

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

PRESTADOR

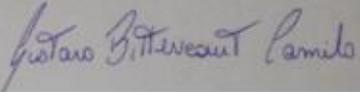
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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.

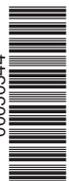
ATENÇÃO:

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

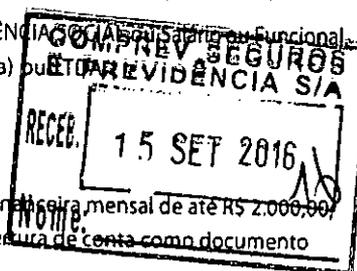
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO VICINA DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 00670027777 EXPEDIDO POR CNH - CE EM 16/04/16 E
 CPF 046027573-91 / 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 VICINA 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 (Sistema ou Funcional);
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou PREVIDÊNCIA SIA;
- 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 Vicina 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

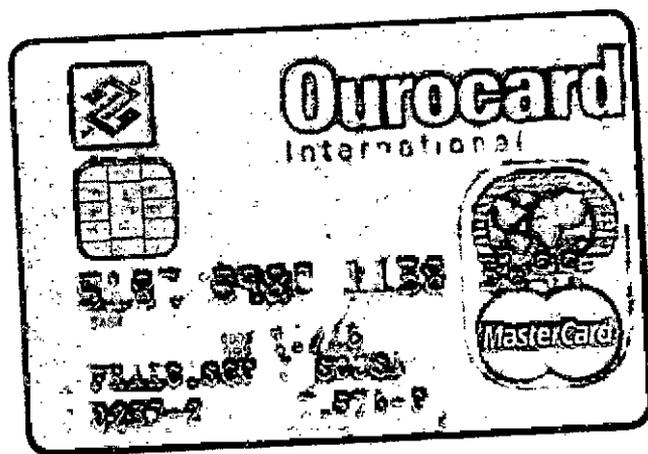
FAVORECIDO

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 & PREVIDENCIA S/A	
RECEB.	15 SET 2016
Nome:	KA



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 15 SET 2016

Nome: FR



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

1069650/16

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 199 / 2016

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 /CEPonto 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:

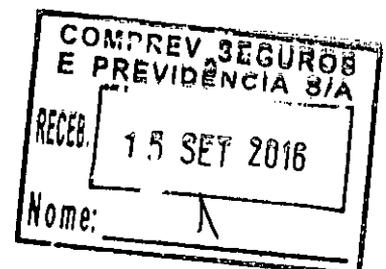
FRANCISCO WAGNER GOMES RODRIGUES - MAT.: 198842-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

Francisco Vieira de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A):

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



DOCUMENTO 3 *T3%*



Eu, Francisco Vilma de Sousa
Portador da carteira de identidade n° 00 6800 2 77 77, e inscrito no CPF/MF sob o n°
046 072 573 - 91, Reside e domicilia na Rua: Pavão José do Pires
Número: _____ Bairro: _____ Cidade: Ararendá Estado: Ceará

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;

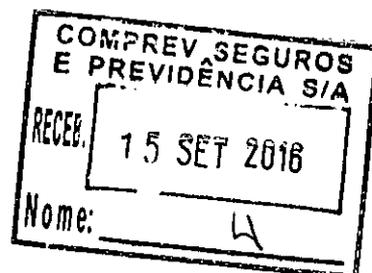
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causa diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo 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 Ararendá CE DATA 29 / 03 / 2016

x Francisco Vilma de Sousa

Assinatura do declarante conforme documento de identificação.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

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

ATO DE CLARATÓRIO

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

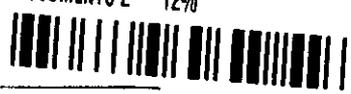
FICHA DE REFERÊNCIA

Raimundo Emar de Sousa Mendes
DIRETOR-GERAL
HOSPITAL MUNICIPAL FCO. BUIÃO LIMA
CRP: 145.302.518-96

Instituição de Origem: HMF ML
Distrito Sanitário: 15º Micro Regional Município: _____

Nome: Sra. Tânia de Souza Prontuário Nº _____
Sexo: M F Data de Nascimento: 10/06/44 Ocupação: _____
Endereço: Magalhães de Almeida Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:
Tratamento de acidente de trânsito (SIC), referindo-se a lesões em
os membros superiores e inferiores em ambos os membros superiores e inferiores.
Resultado de Exames: _____

Censura já Realizada: _____
DOCUMENTO 2 *T2%*


Impressão Diagnóstica:
Raimundo Emar de Sousa Mendes
MÉDICO
CRM: 2887
Função: Médico Data: 20/03/16

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



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.

Raimundo Edmar de Sousa Mendes
DIRETOR GERENTE
HOSPITAL MUNICIPAL COMBÓDIO LIMA
CPF: 143.302.518-00

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem HMF MU
Distrito Sanitário: 35º UICRS Regional Município:

Nome: Srta. Tânia de Souza Prontuário Nº
Sexo: M [X] F [] Data de Nascimento: 10/06/44 Ocupação:
Endereço: Uraguá de Peixe Bairro: Tel:

do Encaminhamento.
Do sistema de acidente de trânsito (SIC), referindo-se a limitação
de movimentos e dor no joelho (E). Solueto Ráido x de joelho (E, AP V.
Resultado de Exames
Consulta já Realizada
Impressão Diagnóstica
Medico 20/03/16 14:00
CRM: 2807

AGENDAMENTO
Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial [] Hospitalar [] Auxílio Diagnóstico []
Procedimento: Avaliação / Conduta 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
Nome: M

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

Proposta de Consulta para Seguimento

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



Nº DO CLIENTE

1718611-0

Para equívocos ou atendimento, utilize o nº acima sempre que estiver em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 24 de abril de 2002.

Rua Padre Valério, 150
CEP 60.25.040 Fortaleza CE
CPF: 07.047.351/0001-70 CGF 06.105.318-9

coelco

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - SÉRIE B-3 (Nº 416325567)

Rota 32 39141 02 049800 - 9 Data de Emissão 15/01/2016

Nome FCO VIEIRA DE SOUSA
End. Postal PV LAGOA DO PEIXE 00000
- ARARENDA -

Medidor 2903771
Classe 04-RURAL TRIFASICO
RG / CPF / CNPJ 000001394224

Poste 0000 0000
Fator de Potência 0,00
CGF

ÍNDICE DE CUMPRIMENTO DE OBRIGACIONES

Mês de Referência	Data de Referência	Previsão	Conjunta	Mes	Valor
Jan/2016	15/01/2016	16/02/2016	Nov 2015	ELER	13,58
				DNRE	0,00 P

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
ISEMTO				
			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
			DNIC	5,68 0,27

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letra	Letra	Consumo	Consumo	Consumo	Taxa	Valor
5004	5055	1,00	105	0,00	105	37,43
15/01/16	15/12/15		31 D1/16			

VALOR CONSUMO DO MÊS 37,43
MULTA MORATORIA REF 10/2015 0,71
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,99)

VENCIMENTO 16/02/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 38,14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor
Energia	24,17
Transmissão	8,50
Distribuição	9,43
Encargos Setoriais	1,35
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	1,98
Total	37,43

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês	Consumo	Valor
75	105	
74	74	
73	73	
72	72	
71	71	
70	70	
69	69	
68	68	
67	67	
66	66	
65	65	
64	64	
63	63	
62	62	
61	61	
60	60	
59	59	
58	58	
57	57	
56	56	
55	55	
54	54	
53	53	
52	52	
51	51	
50	50	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO2 (Kg/AWh)

Consumo	Compensado	Compensação
45,38	0,00	0

informações importantes e avisos de vencimento

Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso todas nossas mensagens para contato são enviadas para o número de celular abaixo.

(85) 987950002
(85) 987740318

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 15 SET 2016
Nome: 19

Comprovante de residencia



1718611-0

Companhia Energética de ... 403063752
Data de Emissão 16/03/2017

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B4 | N°
Rota 32 39141 02 049800 9
Nome LEO VILIRA DE SOUSA
End. Postal PV LAGOA DO PEIXE 00000
ARARENDÁ

Ponto 0000 0000
Fator de Potência 0,00
CGF

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

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

DATA
Mês de Referência: Mar/2017
D its de Apresentação: 16/03/2017
Período de Referência: 17/04/2017

Veja o Índice no verso do boleto
Mês: Mar 2017
E.I. 19,15

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

Produção Individual F Apuração Individual
Mês Trm. Anual Mês Trm. Anual

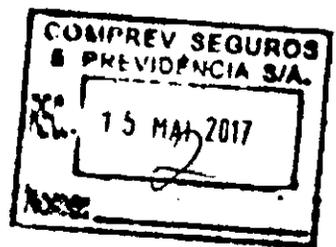
ISENTO
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DIC	20,48	42,92	0,00	0,00	0,00
FIC	15,04	30,08	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,78			0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6321	6270	1,00	51	0,00			
16/03/17	14/02/17		23 648		102		36,80

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



COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos)

Transmissão	27,22
Distribuição	7,75
Carregos Setoriais	0,98
Impostos (ICMS FISC COFIN)	0,85

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.

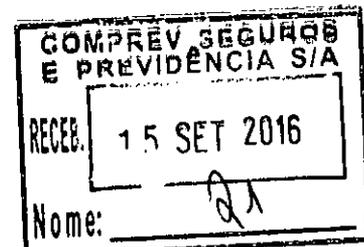
Pelo exposto, eu Ivoneide Gomes de Sousa, portador(a) do RG nº 316511896, expedido por SSPCC, em 17/10/96, CPF/CNPJ nº 00349502307,

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 106170	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO VEIREIRA DE SOUSA	CNS 898003263160216	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 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	Bairro ZONA RURAL	CEP 62210-000	Município ARARENDA	UF CE
Profissão	Empresa	Conjugo	Telefone 88 92918862	
Responsável MARIA RODRIGUES DE MORAIS	CPF do Responsável	Endereço CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN	Município ARARENDA	UF CE

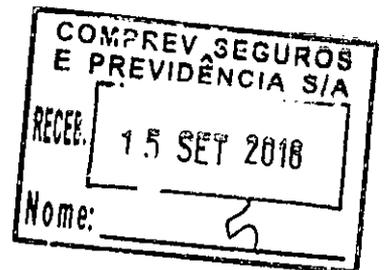
DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 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 trouxe guia dia 20/01/16				
Sala	Data/Hora Liberação	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 escoriações diversas
 luxos pulv. (E) Reposta abge
 diz que teve de nota (sic)*

10/2 [?] [?] (E) -> 5/5 [?]





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 COIMBURAÇÃO UMS
 CEP: 145.302.518-00

Unidade de Orçamento: HMF/ML
 Est. Sanitário: 35º Uficio Regional Município: _____

Nome: Lucia de Souza Prontuário Nº: _____
 Sexo: F Data de Nascimento: 10/05/44 Ocupação: _____
 Endereço: Rua do Peixe Bairro: _____ Tel: _____

Encaminhamento:
Por motivo de acidente de trânsito (SEC), com lesão na coluna lombar e
de empurramento e colar um pulso (C). Solicito Reforço de saúde (R) e
 Resultado de Exames: _____

Consulta já Realizada _____

Impressão Diagnóstica: _____
 Assinatura: [Assinatura] Médico
 Função: _____ Data: 20/10/16

AGENDAMENTO

Atendimento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Tipo de atendimento: Consulta / Conduta Profissional: Traumatologista
 Local de Referência: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Local de Referência: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ___/___/___

Resumo Clínico Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Medico Principal _____
 Secundário 1 _____
 Secundário 2 _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 RECEB. 15-SET-2016
 Nome: 6
 CID: _____

Posto de Consulta para Seguimento: _____

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº.:

Data: 20/09/18

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Flávia Vieira de Souza
Est. Civil: Viúva Sexo: M Data do Nasc. 10/06/1941 Idade: 77
Naturalidade: Riacho Ruyton Prof.:
Procedência: Ararendá
Residência: Ladeira dos Ruins
Filiação: Maria Ruytonius de Moraes e José Viana de Sousa
Cônjuge:

2. QUEIXA PRINCIPAL: Displente de Torção (DTC)

3. HISTÓRIA ATUAL: Trauma na cabeça e membros inferiores no local

4. PESO _____ KG: 5. P.A. _____ 6. TEMPERATURA: _____

7. EXAMES SOLICITADOS: _____

Francisco Viana de Sousa
Ass. Do Paciente ou Responsável

Dr. [Signature]
Médico
CRM: 2867
Assinatura do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RUBRICA
	S. R. L. — 1000	500 500
	+ Ferimentos —	15:20 ✓
	F- 28 VCL	
	Exame físico —	15:20 ✓
	S. R. L. —	✓

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
RECEB: 15 SET 2018
Nome: [Signature]

DADOS DO PACIENTE

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

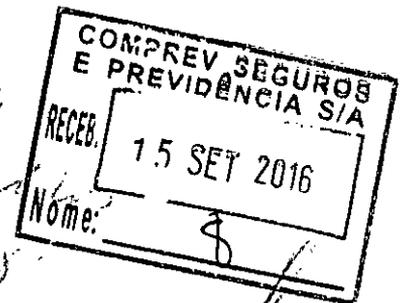
DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/01/2016	Hora 15:50	Convênio SUS	Matricula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO ELANILDO MARTINS	Indicador de Acidente	CRM/UF 6253/CE	Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Observação trouxo guia dia 20/01/16	Sala	Data/Hora Liberação	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 escoriações diversas
 luxos pulv. (E) Reposta algu
 diz que ta de note (sic)*

*Rx {
 pulva (E) → T2/T3 pulva
 MAO (E) → T2/T3 pulva
 ombro (E) → 2 mob. sup.
 colunas / Tenozelos (E)*



Avulsos ortopédicos p/ Rx (5i futura)

*Silvani 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 vítima de Sousa, vítima de acidente de trânsito (A10) no dia 20.01.16 com trauma labial, ferimentos múltiplos no corpo. Relato do trauma c/ fratura do Plevicula (E) e 5º metatarsais de nos (E). Tratament com 40% de encurtamento permanente, clavicula, e nos (E). Hte objetiva em 01.01.2016

Raimundo N. Torres Melo

Raimundo N. Torres Melo
Médico
CRM: 2867

Raimundo N. Torres Melo
M.F.O. (C.V.)
CRM 2867

Raimundo N. Torres Melo
Médico
CRM: 2867

01/01/2016

PACIENTE: Raimundo N. Torres Melo

OBS: ART. 299 – Omitir, em documento publica 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.

COMPREV, SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 15 SET 2016
Nome: _____

PAE: Maria Rodrigues da Moura
PAE: José Vieira 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

Raimundo Alberto Sousa Mendes
MÉDICO GERAL
HOSPITAL MUNICIPAL FCO MOURÃO LIMA
CPF: 145.302.519-98

Unidade de Origem: HUTAL
Distrito Sanitário: LS Município: Ararendá

Nome: Fos Vieira de Sousa Prontuário Nº _____
Sexo: M F Data de Nascimento 20/06/44 Ocupação: Aposentado
Endereço: logoa do Padre Bairro: Paraíso Tel _____

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

Resultado de Exames

Consulta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica
[Assinatura] Médico medico Data 28/02/16 Hora _____
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____

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 _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB: 15 SET 2016
CID: _____
NOME: _____
CPF: _____

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

Pontuário 136178 Atendimento 0005 Nome do Paciente FRANCISCO VEIREIRA DE SOUSA
CNS 898DD32B31BD216 Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 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
Matricula CID
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 (rpm) PA (mmHg)

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

*R^t dor no
R^t joelho
R^t uso*

Adriano *M. A. S.*



Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.761



ARARENDÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

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

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 Eimar de Sousa Mendes
 DIRETOR GERAL
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES RODRÃO LIMA
 CPF: 145.302.519-90

FICHA DE REFERÊNCIA

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: Waga 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
Medico 29/03/16 09:00
 Função Data Hora
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

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 _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

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

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

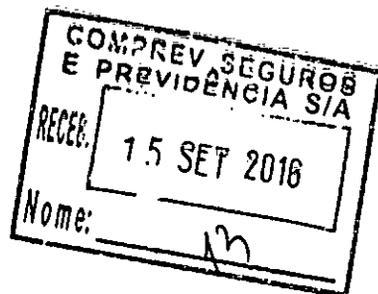
Prontuário 106170	Atendimento 0003	Nome do Paciente FRANCISCO VEIREIRA DE SOUSA	CNS 898003263160216	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 1894224				
Data do Nascimento 10/06/1944	Local NOVA RUSSAS/CE	Estado Civil Viúvo(a)	Sexo Masculino	
Pai JOSE VIEIRA DE SOUSA		Mãe MARIA RODRIGUES DE MORAIS	Idade 71 Ano(s)	
Endereço CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 62210-000	Município ARARENDA
Profissão	Empresa	Cônjuge	UF CE	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	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 dor
 pulso pulso chule
 e dor no braço
 dor no braço AP e pulso
 chule*



JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Maria Rodrigues de Moraes
 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: MARIA RODRIGUES DE MOR



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. Tratamento evoluiu para sequelas e paralisia do pé direito (E), Joelho (E) Tratamento conservador total, evoluiu com limitação funcional, não a joelho, marcha, elevação, extensão, não (E). Fator de 5º D.M. (E), Tratamento conservador como recomendável perante o 5º D.M. (E). Alta definitiva em 10.02.2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 13 MAR 2017
Nome: _____

[Handwritten 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.

Bearelhae

DOCUMENTO 5 "TS90"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / OBRIGACÃO DE
1894224 1FP RJ

CPF 046.027.573-91 DATA NASCIMENTO 10/06/1944

NACÃO
JOSE VIEIRA DE SOUSA
MARIA RODRIGUES DE MORAIS

PROMISSÃO ACC CADUAR
AD

Nº ISSUO 00680027777 VALIDEZ 03/02/2019 1ª MARCAÇÃO 12/05/1976

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1233756857

FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL CAFEUS, CE DATA MARCAO 16/02/2016

82501888546
CE131984247

1233756857

PROBILIDADE PLASTIFICADA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA S/A

RECEB. 15 SET 2016

Nome:

DOCUMENTO 3 *T3%*



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

IVONEIDE GOMES DE SOUSA
 FOTOGRAFIA
 FOTOGRAFIA
 CENTRO DO CIAPRA
 FICHA Nº 17 DA VIGILANCIA
 INSTITUTO BRASILEIRO DE
 PROTEÇÃO DO CONSUMIDOR

09/02/1978
 IVONEIDE GOMES DE SOUSA
 003.495.023-07
 Centro de Pessoas Físicas
 CPF
 INSTITUTO BRASILEIRO DE PROTEÇÃO DO CONSUMIDOR

COMPANHIA DE SEGUROS
 E PREVIDENCIA S/A
 RECEB: 15 SET 2016
 Nome: *ad*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012261061805
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00407988661 PLAC. R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2015

NOME FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
ARARENDÁ

CPF/CNPJ 04602737391 PLACA 0006320/CE

PLACA ANT./UF /CE 0006320/CE CHASSI YC2KD0550BR505257

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAU APIC COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BR5 ES ANO FAB 2010 ANO MOD 2011

CAP/POT/CL 2º/0CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PRECULMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC/COTAS
IPVA FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04 DEBATEM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 COTA ÚNICA PARCELADO
OBSERVAÇÕES

LOCAL ARARENDÁ DATA 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.dpvatsegurozotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 07/12/2015

VIA 01 CPF/CNPJ 04602737391 PLACA 0006320

RENAVAM 00407988661 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BR5 ES

ANO FAB 2010 CATEG 09 Nº CHASSI YC2KD0550BR505257

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 129,04 DEBATEM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 COTA ÚNICA PARCELADO

PAGAMENTO DATA DE CITAÇÃO 08/12/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.248.506/0001-04
www.seguradoralider.com.br

ROTORF K05E9B505257 00487



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
RECER 15 SET 2016
Nome: [assinatura]

**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

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam susceptíveis 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):
Membro superior esquerdo

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

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

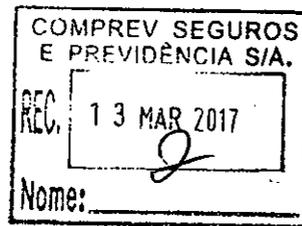
CPF: 046.027.573-91

Solicito a reanálise de meu processo de invalidez permanente de número 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



Anexada (ce) 01 de Março de 2017

Francisco Vieira de Souza

Outros



REMARCAÇÃO DE PERÍCIA

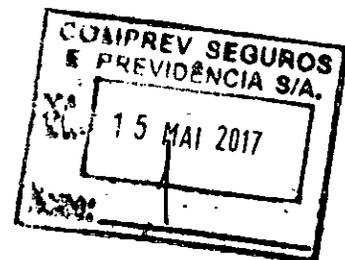
Eu, Francisco Vieira de Sousa,
Portador(a) do RG: 1894224,
CPF: 046.027.573-94. Solicito a remarcação da
perícia médica referente ao meu seguro DPVAT nos telefones a
baixo:

Fone: (85) 987740318 (85) 997160819

End.: PV. Lagoa do Peixe
nº 00 bairro: Ararendá CEP: 60.000.000
Cidade: Ararendá - 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

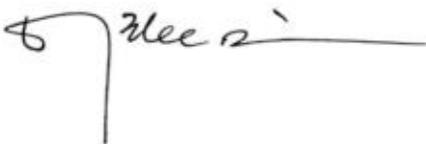
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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: 62210000, portador(a) do Rg nº 00680027377, SSP/CE e CPF nº 046.027.573-91

Outorgado: Ivonide 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 00349502307

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 <i>[assinatura]</i> da verdade MANOEL OSTIANO MOURÃO - TITULAR

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
RECEB.	15 SET 2016
Nome:	<i>[assinatura]</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

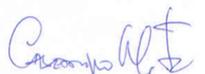
Região Corporal (Sequela):

% 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

