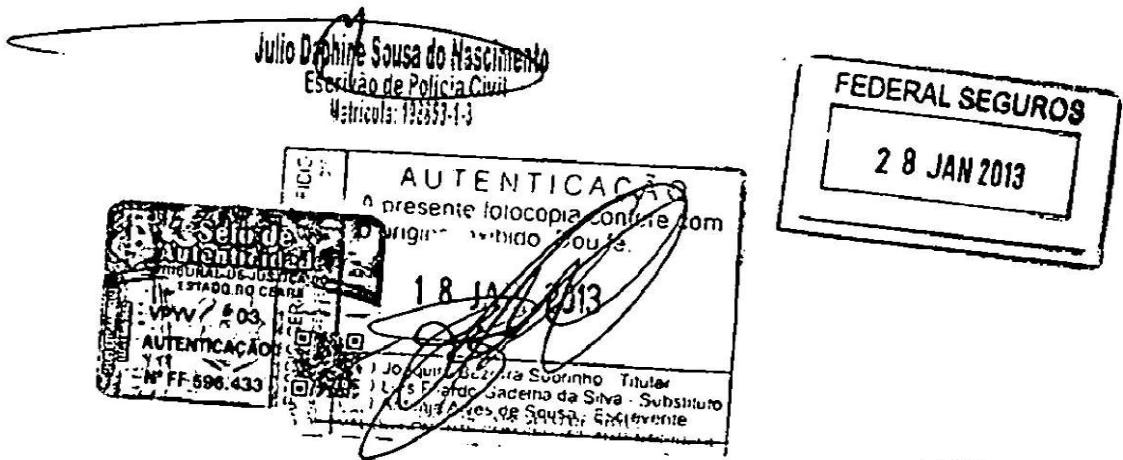
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE



## TERMO DE ADITAMENTO

*Em aditamento ao B.O nº. 1470/2012, registrado  
nesta Delegacia de Polícia Civil, que tem como  
noticiante: MARIA JOSÉ DA SILVA, CORRIGIMOS:  
as informações do correto nome da vítima do  
acidente, que é: FRANCISCA BILUCA DA SILVA  
ARAGÃO. O referido é verdade. Dou Fé.*

*Pelo que mandou a autoridade que fosse  
encerrado o presente termo, que depois de lido e  
achado conforme, vai devidamente assinado. Aos  
12 de janeiro de 2013.*



---

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE 088- 34271202



**POLICIA CIVIL**  
**DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O.**

<b>Nº. Ocorrência:</b>	1470/2012	<b>Data Registro:</b>	14/07/2012	<b>Hora:</b>	11:50h
<b>Nome:</b> MARIA JOSÉ DA SILVA					
<b>Filiação:</b> Joaquim Pereira da Silva e Luiza Moreira da Silva					
<b>Endereço:</b> Localidade Guia, zona rural de Boa Viagem/CE					
<b>RG:</b>	2001025019286 SSP/CE	<b>CPF:</b>	600.372.413-70		
<b>Natureza da Ocorrência:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO					
<b>Local da Ocorrência:</b> Boa Viagem/CE					

**HISTÓRICO:**

*Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que deve devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.*

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 16 de junho do corrente, por volta das 10:00h, a filha dela de nome Francisca Biluca da Silva, vinha na garupa da motocicleta HONDA CG 125, cor vermelha, ano/modelo 1981, placa HUE-4775, chassi a motocicleta derrapou na estrada, momento em que Liliane e Biluca cairam; QUE Biluca foi socorrida ao Hospital local, onde foram constatados trauma no pé direito, bem com fraturas nos 2º e 3º dedos. Nada mais disse.

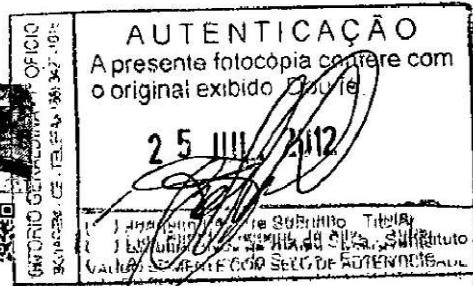
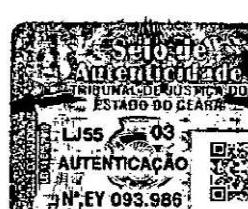
Resp. informação Maria José da Silva

FEDERAL SEGUROS

15 AGO 2012

Resp. registro:

Júlio Daphne Boaixa do Nascimento  
Escrivão de Polícia Civil  
Matrícula: 198853-13



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2012397618	<b>Cidade:</b> Boa Viagem	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> FRANCISCA BILUCA DA SILVA ARAGAO	<b>Data do acidente:</b> 16/06/2012	<b>Emissor do parecer:</b> Maria Tereza Ramos de Araujo Amorim
<b>Seguradora:</b> FEDERAL DE SEGUROS S/A	<b>Prestadora:</b> AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT	<b>CRM do médico:</b> 31475-9

## PARECER

**Data da análise:** 08/02/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** TRAUMA EM PÉ DIREITO**Resultados terapêuticos:****Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.**Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** MARIA TEREZA**UF do CRM do médico:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>% Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Danos não definidos.		

**Valor avaliado:** 0,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012397618**Cidade:** Boa Viagem**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCA BILUCA DA SILVA ARAGAO**Data do acidente:** 16/06/2012**Emissor do parecer:** Otelo Corrêa dos Santos Filho**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 12959

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de 2' e 3' metatarsos do pé direito com lesão do aparelho dorso flexor.**Descrição do exame médico pericial:** Refere dor e dificuldade para a movimentação e aumento de volume na região dorsal do pé. Ao exame apresenta limitação dos movimentos do antepé direito.**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico.**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé direito.**Sequelas:** Com sequela**Data da perícia:** 12/04/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** Kleiber Salvador Cáceres Morales**UF do CRM do médico:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50	1	25

**Valor avaliado:** 1.687,50

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

---

**Informações do Acidente**

**Sinistro: 2012397618**

**Nome da Vítima: Francisca Biluca da Silva Aragão**

**Local: Boa Viagem - CE**

**Data do Acidente: 16/06/12.**

*“Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo”.*

**Resultado da Avaliação do Médico Examinador**

---

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

Sim       Não       Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

**Resposta:**

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

**Resposta: Fratura de 2' e 3' metatarsos do pé direito com lesão do aparelho dorso flexor. Tratamento cirúrgico**

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.

**Resposta: Refere dor e dificuldade para a movimentação e aumento de volume na região dorsal do pé. Ao exame apresenta limitação dos movimentos do antepé direito.**

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos:  Não       Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

**Resposta: Fisioterapia**

b) Exames Complementares: (  ) Não (  ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

**Resposta:**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) (  ) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

**Resposta:**

b) (  ) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

**Resposta:** *Limitação funcional do pé direito.*

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

(  ) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(  ) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como “parcial” informar se o dano é “completo” ou “incompleto”:

(  ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(  ) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: Pé direito

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( x ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

#### **Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador**

**Resposta:**

#### **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR:**

Nome do Medico: Kleiber Salvador Cáceres Morales.

Registro no CRM: CE 12959

Local do Exame: Crateús - CE

Data do Exame: **12/04/13.**