

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

14/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEMAR DE ASSIS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05441-0

CONTA: 000000003971-3

Nr. Autenticação

BRADESCO141220170500000000023705441000000003971168750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170464709

Cidade: Novo Oriente

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDEMAR DE ASSIS

Data do acidente: 10/05/2016

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO. COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CLÍNICO CONSERVADOR. REALIZOU FISIOTERAPIA [40 SESSÕES]. ALTA EM NOVEMBRO DE 2017. EVOLUIU COM CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA EDEMA RESIDUAL MODERADO EM JOELHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MÉDIA DE MOVIMENTOS [FLEXO - EXTENSÃO]

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/12/2017

Conduta mantida:

Observações: *NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

Médico examinador: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO

CRM do médico: 16205

UF do CRM do médico: CE

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



GOV. MUNICIPAL
NOVO ORIENTE



BOLETIM DE ATENDIMENTO



EXTERNO

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

DATA: 10/09/16

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: VALDEMAR DE ASSIS

Nome do Pai:

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DE ASSIS

CNS:

Estado Civil:

Sexo

M

DN 23 03 53 Idade 63

Profissão:

RG:

CPF:

Endereço: AV. D. J. M. F. L.

Cidade: N. O.

2 - SINAIS E SINTOMAS

3 - DIAGNÓSTICO

Plant. inf. dor, edema em punho
(D) epis. fraca, acut. de. hist. sic.

4 - CONDUTA

crise de asma de arir

Ass. do Paciente ou Responsável

Ass. do(a) Médico(a)

SABEMI SEGURADORA S/A

12 SET 2016

RECEBIDO



Governo Municipal
NOVO ORIENTE
Um Novo Tempo



**SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE**



1 - Preencher esta ficha em 2 vias
2 - Ao terminar a consulta ou atendimento
entregar 2 vias ao usuário orientando-o a
reter uma cópia e 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HOSP. e maternidade Dr. José Maria F. Leitão
Distrito Sanitário: _____

Nome: Valdemar de Jesus Município: NOVO ORIENTE

Endereço: Trecho Taua Prontuário: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nasc.: 13,03,53 Ocupação: _____



Motivo do Encaminhamento

Requer queda de moto, com trauma em joelho D, relato
de dor e dificuldade para caminhar.

Resultado de Exames:

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica: FRATURA EM JOELHO "D"

Função

10,05,16 17:00
Data Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: AValiação e conduta

Profissional: TRAUMATOLOGISTA

Unidade de Referência: H.S.L. CRATEÚS

Data 11 Hora 11

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N.º _____

Alta 11

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID _____

CID _____

CID _____

SABEM SEGURODORA S/A

23 AGO 2017

RECEBIDO



Governo Municipal
NOVO ORIENTE



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

DATA: 10/05/16

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: VALDEMAR DE ASSIS

Nome do Pai:

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DE ASSIS

CNS:

Estado Civil:

Sexo

M

DN 23.03.53

Idade 63

Profissão:

RG:

CPF:

Endereço:

AV. D. J. M. F. L.

Cidade:

N. O.

2 - SINAIS E SINTOMAS

3 - DIAGNÓSTICO

Plant. 1/ dia, edema em membros inferiores; arritmia br. heterosist.

4 - CONDUTA

respirar de ar

Ass. do Paciente ou Responsável

Ass. do(a) Médico(a)

CRÉDITO
MÉDICO
VICTOR M. R. CORREIA
1952



Dr. Kleiber
S. Cáceres Morales

CRM 12959



RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Valdemar de Assis**, RG:2008923752-2/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de trânsito, no dia 10 maio de 2016, no município de Novo Oriente - CE, com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Novo Oriente - CE.

- Com diagnóstico inicial de fratura do joelho direito.
- Seguindo tratamento conservador e fisioterapia.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

- Refere dor e dificuldade para a movimentação da região precitada.
- Apresenta limitação funcional para a flexo extensão total do joelho direito por possível lesão do ligamento cruzado posterior e lateral externo.

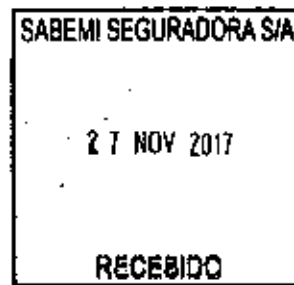
Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão – Região corporal (sequela): Joelho direito.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (x) 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,

Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959



Crateús, 24 de novembro de 2017.

kleibercm@hotmail.com
Caixa Postal: 09 - CEP: 63.700-970
- Crateús - Ceará

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170464709 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **VALDEMAR DE ASSIS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DOR JOSE MARIA LEITAO n° 1346 - CENTRO - NOVO ORIENTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20089237522 - SSP**
Data local do exame: **11/12/2017 TAUÁ/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE JOELHO DIREITO. COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CLÍNICO CONSERVADOR. REALIZOU FISIOTERAPIA [40 SESSÕES]. ALTA EM NOVEMBRO DE 2017. EVOLUIU COM CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA + EDEMA RESIDUAL MODERADO EM JOELHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MÉDIA DE MOVIMENTOS [FLEXO - EXTENSÃO]

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

IV. Segundo o 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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - TAUÁ, 11/12/2017

Médico Perito: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO CRM:16205/CE

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PE _____

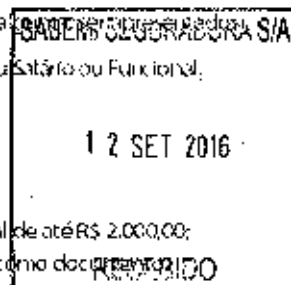
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Valdemar de Assis
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2008923752 EXPEDIDO POR SSP/GF EM 23/09/16 E
 CPF 7.151.850.763-20 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Peixeiro
 E RENDA MENSAL DE R\$ Peixeiro NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O Mesmo AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser fornecidos:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 034 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0441-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3971-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Na Orla do Solimera de 2016 Valdemar de Assis
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
ELIEZIO DE PINHO MONTEIRO - ME
RUA DEODORO ARAGÃO 189
TERM.NET-150 00027762 DATA 25/08/2016
DATA: 25/08/2016 HORA DE BRASÍLIA: 08:44

*** EXTRATO DE CONTA CORRENTE ***

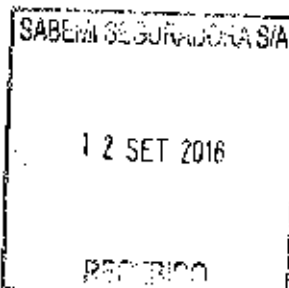
VALDIANAY DE ASSIS 08:44HR
AGÊNCIA 5441 CTA 0003971-3 25/AGO/2016

DISPONIVEL
- TOTAL DISPONIVEL 0000
+ CONTA CORRENTE 0000
TOTAL DE RECURSOS 0000

AB. BRADESCO : 5441 - NOVO ORIENTE
CORRESP. BANC.: 060 - ORIENTE VARIEDADES
NSU: 026566762278 AUTENTICAÇÃO: 067387

LUA LUOKTA BIALN SED
RUA 7/4 9933

NSU REDE: 010014 HORA REDE: 08:44:03





BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 528 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/08/2016 15:55:19**
Data / Hora da Ocorrência: **10/05/2016 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO LOCALIDADE DE EMAÚS**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **NOVO ORIENTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO A LOCALIDADE DE OLHO D'ÁGUA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VALDEMAR DE ASSIS**
Nascimento: **23/03/1953** CPF:
RG: **20089237522** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DAS DORES DE ASSIS**
Endereço: **AVENIDA JOSÉ MARIA LEITÃO, 1349** CEP:
Bairro: **TRECHO TAUÁ**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Histórico

OBS: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE Ocorrência SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 299, 339 E 340 DO CPB).

O DECLARANTE AFIRMA QUE NÃO POSSUI CARTEIRA DE HABILITAÇÃO; QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO DE FAB. E MODELO 2014/2014, COR VERMELHA, PLACA OSA-9100-CE, CHASSI 9C2JC4120ER022464, LICENCIADA E REGISTRADA EM NOME DE MARIA HELENA ALVES ANCHIETA; QUE AFIRMA O DECLARANTE QUE O ACIDENTE OCORREU NA LOCALIDADE DE EMAÚS - NOVO ORIENTE/CE QUANDO AO SE DIRIGIR DA REFERIDA LOCALIDADE EM DIREÇÃO A ESTA URBE COLIDIU COM UMA VACA QUE ATRAVESSOU A VIA LHE FECHANDO; QUE DO ACIDENTE O DECLARANTE RESTOU LESIONADO COM FRATURA E ESCORIAÇÕES NO JOELHO DIREITO; QUE POPULARES O SOCORRERAM PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE, CONFORME CÓPIA QUE APRESENTA NESTE ATO. E NADA DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCIO CRISTIANI SOARES SILVA - MAT.: 300065-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Valdemar de Assis

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 529 / 2016


Gregório Lourenço de Deus
Antônia Jayete Lourenço Sales
Antônio Jurete Lourenço Sales



GOVERNO MUNICIPAL
NOVO ORIENTE

BOLETIM DE ATENDIMENTO



INTERNO

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

DATA: 10/05/16

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: VALDEMAR DE ASSIS

Nome do Pai:

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DE ASSIS

CNS:

Estado Civil:

Sexo: M

DN: 23.03.83

Idade: 63

Profissão:

RG:

CPF:

Endereço:

AV. D. J. M. F. L.

Cidade: NO

2 - SINAIS E SINTOMAS

3 - DIAGNÓSTICO

4 - CONDUTA

Ass. do Paciente ou Responsável:

Ass. do(a) Médico(a)

SABEMI SEGURADORA S/A

12 SET 2016

RECEBIDO