

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: 000000029115-3

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 Nº 2001025039286 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 23/08/01 E

CPF 600370413-70 / CNPJ □□□□□□□□ - □□□□ - □□, PROFISSÃO Agricul-
tura E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisca Beluca
da Silva Aragão. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem 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 898-2 (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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Bom Lugar - CE DATA 20/7/12

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, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.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

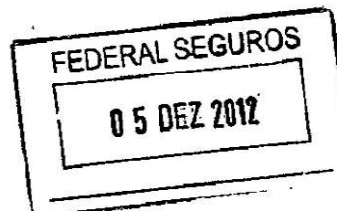
COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE MARIA JOSE DA SILVA
AGENCIA: 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 Anagão

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 2ª 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

Caruaru PE 20/7/12

Caruaru PE 20/7/12

Maria Gosi da Silva
Assinatura do Beneficiário

Visto do Funcionário

FEDERAL SEGUROS

15 AGO 2012

Telefone para contato com a vítima/beneficiário/intermediário: (88) 3427.7120

GUARDA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RELATÓRIO DE LOCAL DE INFRAÇÃO E OU DE OCORRÊNCIA CASO DE SAQUE DE UM FALADO

A - Dados da Infração e ou Ocorrência

Tipo de Ocorrência SAQUE DE UM FALADO Data 6/6/12 Hora 10:00
Local CURTO
Arma Utilizada _____
Preso em flagrante / Foragido / Apresentou-se SIM NÃO
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 FRAZ BELLO DE SILVA Natural BOA VIAGEM
DN 27/07/2002 Estado Civil SOLTEIRO Profissão ESTUDANTE
Pai JOSE LUIZ DNE DIAS Mãe HELENA JOSE DE SIAS
Residência DETELTO GUA Fone _____
Faleceu no Local _____ Hospitalizada SIM NÃO

Nome _____ Natural _____
DN. _____ Estado Civil _____ Profissão _____
Pai _____ Mãe _____
Residência _____ Fone _____
Faleceu no Local _____ Hospitalizado _____

TESTEMUNHAS

1- Nome _____
Endereço _____
2- Nome _____
Endereço _____

JOSE ROBERTO DA SILVA
comandante

F - NARRAÇÃO DOS FATOS

DO CASO DO SP COM CRANIANOS
PER CORRE + TRUVA DE DE O. +
+ FORTUM DE 2º E 3º: REBO DE D

FEDERAL SEGUROS

15 ABO 2012

G.M.B.V.-Resp.p/ informação _____
Assinatura _____ Matricula 0000

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria José da Silva, portador
da carteira de identidade nº 2001025019286 e inscrito no CPF/MF sob o nº
600.372.413-70, residente e domiciliado na
R. Luis Viera de Sousa - 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

FEDERAL SEGUROS

15 AGO 2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EN: 012828853

01	160977983	0000000000	EXERCÍCIO 1994
----	-----------	------------	-------------------

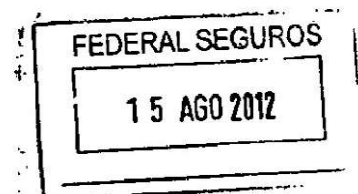
NOME/ENDEREÇO
FRANCISCO BATISTA DE SOUSA
FAZENDA GROTA GRANDE
 ***** Z RURAL
63.640 INDEPENDENCIA **CE**

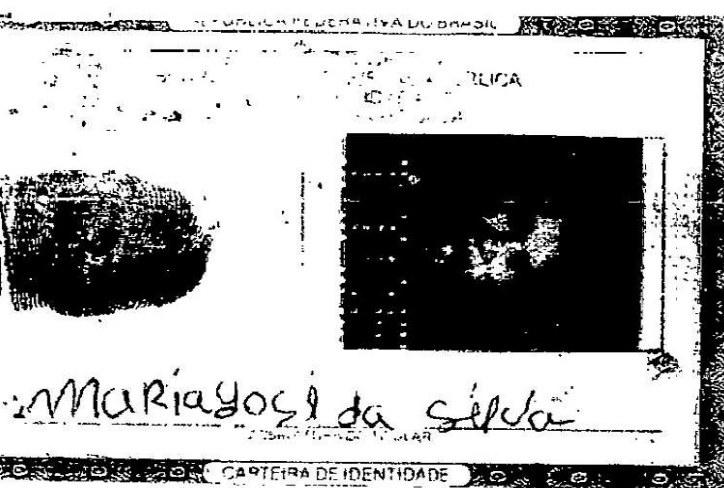
50671421387119
 PLACA
HUE4775

OF034/CE
 EG1251149201

45-10701616

MARCA/MODELO HONDA/CG 125		ANO FAB 1981	ANO MOD 1981
CAP/POT/CIL 2P/11CV	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA	
COTA UNICA *****	VENC. COTA UNICA **/**/**	VENC/COTAS 11 P.V.A.	
P.A.M.P.V.A. **	PARCELAMENTO/COTAS *****	3 P.A.G.O.	
PREMIO LÍQUIDO ISO	PREMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO IMEDIATO	
OBSERVAÇÕES ***** DOCUMENTO MERCANTIL *****			
LOCAL E DATA SALVADOR/BA		DATA 20/05/94	





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 200102010358 DATA DE EXPEDIÇÃO 13.07.2001

NOME MARIA JOSE DA SILVA

FILIAÇÃO JOAQUIM PEREIRA DA SILVA E LUIZ A. MOREIRA DA SILVA

NATURALIDADE PEDRA BRANCA-CE DATA DE NASCIMENTO 26/4/1966

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

72V RIAC SANABUTHI BRANCA/CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



Vel. pl. 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

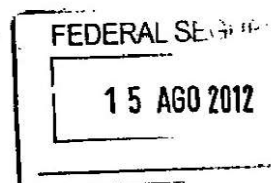
Digito Verificador: 00

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.

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

Problema de Boa Viagem

Paciente com fraturas
em 2^a e 3^a metatarsos
no dorso e lesão do
aparelho do pé flexor
pé D^o. Submeter-se
a tratamento ortopédico
momento e imobilização
gesso de tipo bot. Sólido
de adeno, deformidade
e dorção pé D^o com
claudicação

Data

Assinatura e Carimbo
do Profissional de Saúde

Nosso Hospital foi premiado pela Organização Mundial de Saúde
Unicef e Ministério da Saúde

30/10/2012

FEDERAL SEGUROS

15 AGO 2012



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

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

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

RG: Cartão Noturno = 2681 CPF: _____

PAI: José Claudio Aragão MÃE: Maria José da Silva

NATURALIDADE: B. Viagem PROCEDÊNCIA: SUS

ESTADO CIVIL: nuor. PROFISSÃO: Estudante

ENDEREÇO: ruiz vieira de sausa

BAIRRO: Guia CIDADE: B. Viagem UF: PE

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HDA: _____

EXAME FÍSICO: _____

EXAMES SOLICITADOS: _____

MEDICAMENTOS: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

PESO: _____ TEMPERATURA: _____

xmaria gosi da silva

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 6076

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DO CLIENTE
1094997-6

Rua Padre Valdeano, 150 - CLP 60135-040 - Fortaleza
CNPJ 07.047.251/0001-70 - CCF 06.705.845-5
Instituto de Energia Elétrica - IEE - C.A. nº 10.000/1997
Lei nº 10.436, de 20 de junho de 2002

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
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

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura
Julh/2012	19/06/2012	18/07/2012

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
PAF1.12F1.CEA9.63CF.15BE.9E8B.65D1.20B6

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto BOA VIAGEM CM 3,59
Mês Abr/2012

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	11,45	22,96	45,88	0,00	0,00	0,00
FIC	8,04	16,09	32,18	0,00	0,00	0,00
DMIC	6,29			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

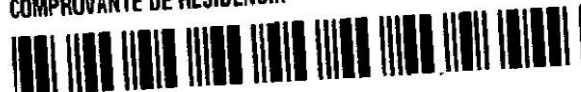
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fac.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
10227	10189	1,00	39	0,00	39	0,12544 0,21584	3,76 1,93
19/06/12	18/05/12		32 DIAS		39		5,69

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VM - CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL	13,97
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-8,28
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,44
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,23

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



VENCIMENTO

18/07/2012

TOTAL A PAGAR (R\$)

11,36

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	3,43
Transmissão	8,19
Distribuição	1,56
Encargos Setoriais	0,36
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	0,38
TOTAL	5,92

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Mar	36
Abr	39
Mai	29
Jun	35
Jul	42
Ago	40
Sep	40
Out	35
Nov	38
Dez	43
Jan	36
Fev	38

Importante

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
"MOSES SIMPLES AJUDAM MANTER A DENGUE LONGE DA SUA CASA, DO SEU BARRIO E ATE DA SUA CIDADE. FAÇA SUA PARTE, NÃO DEIXE ÁGUA ACUMULADA."

FEDERAL SEGUROS

- 15 AGO 2012

Tel. pl contato

(88)3427.7120

ou

(88)9995.9596

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CERTIDÃO 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 do nascimento de FRANCISCA

BILUCA DA SILVA ARAGÃO :X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

de sexo feminino, nascida em no dia vinte e três (23)
de julho de XX dois mil e dois (2002)

, às 07 horas e 00 minutos, em
Casa de Saúde Adília Maria - Boa Viagem - Ceará

filha de JOSÉ LEANDRO ARAGÃO

e de Dona MARIA JOSÉ DA SILVA

sendo avós paternos José Ximenes de Aragão

e Dona Maria Conceição da Sousa

e avós maternos Joaquim Pereira da Silva

e Dona Luiza 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.X.X.

Observações:

Sob N.º	44380033
Emprego	RS
PERMOM	RS
ACM	RS
Out	

CARTORIO DO REGISTRO

Rita de Cássia Bezerra da Silva

OFICIALA

63885 - DISTRITO DE

COMARCA DE BOA VIAGEM

ESTADO DO CEARÁ

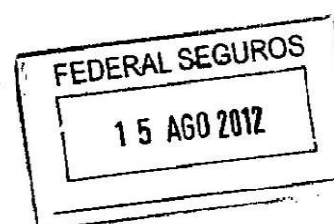


GRATUIDADE
O referido é verdade e sou fé.

Guia, 05 de agosto de XX 2002

Rita de Cássia Bezerra da Silva Vieira
Oficiala

pel. p/ contato
(88) 3427.7120
20
(88) 9995.9596





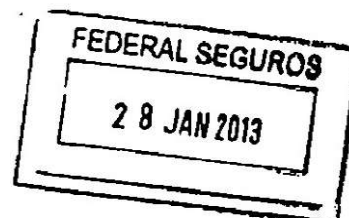
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE

**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.

Julio Daphine Sousa do Nascimento
Escritão de Polícia Civil
Matrícula: 192853-1-3

**DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE 088- 34271202**



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

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

HISTÓRICO:

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele 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 caíram; 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.

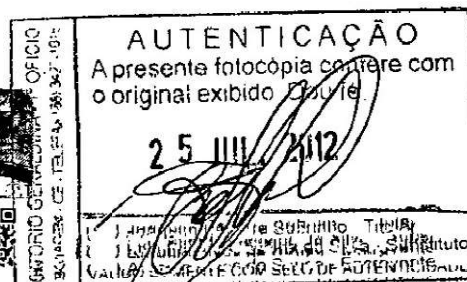
Resp. informação Maria José da Silva

FEDERAL SEGUROS

15 AGO 2012

Resp. registro:

Julio Daphine Sousa do Nascimento
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 198853-1-3



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



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:** Maria Tereza
Ramos de
Araujo Amorim**Seguradora:** FEDERAL DE
SEGUROS S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS
SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 31475-9

PARECER

Data da análise: 08/02/2013**Valoração do**
IML:**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** TRAUMA EM PÉ DIREITO**Resultados** A ESCLARECER
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** RJ
médico:

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**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 2ª e 3ª 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 cirurgico.**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:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
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 Vitimas 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 Medico Examinador

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

(x) 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 cirurgico

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 (x) Sim.

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

Resposta: Fisioterapia

b) Exames Complementares: (x) 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) (x) 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 susceptível(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 íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x) 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).

(x) 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 Médico: Kleiber Salvador Cáceres Morales.

Registro no CRM: CE 12959

Local do Exame: *Crateús - CE*

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