

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160668152

Cidade: Ararendá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Data do acidente: 20/01/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. FRATURA NÃO ESPECIFICADA DO QUINTO METACARPO ESQUERDO. ENTORSE NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA QUEIXA-SE DE POLIARTRALGIA. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO NA FLEXÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA ABAULAMENTO ÓSSEO NO QUINTO METATARSO DEVIDO À CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, RESULTANDO NA REDUÇÃO DA PREENSÃO MANUAL DA MÃO ESQUERDA. APRESENTA DERRAME ARTICULAR NO COMPARTIMENTO MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO COM INSTABILIDADE ARTICULAR COM ABERTURA AO STRESS E FALSEAMENTO NA MARCHA. TORNOZELO SEM SEQUELA PERMANENTE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA DOS SEGMENTOS LESADOS. NÃO CONSEGUIU REALIZAR FISIOTERAPIA PELO SUS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

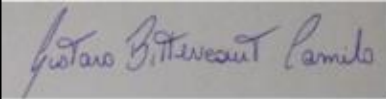
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2016

Carta nº: 10002799

A/C: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3160668152 ASL-1069650/16
Vitima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 20/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONEIDE GOMES DE SOUSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2016

Carta nº: 10010878

A/C: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3160668152 ASL-1069650/16
Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 20/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONEIDE GOMES DE SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10120363

A/C: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3160668152 ASL-1069650/16
Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 20/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONEIDE GOMES DE SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10223613

A/C: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3160668152 ASL-1069650/16
Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 20/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONEIDE GOMES DE SOUSA

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: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 001

Agência: 000000237-2

Conta: 000010007576-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.050,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 10708907

A/C: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3160668152 ASL-1069650/16
Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 20/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONEIDE GOMES DE SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2017

Carta nº: 11132846

A/C: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3160668152 ASL-1069650/16
Vitima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 20/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONEIDE GOMES DE SOUSA

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

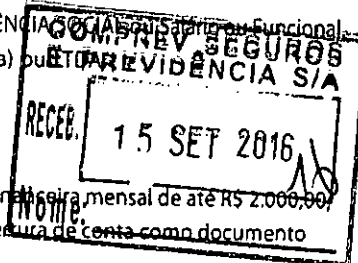
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO VICENTE DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 00670027777 EXPEDIDO POR CNH - CE EM 16/04/16 E
 CPF 046024573-91 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO VICENTE DE SOUSA, 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**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, Previdência Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou PREVIDÊNCIA S/A;
- 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 Lotéticas 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 de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0737-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7576-0

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.

Ananendá, 29 de 03 de 2016
 LOCAL E DATA

Francisco Vicente de Sousa
 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.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/06/2016 AUTO-ATENDIMENTO 14.08.51
129201292 003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 1292-0 CONTA: 26.531-4
CLIENTE: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

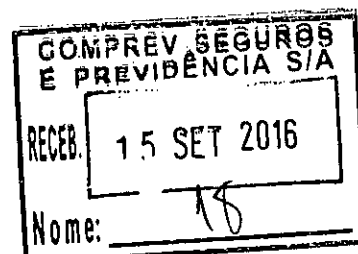
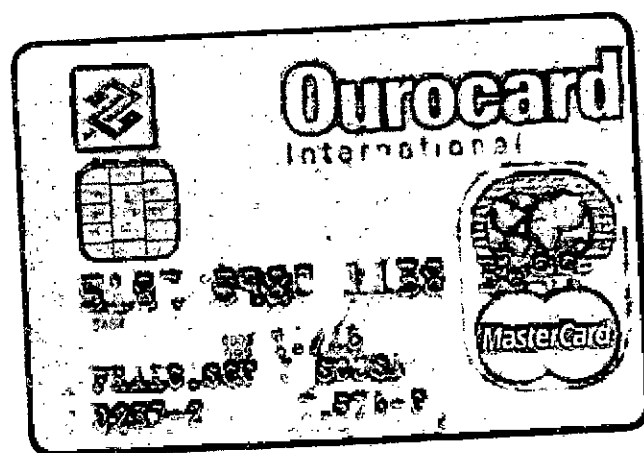
FAVORECIDO

AGENCIA: 0237-2 CONTA: 7.576-0 VAR: 51
CLIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
VALOR: 0,01 000000

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela MP. 567/2012

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A	
RECIBO	15 SET 2016
Nome:	✓





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 199 / 2016

1069650/16

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **23/03/2016 08:40:52**
Data / Hora da Ocorrência : **20/01/2016 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R PATRIOLINO ALVES GOMES**

CENTRO ARARENDA /CE
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO NÚMERO 757**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA**
Nascimento : **10/06/1944**
CNH: **00680027777** Órgão Emissor: **DETRAN** UF: - CPF: **04602757391**
Filiação: **JOSE VIEIRA DE SOUSA**
MARIA RODRIGUES DE MORAIS
Endereço: **VL POVOADO LAGOA DO PEIXE**
LAGOA DO PEIXE
ARARENDA CE BRASIL Telefone:

Histórico

AFIRMA O VINHA PILOTANDO O VEÍCULO HONDA NXR150 BROS ES, PLACA OCQ6320, CHASSI 9C2KD0550BR505257, 2010/2011; QUE NA RUA PATRIOLINO ALVES, UM CACHORRO APARECEU NA PISTA, MOMENTO EM QUE COLIDIU NO ANIMAL E PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, QUANDO PAROU COLIDINDO EM UM ÁRVORE; QUE FOI SOCORRIDO POR SEU SOBRINHO DE NOME JENIVAN QUE LEVOU O DECLARANTE PARA O HOSPITAL; QUE O ACIDENTE RESULTOU EM UM TRAUMA NA CABEÇA E FERIMENTOS PELOS CORPO, SEGUNDO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

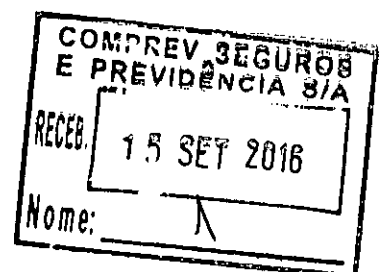
FRANCISCO WAGNER GOMES RODRIGUES - MAT.: 198842-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

Francisco Vieira de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A):

OTAVIO DUARTE VIEIRA COUTINHO - MAT.: 300523-1-5





Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 3 *T3%*



Eu, Francisco Vilma de Sousa
Portador da carteira de identidade nº 00 680027777, e inscrito no CPF/MF sob o nº
046 072 573 - 91, Reside e domicilia na Rua: Pavão Joca do Pneu
Número: _____, Bairro: _____, Cidade: Aracaju, Estado: Alagoas

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML localizado 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 Obrigatório DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 noventa dias do respectivo pedido;

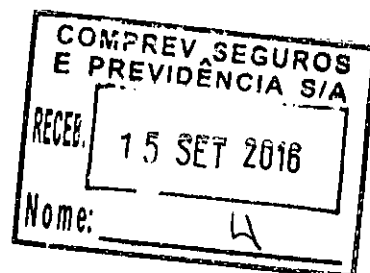
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causa diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo 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 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

LOCAL Aracaju CE DATA 29 / 03 / 2016

x Francisco Vilma de Sousa

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00237-2

CONTA: 000010007576-2

Nr. da Autenticação DF29B2E098AE9E4E



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

ATO DE CLARATÓRIO

1. Preencher esta ficha em três vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Raimundo Emar de Sousa Mendes
DIRETOR-GERAL
HOSPITAL MUNICIPAL E COMBUSTÍVEL
CRE: 145.302.518-90

Unidade de Origem: HMFML

Distrito Sanitário: 15º UIC Rio Regional

Município: _____

Nome: Seu João de Souza

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 10/06/44 Ocupação: _____

Endereço: Ul. Aguiar de Paiva

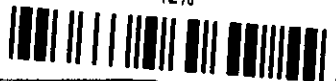
Bairro: _____

Tel: _____

do Encaminhamento.

Tratamento de acidente de trânsito (STE), referindo-se a lesões
de encaminhamento a edema no joelho (E). Solicito Rastreio de joelho (E) 1.
Resultado de Exames

DOCUMENTO 2 *T2%*



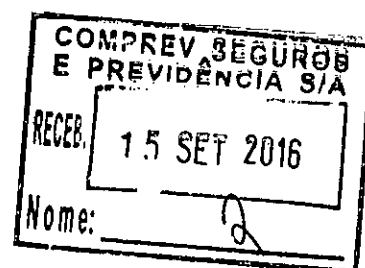
Censu"ria já Realizada

Impressão Diagnóstica

Raimundo Emar de Sousa Mendes
Médico
CRM: 2887

Médico
Função

20/03/16
Data





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

ATO DE CLARATÓRIO

1. Preencher esta ficha em três vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, encaminhado para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Raimundo Edmar de Sousa Mendes
DIRETOR GERENTE
HOSPITAL MUNICIPAL COMBÓIO URM
CPF: 145.302.518-00Unidade de Origem HMF MUDistrito Sanitário: 35º URM Regional

Município: _____

Nome: Sr. Tânia de Souza

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento 10/06/44 Ocupação: _____Endereço Uraguá de Peixe

Bairro: _____

Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:

Doença de acidente de trânsito (SIC), referindo dor limitante
de movimentos e dor no peito (E). Soluto Rápid x de peito (E, AP 1).

Resultado de Exames

Consulta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dr. Raimundo N. J. Almeida
Médico
CRM: 2007Médico

Função

20/03/16

Data

14 CC

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐Hospitalar ☐Auxílio Diagnóstico ☐Procedimento: Observação / CondutaProfissional: Traumatologista

Unidade de Referência: _____

Data: 1 / 1 / _____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta 1 / _____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal _____

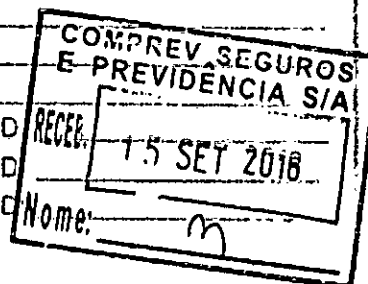
Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID _____

CID _____

CID _____



Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Função

Data

1718611-0

Para equizar seu atendimento, oferecemos o 1º atendimento sempre **gratuito** para o primeiro consultado.

A Tanta Social de Energia Eléctrica
foi criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

coe'ce

Rue Parbelial 150

REF ID: A7231, CXC1-70 CG4 (6.105.818-3)

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Acira 32 39141 02 049800 - 9

Data de Emissão

Nome FCO VIEIRA DE SOUSA

Extr. anal. PV LAGCA DO PEIXE 00000

- ARARENDA -

Medidor 2903771

0000 0000

04-RURAL TRIFASICO

Poste	0,00
-------	------

RG / CPT / CA-21 000001394224

CG

Answer: Response: 1

DATA	DATA	DATA
15/01/2016	15/01/2016	15/01/2016

Índice de Qualidade do Produto
 Veja a legend: **MCH** - ISS de 10% contra
 Conjunto Nov. 2015 **DEB 13,56**
 Mes **DEB 10,00**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
15000		

	Padrão Individual			Aproxim. Individual		
DIC	18,87	0,00	0,00	0,27	0,27	0,27
FIC	7,74	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
DMIC	3,68			0,27		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Line	Actual	Less: Anticipation	Cost	Consumption	Costs W. L.	Costs P. L.	Taxable (3% Inc.)	Value
	5264	5095	1.00	105	8.00	100	37.624	37.4
15-01/16		15-12/15		31 D148		105		

DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR UNIT.
VALOR CONSUMO DO MES	37,43	

Multa Moratoria Ref 10/2015

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,99)

VENCIMENTO

16/02/2016

**TOTAL A
PAGAR (RS)**

38.14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	24,17
Transmissão	8,50
Distribuição	9,43
Encargos Setoriais	1,38
Tributos (IOS PIS-COFINS)...	1,38
Total	37,43

HISTORICO DE CONSUMO

75	105	74	79	73	65	78	63	76	57	72	95
Feb	Jan	Dec	Nov	Oct	Est	Mar	Jul	Jun	May	Apr	Mar

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh) 2020-2021-2022

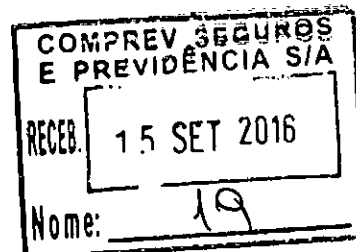
Ampliado kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
45,38	0,00	0

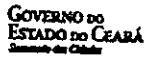
informações importantes e avisos de vencimento

Exemplar expandit: a cartei blăncușe a nr. 1880 țineu nouă surse:

Page CONTINUED on 10/10/90. Page CONTINUED on 10/10/90. Page CONTINUED on 10/10/90.

(85) 987980002/



[illegible]

COMPRES SEGUROS
5 PREVIDENCIA S/A

RECEB. 15 SET 2016

Nome: 20

Comprovante de residência



1718611-0
 403063752
 16/03/2017

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°
 Rua 32 39141 02 049800 9
 Nome LEO VILIRA DE SOUSA
 End. Postal PV LAGOA DO PEIXE 00000
 ARARENDÁ

Medidor 2903771
 Classe 04 RURAL TRIFÁSICO
 RG / CPF / CNPJ 000001894224
 Nome do Responsável

Ponto 0000 0000
 Fator de Potência 0,00
 CGF

DATAS
 Mês de Referência: Mar/2017
 Data de Apresentação: 16/03/2017
 Próxima Leitura: 17/04/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vaga e Informada no verso do cartão

Mês	Disponibilidade			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
FIC	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
DMIC	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

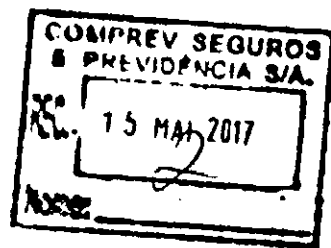
ICMS
 Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO
 ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6321	6270	1,00	51	0,00			
16/03/17	14/02/17		23 dias		102		36,80

VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 12/2016
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,14)



17/04/2017

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

energia	27,83
transmissão	8,75
distribuição	3,98
carregos Setoriais	2,51
tributos (10% FIS COFINS)	3,73
Total	36,80

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos)

78	51	82	122	80	111	77	104	74
----	----	----	-----	----	-----	----	-----	----

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 Ivoneide Gomes de Sousa, portador(a) do

RG nº 316511896, expedido por SSPCC, em

17/10/96, CPF/CNPJ nº 00349502307,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Francisco

Vieira de Sousa do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

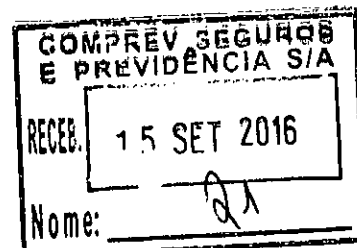
da vítima Francisco Vieira de Sousa, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios: Recurso

Ivoneide Gomes de Sousa
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
106170	0001	FRANCISCO VEIREIRA DE SOUSA	898003283160216	
Documento(s)	Identidade: 1894224	Estado Civil	Sexo	
		Viúvo(a)	Masculino	
Data de Nascimento	Local	Idade		
10/06/1944	NOVA RUSSAS/CE	71 Ano(s)		
Pai	Mãe			
JOSE VIEIRA DE SOUSA	MARIA RODRIGUES DE MORAIS			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN	ZONA RURAL	62210-000	ARARENDA	CE
Profissão	Empresa	Conjuge	Telefone	
			88 92918862	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
MARIA RODRIGUES DE MORAIS		CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN	ARARENDA	CE

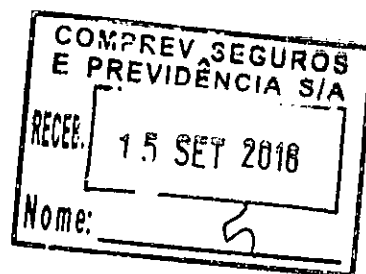
DADOS DO ATENDIMENTO

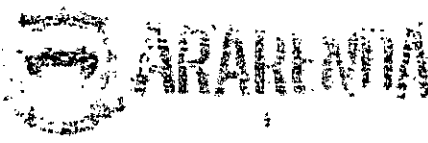
Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
20/01/2016	15:50	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
FRANCISCO ELANILDO MARTINS	6253/CE	CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário			
	SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA			
Observação				
trouxo guia dia 20/01/16				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída
				() Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

Paciente com queixas diversas
luxos p/b. @ Repete abge
diz que teve de nota (sic)

11/2 15:50 @ - 15:50





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

1. Preencher este formulário
2. Assinatura e carimbo do profissional responsável
3. Assinatura e carimbo do médico responsável
4. Assinatura e carimbo do enfermeiro responsável

FICHA DE REFERÊNCIA

Raimundo Edmar de Sousa Mendes
DIRETOR GERAL
HOSPITAL MUNICIPAL COMBURAÇÃO LIMA
CPF: 145.302.518-88

Unidade de Orçamento: HMEF ML
Endereço: 35º Ofício Regional
Município:

Nome: Tânia de Souza
Prontuário Nº:
Sexo: F Data de Nascimento: 10/05/44 Ocupação:
Endereço: 35º Ofício Regional Bairro: Tel:

Encaminhamento:
Paciente encaminhado de Trauma (SEC), com lesão de membros superiores e inferiores e lesão no tórax (C). Solicito RHC e de rotina (RHC).
Resultado de Exames:

Consulta já Realizada
Impressão Diagnóstica:
Assinatura: [Assinatura] Nº Registro: 2016/11
Função: Médico Data: 11/05/16

AGENDAMENTO
Tipo de atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: Cirurgia / Conduta Profissional: Traumatologista
Data de Referência: Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome de Referência:
Prontuário Nº: Alta: / /

Assinatura Clínica Cirúrgica:
Resultado de Exames:
Médico Principal:
Secundário 1:
Secundário 2:
Assinatura de Consulta para Seguimento:
O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

COMPREV - SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECIBO: 15-SET-2016
Nome: 6
CID:



SUS - Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Data: 20/24/16

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Idade: 71

Prof.:

Conjuge:

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Dispende de Trachto (110)

3. HISTÓRIA ATUAL:

Travina va Caber i Pliment
m'lt yules va b'ge

4. PESO _____ KG:

5. P.A.

6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADOS:

Francisco Lima de Souza
Ass. Do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RUBRICA
S. R. L —	1000	500 500
+ Ferritina —	F- 28 VIL	AS: 20 ✓
Exame de Urina	/a	AS: 20 ✓
Serum		✓

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECIBO: 15 SET 2018

Nome: _____

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CRATEUS - CE
Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuario 106170	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO VEIREIRA DE SOUSA	CNS 898003263160216	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 1894224	Local NOVA RUSSAS/CE	Mãe MARIA RODRIGUES DE MORAIS	Estado Civil Viúvo(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 10/06/1944	Idade 71 Ano(s)	UF CE	Telefone 88 92918862	
Endereço CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62210-000	Município ARARENDA	
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável MARIA RODRIGUES DE MORAIS	CPF do Responsável	Endereço CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN	Município ARARENDA	UF CE

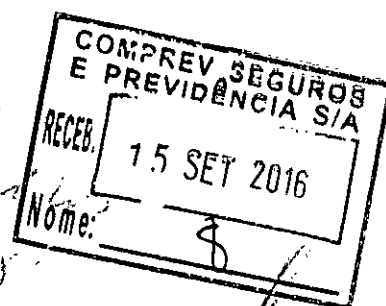
DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/01/2016	Hora 15:50	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO ELANILDO MARTINS	CRM/UF 6253/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA			
Observação trouxo guia dia 20/01/16				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)

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

Paciente com sequelas diversas
luxos pubo. (E) Repete algo
diz que tem de nota (sic)

RX { pelvis (E) → T2/T3 fratura
MÃO (E) → T2/T3 fratura
ombro (E) → 2 moles de osso
colômbio / Tenosíto (E)



Avulsos ortopédicos p/ RX (5 fracture)

Silvina Melo Marques
MÉDICO
CREMEC-10784
FRANCISCO ELANILDO MARTINS - CRM: 6253

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA RODRIGUES DE MOR

Pl. Reanálise



DR. RAIMUNDO NONATO TORRES DE MELO

CRM: 2867

RELATORIO MÉDICO

Paciente, F1º Vilela de Sousa, vítima
de acidente de trânsito (A10) no dia 20.01.16
com trauma labial, ferimentos múltiplos no
corpo. Relato de trauma C/ fratura
do Plevicula (E) e 5º metacarpo
da mão (E). Tórax com lesão
40% de revólver permanente,
clavícula, e mão (E). Hte. Obstrução
em 01.01.2016

[Handwritten signature]

Raimundo N. Torres de Melo
Médico
CRM: 2867

Raimundo N. Torres de Melo
Médico
CRM: 2867

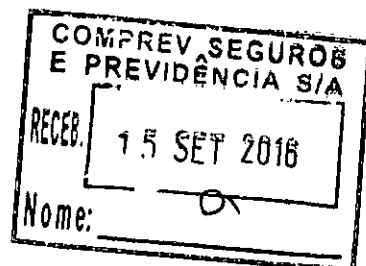
Raimundo N. Torres de Melo
Médico
CRM: 2867

PACIENTE:

Francisco Vilela de Sousa

OBS: ART. 299 – Omitir, em documento pública ou particular, declaração que dele devia contra, 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:

Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



CPF: Maria Rodrigues da Moura
PAT: José Vitor de Sousa



ARARENDÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

Ramundo Edmar de Sousa Mendes
MÉDICO GERAL
HOSPITAL MUNICIPAL FCO MOURÃO LIMA
CPF: 145.302.519-96

Unidade de Origem: HUTAL

Distrito Sanitário: LS-2

Município: Ararendá

Nome: Fos Vitor de Sousa Prontuário Nº _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento 10/06/44 Ocupação: Aposentado
Endereço: Rua do Padre Bairro: Barra Saneal Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:
retorno ao setor de traumatologia do HRS de Crato.

Resultado de Exames

Consulta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica
Dr. Ramundo Edmar de Sousa Mendes medico 28/02/16
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

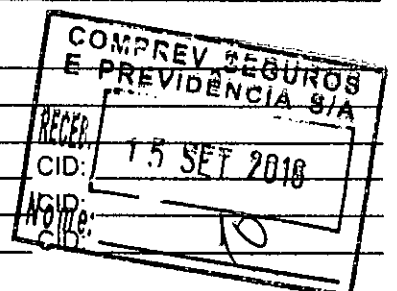
FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____
Secundário 1 _____
Secundário 2 _____



Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

OCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
OSPITAL SAO LUCAS
RATEUS - CE
Unidade de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Pontuação: 136170 Atendimento: 0005 Nome do Paciente: FRANCISCO VEIREIRA DE SOUSA
Documento(s): 1894224 Estado Civil: Viúvo(a) Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 10/06/1944 Local: NOVA RUSSAS/CE Idade: 71 Ano(s)
Pai: JOSE VIEIRA DE SOUSA Mãe: MARIA RODRIGUES DE MORAIS
Endereço: CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN CEP: 62210-000 Município: ARARENDA UF: CE Telefone: 88 92918862
Profissão: Empresa Cônjuge:
Responsável: MARIA RODRIGUES DE MORAIS CPF do Responsável: Endereço: CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN Município: ARARENDA UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 19/02/2016 Hora: 07:17 Convênio: SUS
Profissional do Atendimento: AURIANO DOS SANTOS SCATENA CRM/UF: 16761/CE Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente: Funcionário: IARA BARBOSA ARAUJO
Observação: Referência dia 19/02/2016
Sair: Data/Hora Liberação: às hs. Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

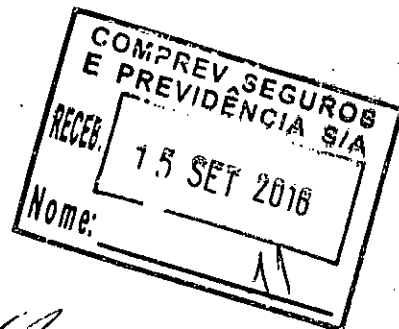
Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mpm) PA (mmHg)

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

R. Adriano

R. P. C.

R. M. S.



M. S.

M. A. A.

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.761

ADRIANO DOS SANTOS SCATENA - CRM: 16761

Francisco Veireira de Sousa
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA RODRIGUES DE MOR



ARARENDÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

Raimundo Emar de Sousa Mendes
DIRETOR GERAL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MOURÃO LIMA
CPF: 145.302.519-90

Unidade de Origem: HMPML

Distrito Sanitário: 15 - Apoio Regional

Município: _____

Nome: Francisco Vieira de Sousa

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento ____/____/____

Ocupação: _____

Endereço: Wagaa do Peixe

Bairro: _____

Tel _____

Motivo do Encaminhamento:

Pcte íntima de acidente de trânsito (sic) há ± 1 mês.

Resultado de Exames

Consulta já Realizada.

Impressão Diagnóstica

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Médico
Função

29/03/16
Data

09:00
Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Consulta / Retorno

Profissional: Traumatologista

Unidade de Referência: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____

Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

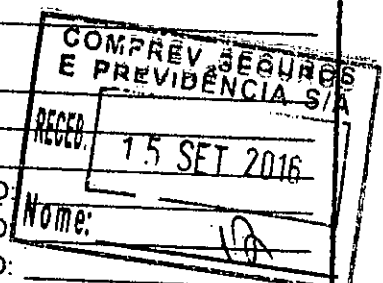
Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____



Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CRATEUO - CE
Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

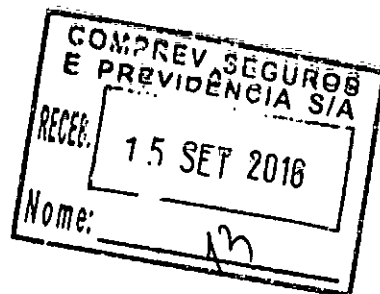
Prontuário 106170	Atendimento 0003	Nome do Paciente FRANCISCO VEIREIRA DE SOUSA	CNS 898003263160216	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 1894224				
Data do Nascimento 10/06/1944	Local NOVA RUSSAS/CE	Estado Civil Viúvo(a)	Sexo Masculino	
Pai JOSE VIEIRA DE SOUSA	Mãe MARIA RODRIGUES DE MORAIS	Idade 71 Ano(s)		
Endereço CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62210-000	Município ARARENDA	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92918862	
Responsável MARIA RODRIGUES DE MORAIS	CPF do Responsável	Endereço CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN	Município ARARENDA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/01/2016	Hora 09:12	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente		Funcionário IARA BARBOSA ARAUJO		
Observação referencia valida dia 20/01/2016 ate 20/02/2016				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)

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

*Prontuário e Livro de
Folha de História Clínica
e de Anamnese
atualizada AP e folha
Clínica*



JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

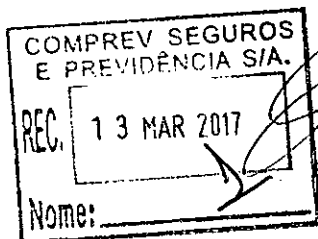
Francisco Veireira de Sousa
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA RODRIGUES DE MOR



DOCUMENTO 1 *T1%*

**DR. RAIMUNDO NONATO TORRES DE MELO****CRM: 2867****ATESTADO MÉDICO**

Francisco Vieira de Sousa, vítima de
Acidente de Trânsito (D10) no dia 20.01.2016
com trauma na cabeça, T1/T2 conservado
evoluindo para cefaléia e parosismo da região
occipital (E), dole (E) T1/T2 conservado
total, evoluindo com limitação funcional, por a
parte, dor, náusea, vômito, exatidão, não (E)
Fator de 5º D.M. (E), T1/T2 conservado como
deveria ser presente no 5º D.M. (E). Alta
definitiva em 10.02.2017



[Signature]
Dr. Raimundo N. Torres de Melo
Médico
CRM: 2867

PACIENTE

Francisco Vieira de Sousa

OBS: ART. 299 – Omitir, em documento pública ou particular, declaração que dele devia contra, 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:

Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Beardine

DOCUMENTO 5 "T54"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO	
NOME FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR	1894224 179 RJ
CPF	046.027.573-91
DATA NASCIMENTO	10/06/1944
NÚMERO JOSE VIEIRA DE SOUSA	
MARIA RODRIGUES DE MORAIS	
PRIMEIRO	ACC
SEGUNDO	CADUE
TERCEIRO	AD
Nº REGISTRO	00680027777
VALIDADE	03/02/2019
1ª EMISSÃO	12/05/1976
FOTO	
Assinatura	
Francisco Vieira de Sousa	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL	CRATEUS, CE
DATA EMISSÃO	16/02/2016
Assinatura do Portador	
82501888546	
CE131984247	
ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN-CE (MORA)	

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1233756857

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1233756857

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB: 15 SET 2016
Nome: 14

DOCUMENTO 3 *T3%*



3165118-96 17/10/96
IVONEIDE GOMES DE SOUSA
Francisco Petronillo de Sousa
Maria Gomes da Silva
Ararandá Ce. 09.02.1978
Cen. Nas. Nº 3343, Liv. A-5, Fls. 81v
Ararandá Ce.

IVONEIDE GOMES DE SOUSA
CPF 3165118-96
09.02.1978
Cen. Nas. Nº 3343, Liv. A-5, Fls. 81v
Ararandá Ce.

09.02.1978
IVONEIDE GOMES DE SOUSA
003.495.023-07
Centro de Pessoas Físicas
CPF
COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 15 SET 2016
Nome: *ad*

DOCUMENTO 6 *T6%*


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - CE Nº **012261061805**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA **01** **00407988661** **0000000000** **2015**
FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

ARARENDÁ - CE
04602737391 **0006320/CE**
04602737391 **0006320/CE**
PAS/MOTOCICLO/NAU APETC **GASOL/ALCO**
HONDA/NXR150 BROS ES **2016** **2016**
2P/UCV/149CC **PARTIC** **PRETA**
COTA ÚNICA **VENC. COTA ÚNICA** **VENC. COTAS**
1ª **2ª** **3ª**
FAIXA LPVA **PARCELAMENTO / COTAS**
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **10P (R\$)** **PRÊMIO TOTAL (R\$)** **DATA DE PAGAMENTO**
129,04 **14,34** **143,38**
OBSERVAÇÕES

ARARENDÁ **10/12/2015**
Igor Ponte
Superintendente
DETRAN-CE
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
CE Nº 012261061805 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
EXERCÍCIO **2015** **DATA EMISSÃO** **10/12/2015**
VIA **01** **04602737391** **0006320**
00407988661 **HONDA/NXR150 BROS ES**
2016 **09** **YC2KD0550BR505257**
PRÊMIO TARIFÁRIO
PRÊMIO (R\$) **DETRAN (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**
129,04 **14,34** **143,38**
CUSTO DO BILHETE (R\$) **10P (R\$)** **QUILA (R\$) (SEGURO)**
4,15 **1,11** **292,01**
PAGAMENTO **DATA DE COTAÇÃO**
☒ **COTA ÚNICA** ☐ **PARCELADO** **08/12/2015**
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 02.243.508/0001-04
www.seguradoralider.com.br
NOTOP: K05E9B505257 **00487**

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. **15 SET 2016**
Nome: **h**

**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

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA** Sinistro: **3160668152** Data: **20/01/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV LAGOA DO PEIXE, 00 - ARARENDA - Ararendá - CE - CEP 62210000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**INSTITUTO FÉLIX PACHECO/RJ**] **1894224**

Data local do exame: [**08/06/2017**] **Crateús** [**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 DA CLAVÍCULA ESQUERDA. FRATURA NÃO ESPECIFICADA DO QUINTO METACARPO ESQUERDO. ENTORSE NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS. VÍTIMA QUEIXA-SE DE POLIARTRALGIA. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO NA FLEXÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA ABAULAMENTO ÓSSEO NO QUINTO METATARSO DEVIDO À CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, RESULTANDO NA REDUÇÃO DA PREENSÃO MANUAL DA MÃO ESQUERDA. APRESENTA DERRAME ARTICULAR NO COMPARTIMENTO MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO COM INSTABILIDADE ARTICULAR COM ABERTURA AO STRESS E FALSEAMENTO NA MARCHA. TORNOZELO SEM SEQUELA PERMANENTE.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA DOS SEGMENTOS LESADOS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(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.

Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 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):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.

NÃO HÁ AGRAVO DA SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE. CONDUTA MANTIDA.



**Solicitação de Reanálise**

Eu, Francisco Vieira de Souza

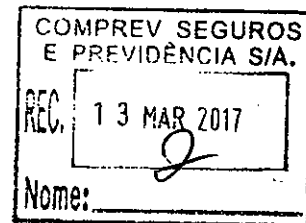
Portador (a) do RG: 1894224 e N° do
CPF: 046.027.573-91

Solicito a reanálise de meu processo de invalidez permanente de
numero de sinistro 3460668152

Visto que estou mandando um novo relatório informando o grau da
minha invalidez permanente.

Espero que os senhores compreendam a minha solicitação e assim
possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a
MARCAÇÃO de perícia e conseqüentemente efetuando o pagamento da
indenização.

Atenciosamente



Anandá (ce) 01 de Março de 2017

Francisco Vieira de Souza

Outros



REMARCAÇÃO DE PERÍCIA

Eu, Francisco Vieira de Sousa,
Portador(a) do RG: 1894224,
CPF: 046.027.573-91. Solicito a remarcação da
perícia médica referente ao meu seguro DPVAT nos telefones a
baixo:

Fone: (85) 987740318 (85) 997160819

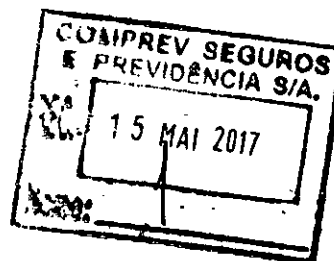
End.: PV. Lagoa do Peixe

nº 00 bairro: Arendá CEP: 60.000.000

Cidade: Arendá - Pe.

Aquiraz (Ce), 11 DE Maio DE 2017.

Francisco Vieira de Sousa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160668152

Cidade: Ararendá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Data do acidente: 20/01/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
Total			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160668152

Cidade: Ararendá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

Data do acidente: 20/01/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. FRATURA NÃO ESPECIFICADA DO QUINTO METACARPO ESQUERDO. ENTORSE NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA QUEIXA-SE DE POLIARTRALGIA. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO NA FLEXÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA ABAULAMENTO ÓSSEO NO QUINTO METATARSO DEVIDO À CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, RESULTANDO NA REDUÇÃO DA PREENSÃO MANUAL DA MÃO ESQUERDA. APRESENTA DERRAME ARTICULAR NO COMPARTIMENTO MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO COM INSTABILIDADE ARTICULAR COM ABERTURA AO STRESS E FALSEAMENTO NA MARCHA. TORNOZELO SEM SEQUELA PERMANENTE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA DOS SEGMENTOS LESADOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/06/2017

Conduta mantida: Sim

Observações: Já indenizado como dano leve do membro superior esquerdo + dano moderado do joelho esquerdo. O indenizado encontra-se a contento se considerando os critérios de invalidez apresentados. Não há agravamentos que justifique alteração de parecer anterior.

Médico examinador: Gerardo Fernandes Junior

CRM do médico: 8251

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

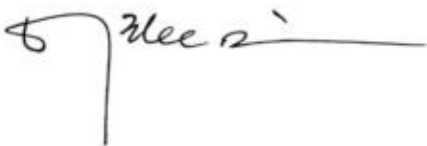
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Vieira de Sousa, brasileiro(a), estado civil profissão residente e domiciliado à Rua PV: Lagoa da Peixe, nº S/N, bairro Ararendá, Município de Ararendá, Estado de(o) Ceará, Cep: 62210-000, portador(a) do Rg nº 00680023333, SSP/CE e CPF nº 046.027.573-91.

Outorgado: Ivonilde Gomes de Sousa, brasileiro(a), estado civil profissão residente e domiciliado(a) à Rua Napoleão Ribeiro Torres, nº S/N, bairro Centro, Município de Ararendá, Estado de(o) Ceará, Cep: 62210-000, portador(a) do RG nº 316511896, SSP/CE e CPF nº 00349502303.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Vieira de Sousa, ocorrido em 20/01/16, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

AQUIRAZ 13 de Maio de 2016.



Francisco Vieira de Sousa

Outorgante
CPF Nº 046.027.573-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

 Titular Ararendá CE	Reconheço por autenticidade a firma de
	<i>Francisco Vieira de Sousa</i>
	Dou fé.
	Ararendá 09 de Maio de 20 16
	em testº da verdade
	MANOEL OSTIANO MOURÃO - TITULAR

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
RECER.	15 SET 2016
Nome:	<i>23</i>

**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

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA** Sinistro: **3160668152** Data: **20/01/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV LAGOA DO PEIXE, 00 - ARARENDA - Ararendá - CE - CEP 62210-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**CNH /CE**] **00680027777**

Data local do exame: [**05/12/2016**] **Independência** [**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 DA CLAVÍCULA ESQUERDA. FRATURA NÃO ESPECIFICADA DO QUINTO METACARPO ESQUERDO. ENTORSE NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS. VÍTIMA QUEIXA-SE DE POLIARTRALGIA. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO NA FLEXÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA ABAULAMENTO ÓSSEO NO QUINTO METATARSO DEVIDO À CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, RESULTANDO NA REDUÇÃO DA PREENSÃO MANUAL DA MÃO ESQUERDA. APRESENTA DERRAME ARTICULAR NO COMPARTIMENTO MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO COM INSTABILIDADE ARTICULAR COM ABERTURA AO STRESS E FALSEAMENTO NA MARCHA. TORNOZELO SEM SEQUELA PERMANENTE.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA DOS SEGMENTOS LESADOS. NÃO CONSEGUIU REALIZAR FISIOTERAPIA PELO SUS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(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.

Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 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):
Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.


Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO

