
Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **COSMA DANTAS MOREIRA**

Nº Sinistro: **3180369550**

Vitima: **COSMA DANTAS MOREIRA**

Data do Acidente: **10/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS GOMES DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180369550**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

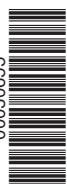
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **COSMA DANTAS MOREIRA**

Nº Sinistro: **3180369550**

Vitima: **COSMA DANTAS MOREIRA**

Data do Acidente: **10/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS GOMES DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180369550**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **COSMA DANTAS MOREIRA**

Sinistro: **3180369550**

Vítima: **COSMA DANTAS MOREIRA**

Data do Acidente: **10/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS GOMES DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

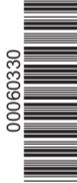
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180369550** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

687.225.163-87

Nome completo da vítima

Cosma Dantas Moreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cosma Dantas Moreira		CPF titular da conta	687.225.163-87	Profissão	PROFESSORA	
Endereço	Av. Carlos Roberto Costa		Número	758	Complemento		
Bairro	VENEZA	Cidade	Iguatu	Estado	CE	CEP	63504-435
Email						Telefone (DDD)	88999780-4163

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

- CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

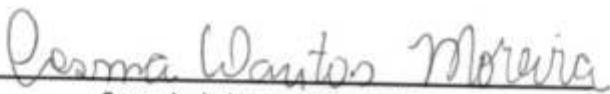
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0613		013 00009427	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Iguatu-CE, 03 de Agosto de 2018
Local e Data


Cosma Dantas Moreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFERENCIA DE VERIFICACAO

10 AGO 2018

Seguradora S/A
Fortaleza/CE
FAPPF.001 V001/2017



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SEGRETAIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 479 - 3048 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: 23/05/2018 11:16:39
 Data / Hora da Ocorrência: 10/01/2018 09:47:00
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERÍMETRAL**
 Complemento:
 Bairro: **IGUATU/CE**
 Ponto de Referência:

464148
 UML-0292476/18
 3180 369550

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **COSMA DANTAS MOREIRA**
 Nascimento: 23/05/1971 CPF:
 RG : **Órgão Emissor:**
 Filiação: **MARIA LUIZA DANTAS**
JOSE DANTAS MOREIRA
 Endereço: **RUA PERÍMETRAL, 758**
 Bairro: **VENEZA**
 Município: **IGUATU/CE**
 País: **BRASIL**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE: VERIFICADO
UF:

10 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
 Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
CEP:

Telefone: (88) 98802-8229

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PGD0154** UF: **CE** Município: **IGUATU** Chassi:
9C2HB021DER001682 Renavam: **59645314D** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2013**
 Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
 Proprietário: **CARLOS GOMES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a esta delegacia (a) DECLARANTE e informada de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPB, informou que no local e horário supracitado acima, trafegava de garupa, na moto acima cadastrada, e tendo como CONDUTURA: GARDENIA FREIRE MOREIRA, que nada sofreu; Que a declarante ao fazer um retorno na avenida colidiu com outra moto que evadiu-se do local; Que a declarante caiu e foi socorrida por populares para o Hospital Regional de Iguatu, e sendo atendida pelo Dr. ANTONIO EDNARDO DE SOUZA; Que segundo o laudo médico, DUEIROU A TIBIA DO PÉ ESQUERDO E UM CORTE NA CABEÇA PEGANDO SEIS PONTOS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.

Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

~~DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU~~

~~RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:~~

(Signature)
ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

~~RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:~~

(Signature)
Cosma Dantas Moreira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 479 - 3040 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCOS SANDRO NAZARÉ DE LIMA - MAT.: 126511-1-8

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NÃO CONFIDENCIAL

10 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Centro - 62020-170
Aldoata - Fortaleza

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

COSMA DANTAS MOREIRA

CPF da Vítima

687.225.163-87

Data do Acidente

10/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Iguatu-CE, 03 de Agosto de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSMA DANTAS MOREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00613

CONTA: 00000009427-1

Nr. da Autenticação 6F0610C5ED5486B3

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cosma DANTAS MOREIRA,

RG nº 3183412/97, data de expedição 30/05/97, Órgão SSP CE,

CPF nº 687.225.163-87, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>An. CARLOS ROBERTO COSTA</u>
Número	<u>758</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>VENEZA</u>
Cidade	<u>IGUATU</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>63504-435</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 09780-4163 / (88) 09217-2533</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Iguatu-CE - 03/08/2018

Assinatura do Declarante: Cosma Dantos Moreira

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DINAT
CONTEÚDO VERIFICADO
10 AGO 2018
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Lsg. 147 Alfaiata - Fortaleza / CE

SAAE

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU
 Rua Engenheiro Wilton Corrêa Lima, 772 - Praia - Igatu/CE
 CEP: 63502-188 - CNPJ: 07.308.138/0001-45
 Fone: (88) 3588-7709/188 (gratuito)
 Site: www.saae.iguatu.ce.gov.br

INSCRIÇÃO 0006382.0	CLASSE PAR	TARIFA RES 01	ECONOMIAS COM IND PUB OUT	MÊS/FAT 04/2018
HIDROMETRIO AD7F512901	INSTALAÇÃO 12/01/09	LOCALIZAÇÃO 00.00.06.0000000630	FATURA 180097001	
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR JOSE DANTAS MOREIRA AV. CARLOS ROBERTO COSTA 758 , VENEZA CEP: 63.504-435 IGUATU-CE				
SERVIÇOS E TARIFAS				
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR	
01	AGUA	01/01	28,00	
HIDROMETRIA ULTIMOS CONSUMOS				
LEITURA	DATA	7	6	5
ANTERIOR.: 649	06/03/18	5	5	5
ATUAL.....: 663	06/04/18	4	4	4
CONSUMO.: 04	DIAS:30	3	3	4
LEITORISTA: 06	ODO:00			
MÉDIA: 5 m ³				
OUT NOV DEZ JAN FEV MAR ABR				
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA				
RESERVATORIO 01-ETA COCOBO		PERÍODO 28/02/18 À 28/03/18		
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO	
COR	ATE 15UR	01	12,55	
PH	6 A 9	01	7,26	
CLORO	ATE 5 M	01	3,00	
TURBIDEZ	ATE 5 UFT	01	1,10	
FLUOR	ATE 1 S	01	0,71	
PARABÉNS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE				
VENCIMENTO	24/04/2018	VALOR R\$	28,00	

CONSUMIDOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONF.

10 AGO 2018

Gente Seguradora - 2018
 Av. Dom Luiz, 300 - Lapa - RJ
 Álvaro de Fortuna - 2018

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU			
Rua: Engenheiro Wilmot Correia Lima, 772 - Prado - Igatu/CE CEP: 63562-100 - CNPJ: 07.508.135/0001-45 Fone: (88) 3666-7788/198 (gratuito) www.saae.iguatu.ce.gov.br			
INSCRIÇÃO 0024380.2	CLASSE PAR	TARIFA PER	ECONOMIAS: COM INC PUB QLT
			MÊS/FAT 05/2018
AD7F593466	INSTALADO	00.00.07.0000012250	FATURA 180131323
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR			
CARLOS GOMES DA SILVA			
RUA MARIA MARLENE TEIXEIRA 213, NOVO IGUATU			
CEP: 63.504-770 IGUATU-CE			
SERVIÇOS E TARIFAS			
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA	01/01	35,20
16	MULTA PCR ATRASO - 03/2018	01/01	1,03
17	ENCARGOS (03/2018) 14 DIAS	01/01	0,28
HIDROMETRIA			
ÚLTIMOS CONSUMOS			
LEITURA ANTERIOR: 1744	DATA: 06/04/18	14	NOV
ATUAL: 1744	DATA: 08/06/18	11	DEZ
CONSUMO: 12	DIAS: 32	8	JAN
LEITORISTA: 29	ODO: 07	18	FEV
MÉDIA: 12 m ³			
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA			
RESERVATÓRIO: UNETA COQUEIRO		PERÍODO: 25/03/18 A 20/04/18	
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	ATE 7,0	01	7,55
TOTAL CLORO	6,49	01	7,58
CHLORIDE	ATE 5,0	01	3,00
CHLORIDE	ATE 9,0	01	1,10
CHLORIDE	ATE 1,5	01	0,29
DÉBITO(S):			
ABR/2018			
VENCIMENTO	22/05/2018	VALOR R\$	36,51
LEITURA NAO REALIZADA.(HID. EM DIF. ACESSO)			
CONTA CALCULADA COM BASE NA MEDIA DE CONSUMO.			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPVAT
CONTENDO NAO VERIFICADO
10 AGO 2018
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luiz, 300 - Loja 147 Fortaleza / CE

**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.

Número do Sinistro: **3180369550**

Nome do(a) Examinado(a): **COSMA DANTAS MOREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Avenida Carlos Roberto Costa, 758 - Iguatu/CE**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **3183112/97 SSP/CE**

Data e local do acidente: **10/01/2018, Iguatu, CE**

Data e local do exame: **03/10/2018, BOA VIAGEM/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura distal da tíbia esquerda e ferimento corto contuso no couro cabeludo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve melhora depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento cirúrgico de fixação de fratura da tíbia esquerda, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões da periciada.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame do tornozelo esquerdo, apresenta: marcha claudicante, edema, deformidade óssea, cicatriz irregular na face medial e cicatriz cirúrgica na região anterior do tornozelo esquerdo. Possui instabilidade articular. Apresenta redução da amplitude de seus movimentos, com limitação de flexão plantar aos 15° e dorsiflexão aos 10°. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não.

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, devido à redução da mobilidade.

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”.
Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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 suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Região Corporal (Sequela): Tornozelo - Esquerdo - INTENSA - 75%

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio (**X**) 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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Assinatura e carimbo do médico
André de Oliveira Leal
CRM 16566

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 CARLOS GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF 710.133.933, 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cosma Dantas Moreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 687.225.163, 87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDE2 da Vítima Cosma Dantas Moreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 687.225.163, 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua MARIA MARLENE Teixeira	Número	213	Complemento
Bairro	Novo Iguatu	Cidade	Iguatu	Estado CE
Email		Telefone comercial(DDD)	(88) 30780-4163	Telefone celular (DDD)

Iguatu-CE, 03 de Agosto de 2018
 Local e Data

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

RON - Representante

10 AGO 2018

Centro Seguradora S/A
Av. Presidente Dutra, 300 - Loja 147
Cidade: Fortaleza / CE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CARLOS GOMES DA SILVA,

RG nº 92015061975, data de expedição 24/4/2000.
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 710.133.933-68, com
domicílio na cidade de IGUATU, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MARIA MARLENE TEIXEIRA, nº 213,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cosma Dantas Moreira, cujo o condutor era
GARDENIA FREIRE MOREIRA.

Veículo: Honda /POP 100

Modelo: 2016

Ano: 2013

Placa: PG00154

Chassi: QC2H8D210ER001632

Data do Acidente: 10/01/2018

Local e Data: IGUATU - CE - 02 DE AGOSTO DE 2018

Carlos Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Gardenia Freire Moreira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

(Sem reconhecimento de firma)

RECONHECO A(S) FIRMA(S) DE CARLOS GOMES DA SILVA

Por Semelhança Por Autenticidade
Dou fe. Igatu-CE, 02 AGO. 2018
Em Testemunho _____ da Verdade

Roberto Sergio Recha da Silva - Tabelião
 Denis Anderson da Rocha Bezerra - Substituto
 Rosidela da Rocha Cavalcante - Substituta

Intanio Macelo Costa Soares
CPF: 062.109.803-50
Escrevente Autorizado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 AGO 2018

Conta Seguradora S/A
Av. Boa Vista, 300 - Lote 147
Aracati - Fortaleza / CE

Guia de atendimento - EMERGÊNCIA

22

DADOS DO PACIENTE

Protocolo 111847	Atendimento 0001	Nome do Paciente COSMA DANTAS MOREIRA	CRM	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 318311297			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 23/05/1971	Local IGUATU/CE			Idade 46 Ano(s)
Pai JOSE DANTAS MOREIRA		Mae MARIA LUIZA DANTAS		
Endereço RUA PERIMETRAL, 758		Brasão VENEZA	CEP 83500-000	Município IGUATU
Profissão Estrela	Esposa Grajague		UF CE	Telefone 88966028229
Responsável MARIA LUIZA DANTAS		CPF do Responsável	Endereço RUA PERIMETRAL, 758	Município IGUATU
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 10/01/2018	Hora 08:47	Conselho SUS	Motivada	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO EDUARDO DE SOUZA			CRM/UF 10300/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente			Funcionário ANA KELE RODRIGUES	
Observação				
Saia	Date/Hora e Lugar	hs	hs.	Type de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impres)
				PA (mmHg)

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

Nº Comprovação de Ato Declaratório

Relat. queim. da inst. cida. que fui em:

Aguant. fez 10 min. Cia. fumaça e com cobertura

e adere a ferro-feliz (E)

Colocou = 15

frax: 100%

Arbore: 50%

cd. fufur

claud. Rx

Análises de hematologista

rx da frax 97

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSIAT
CONSELHO DA ORDEM DE MEDICINA

10 AGO 2010

Dr. Antonio Alberto Souza
CRM 2023
Osteopatia - Traumatologia

Gente Seguradora S/A
Av. Dom José, 300 - Lote 167
Alvorada, RS 91020-000

1 4 1 - 41

22

Gua de atendimento - EMERGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Gua de Autorização
111847	0001	COSMA DANTAS MOREIRA		
Documento(s)			Estado Civil	
Identidade: 318311297			Solteiro(a)	
Data de Nascimento	Lugar		Sexo	
23/05/1971	IGUATU/CE		Feminino	
PAI			Idade	
JOSE DANTAS MOREIRA		Maria LUIZA DANTAS	46 Ano(s)	
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA PERIMETRAL, 758	VENEZA	63500-090	IGUATU	CE
Profissão	Empresa	Celular		Telefone
				88988028229
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
MARIA LUIZA DANTAS		RUA PERIMETRAL, 758	IGUATU	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Companhia	Matrícula	CBO	
10/01/2018	09:47	SUS			
Profissional de Atendimento			CRMUF		
ANTONIO EDNARDO DE SOUZA			10360/CE		
Intervenções Assistidas			Funcionário		
			ANA KELE RODRIGUES		
Observação					
Sala		Data/Hora Liberado	as ... hs.	Type de Saída	
				() Alta () Internação () Óbito	
Síntese Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (imp/s)	PA (mmHg)

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

Relief quei da metacarca que queimava,
aparent feid confusao com cobrada
e dor em farto filo E

Glasgow 15

frax: pilon

abscess glândula

cult. fuga

clad Rx

Análise de fracionamento

Rx de ferida

Rx de ferida

rx de ferida

rx de ferida

Dr. Antônio
Almeida
Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTROLE DE RISCOS E PC

10 AGO 2018

Agente Seguradora S/A
Av. Dom Luiz JLP, Lote 147
Belo Horizonte - MG

Dr. Antônio Almeida
CRMF 2083
Oncopediatra

10/01/2018

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 57199 Registro: 5816 Data/Hora: 26/01/2011 07:46
 Paciente: COSMA DANTAS MOREIRA
 Mkt: MARIA LUIZA DANTAS
 Nasc: 23/05/1977
 Idade: 40 anos, 8 meses e 3 dias
 Endereço: AV. PÉRIMETRAL Nº 758
 Cidade: IGUATU
 Convenio: PARTICULAR
 Fone: 88988228952
 Profissão: PROFESSOR DA
 Tipo de Acomod.: Apartamento
 Médico Responsável: 005943 FRANCISCO PETRONIO SÁMPAO
 Atendente: SILVANY FERREIRA
 Bloco: POSTO III Quarto: APT. 001 Leito: 01
 CPF: 687.225.363-87 Sexo: Feminino
 Bairro: VENEZA
 UF: CE
 Carteira:
 Rua: _____
 CEP: _____

História Clínica ou resumo:

Paciente vítima de acidente de automóvel com óbito em fármaco comum ao paciente.
 Rua: _____
 CEP: _____

Exames complementares:

Diagnóstico: Fratura na Perna - fármaco
 Rua: _____
 CEP: _____

Agudo Crônico Tempo de Evolução Meses Anos

Previsão de Alta: _____

Hora: _____

Curado ()

Melhorado ()

Transferido ()

Trat. Ambulatorial ()

Indisciplina ()

Obito: _____

Causa: _____

Data: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTROLE DE SINISTRO

10 AGO 2013

Dr. Francisco Petronio Sampaio
Traumato-Ortopedista
CRM/CE 25.319/2009

Paciente/Responsável

Centro Segurança Ltda.
 Av. Benedito, 369 - Bairro
 Jardim das Flores - CEP: 63041-140

Medico Solicitante

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 144-6810

Data: 26/01/2018

Paciente: COSMA DANTAS MOREIRA

Carteira:

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943: FRANCISCO PÉTRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO DE PACIENTE - 26/01/2018

1- EVOLUÇÃO

1.1 DESCRIÇÃO

8:30 Hs: CLIENTE ADMITIDA NESTE LEITO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO, PROCEDENTE DE SUA RESIDÊNCIA, VEIO ACOMPANHADA CONSCIENTE, ORIENTADA, COM PICO HIPERTENSIVO, AFEBRIL, RESPIRA AR AMBIENTE HIDRATADA, PELE INTEGRA, EM CADEIRA DE RODA, NEGA ALÉRGIAS, TABAGISMO, ETILISMO, DIABETES, É HIPERTENSA, FAZ USO DE ARADOIS, HIDROLÓROTIAZIDA, REALIZOU EXAMES LAB ECG, AGUARDANDO PARECER CARDIOLÓGICO, PUNCIONADO A V P MSD, EM SOROTERAPIA, SS V V AFERIDOS, SEGURO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM, AGUARDANDO CHAMADO DA S.O.

PA 140 X 100 MMHg

FC 72 Bpm

FR 19 Rpm

TEMP 36,5°C

9:30 Hs: RECEBEU VISITA MÉDICA,

10:00 HGT= 95 MG/DL

11:00 Hs: ENCAMINHADA AO S.O.

13:00 Hs: RETORNA DA S.O. EM P.O. IMEDIATO, CONSCIENTE, ORIENTADA, RESPIRA AR AMBIENTE, REALIZADO RX DE CONTROLE, SS V V AFERIDOS, SEGURO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

PA 130 X 80 MMHg

TEMP 35,2°C

FC 71 PM

FR 18 Rpm

15:00 Hs: RECEBEU VISITA MÉDICA

18:00 Hs: MCP, DIURESE ESPONTÂNEA



ZIPPER EG - HANAU
www.zipper-eg.com.br
e-mail: zipper@zipper-eg.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

SPVAT

CONTROLE DE SINISTROS

CICERA MARIA DA SILVA

COREN-CE-704272

26/01/2018 16:02:49

10 AGO 2018

Cartão Seguro Top 3/4
Av. Dom Luís 3000 - 2º andar
Aracaju - Sergipe - CEP 49010-000

Cicera Maria da Silva
Tec. Enf. Enfermagem
COREN - CE 704272

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRI

Nº Registro: 26/01/2018

Data: 26/01/2018

Paciente: COSMA DANTAS MOREIRA

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 - FRANCISCO PETRÓNIO SAMPAIO

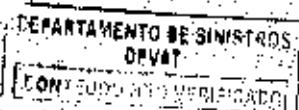
Carteira:

1. EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

08:35HRS - CLIENTE APÓS VISITA MÉDICA, REALIZADO CURATIVO; RETIRADO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, COM ALGODÃO, ALCOOL, LUVA. PRÓCEDIMENTO SAIU DE ALTA HOSPITALAR, EM CADEIRA DE RODAS, ACOMPANHADA.

Cosma



10 AGO 2018

Centro de Especialidades C/8
Av. Luis Viana, 310 - Lapa - 647
Fortaleza - CE

MARTA MARIA NASCIMENTO DE
COREN-CE-429032
27/01/2018 08:34:50

Marta Maria N. da Oliveira
Tec. de Enfermagem
COREN - CE - 429032

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 5943

Paciente: COSMA DANTAS MOREIRA

Data: 26/01/2018

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 - FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Evolução

1.1 - DESCRIÇÃO

CLIENTE NO P.O DE FRATURA DE TIBIA, EVOLUI BEM, CONCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, RESPIRANDO AR AMBIENTE, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRÉSENTES, ACEITOU BEM A DIETA OFERECIDA, ESTA COM A.V.P EM M.S.D, M.C.P.M, ESTA EM REPOUSO NO LEITO, SSVV AFERIDOS

PA=120X80mmHg

T=36,7C

R=19rpm

FC=72bpm

SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

AS 05:20hs CLIENTE EVOLUI BEM, ORIENTADA REFERENTE AO BANHO, POREM NAO ACEITOU.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT

CONTROLE DE SINISTROS

10 AGO 2018

Agencia: Seguradora N.A.
Av. Lourival Soárez, nº 47
Porto - Fortaleza - CE

CRISTIANE PEREIRA GERALDO
COREN-CE-805466
27/01/2018-06:27:32

CRISTIANE PEREIRA GERALDO
COREN-CE-805466
27/01/2018-06:27:32



HOSPITAL DAS
CLÍNICAS
E FRATURAS DO CARIRI

Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo
Juazeiro do Norte CE
PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517

NOME DO CLIENTE: COSMA DANTAS MOREIRA

EXAME
SOLICITADO: RAIOS X DA PERNAS

DATA
26/01/2018

IDADE
40 ANOS

MÉDICO:

PETRONIO

CRM: 5943/CE

CONVÊNIO

PARTICULAR

Fratura de 1/3 distal
do fêmur com placas e
screws fixadas.



DR. EDUARDO LOPES
CRM: 721

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTABILIDADE VERSO 2010

10 AGO 2010

Centro Regional de
Juazeiro do Norte
Av. Dom Luís 200 - Centro
Juazeiro do Norte - CE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

Paciente: Patricia

Convénio: Conselho

Chargino: Instituto Universitário de São Paulo - UNISPA | Data: 26/01/2018

Anestesia: Inicio: 17:30 Hs. Fin: 18:30 Hs. Medico: Dr. Juan Carlos Santillán

Material	Tipo de Seta		Sof./Medicam./Antestésicos	
Alcool 70%	Gr.	Porte 0 - Ambilateral	Adrenalin	AMP
Águia Ixar. 13x4,5	ML	Porte 1 - Até 31 horas	Água Desidratada pura	AMP
Águia Ixar. 25x27	UN	Porte 2 - Até 12 horas	Água Desidratada 1000ml	ML
Águia Ixar. 41x46	UN	Porte 3 - Até 03 horas	Água Oxigenada	ML
Águia Ixar. 49x52	UN	Porte 4 - Até 06 horas	Mindol Ioxicado	AMP
Águia Ixar. 49x52	UN	Porte 5 - Acima 06 horas	Atropina	AMP
Águia Pintada 16x20	UN		Aramim	AMP
Águia Rapil. 25 e 27	UN		Atropina 0,25mg	AMP
Águia 30mplex	UN	Fixa Sutura	Atropina 0,25mg	AMP
Atascador	UN	Aciflex N°	Bicarbonato de Cálcio	AMP
Avul Metform	UN	Ethibond N°	Bivalirudina	AMP
Citurn de Croyon 15	UN	Monocryl N°	Cloridr 150mg	AMP
Cola de algodão	UN	Monocryl N°	Cetacrom 1mg (Desinfetante)	AMP
End-Alg	UN	Mononylon N°	Difenidrín	AMP
Endo-Próteguel	UN	Mononylon N°	Dimorf 0,5% e 1mg	AMP
Cártex Iodio	UN	Mononylon N°	Epocal 150mg	AMP
Cártex Urogerol	UN	Policot N°	Fluoromide	AMP
Flap Umidificai	UN	Prolene N°	Gentamicin	AMP
Cortador Unha Fechado	UN	Prókline N°	Gordil 10mg	AMP
Compreens Gráfica	UN	Série Catáqui Cromadon	Levator 10mg/ml	AMP
Colostite	UN	Série Catáqui Simples N°	Etanol	AMP
Corona Video	UN	Vicryl N°	Fenoxate	AMP
Grano P-rose	UN	Vicryl N°	Prostatact	FA
Jejuno Tríplex 30mt	UN		Fistulparina 0,5 ou 0,6	AMP
Elásticas PVC	UN		Glucose 25% ou 50%	AMP
Equipo Auroscopia	UN	Equipamento Gases	Glutaral	AM
Equipo Siringa	UN	Kit Colossal	Hialurônico	FA
Exutoz Soro	UN	Kit Sutur Biológico	Heparina 5000/ml	AMP
Exozelarino	UN	Bombas Infusão	Hidrocortisuna	FA
Exova EVPI	UN	Coplorografia	Hipoparase amigd	FA
Fixa Simach	UN	Desfibrilador/Cardioversor	Isoxat	AMP
Fotoliquido	ml	Fotografia	Isoflurano	FA
Gaze Merschoot	UN	Intensificador uniglobo	Kanamico	AMP
Gaze Saud. 7x7,5	UN	Módulo Multiparamétrico	Ketolás 1000ml	FA
Gaze Válvula	UN	Oxigênio	Lanex 500ml	AMP
Gel Condutor	Gr.	Oxido Nitroso	Lipid 40mg (Furosemida)	AMP
Gominaç	UN	Aspirador	Methergito	AMP
Instrumento	UN	Aparelho de video	Nalctifra	AMP
Maracanh	UN		Narden 0,5mg	AMP
Micro	UN		Macrodin	AMP
Narino Glutar	UN	Anabiotico	Naftedron 5mg	AMP
Onix Energicas	UN	Cefazolina 5g	Neoguina CV 0,5%	AMP
Luvias de procedimento	UN	Claro 200IV	Noxilina Pura 0,5%	AMP
Massa de cera	UN	Fluglycol Soi 500ml	Neogaine SV 0,6%	AMP
metropore	UN	Parâmetro 0,5%	Noxipol CV 0,5%	AMP
Novocain	UN	Keflin 1g (Cetabotic)	Noxipol SV 0,5%	AMP
Prótes desu	UN		Novacaine 0,75 CV	AMP
Resistobanda	UN		Novabupi 0,75 SV	AMP
Scalp N°	UN	Equipe	Novacaine 500mg/ml (Dipilon) 1000ml	AMP
Verugas desc. 03 ml	UN	01 - Cirurgião	Nutrin 10mg	AMP
Seringas desc. 03 ml	UN	02 - Auxiliar I	Ólio de Canola	ML
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxiliar II	Omepazol 40mg	FA
Seringas desc. 20 ml	UN	05 - Instrumentador	Orisena	AMP
Anti Gas desc. 60 ml	UN	06 - Anestesiolo	Paracetamol	AMP
Seringa Peritoneal - Peritx	UN	07 - Pediatra	Pavulon	AMP
Sonda Folay 2V N°	UN	08 - Circulante	Plastil 10mg	AMP
Sonda Folay 3V N°	UN		Propofol 1% e 2%	AMP
Sonda Nasogastrica	UN		Prostoglimine 0,5mg	AMP
Sonda Uretral N°	UN		Quelicin 100mg	SMP
Toxula 3V	UN		Savoflurano	FA
Transfix	UN			
Tela Grossona M3				
Tela Grossona M4				
Ofese / Prótese				

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

LAUDO RADIOLOGICO

NOME DO CLIENTE: COSMA DANTAS MOREIRA

IDADE: 40

SOLICITAÇÃO DE EXAME: RADIOG. PERNAS ESQUERDA

DATA: 24/01/2018

MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

CONVÉNIO: UNIMED

LAUDO RADIOLOGICO

*Fratura do 1º distal
da tíbia.*



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO DA FOLHA DE CADASTRO

10 AGO 2018

Senhor Requerente:
Av. São Luís, 300 - Centro
Alessota - Fortaleza

DR EDUARDO LOPES
DR EDUARDO LOPES
CARDIOLOGISTA E RADIOLOGISTA
CRM 721

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO C. - Prescrição Médica N°. 1973

PACIENTE: COSWADANTAS MOREIRA

Promotor: 57159	Registro: 5816	Conta: 5018	Médico: FRANCISCO PETRÔNIO SAMPAIO
Sexo: Feminino	Idade: 40a 8m 3d		Convenio: PARTICULAR
Clinica: Cirúrgica	Entrada: 26/10/2018 as 07:46	Internado: 4h 42m 36s	C.I.D.

ITENS DE PRESCRIÇÃO

תְּלִימָדָה

28718M

Observaciones: Inicio de Agosto

SURFISBLUEN 0,9%

9 qualche idea sulla messo

卷之三

AELIA DESTI AD ESTEBI 10W

4 TRAMADOL 50MG/ML = ALEP (1ML)

कांस ग्रन्तिपुराण

SÓRUS HISTOLÓGICO 9,5% (100ML)

JOURNAL OF CLIMATE

AÑO XXI - NÚMERO 48 - 1994

CONTENCIOSOS

Itens manipulados

AGUA DESNIDADA ESTERIL 10mL

/ HANAKAWA 2005 - HSAT 2005

CONTINUOUS FLOW

SCIENTIFIC AMERICAN

OBSERVATIONS MAX AOPA

spinosus manipulados

SOKO HSU/USGS/19% 100K =

卷之三

卷之三

卷之三

Inteligência: 26/01/2018 às 06:14
até: 27/01/2018 às 05:59

JUIZEIRO DO NORTE, 26 de janeiro de 2018.

卷之三

25/04/2018 25-12-2

FRANCISCO FELIPE RODRIGO SAMPADO
CRM-CE 5943

Entrevista a) O Técnico responsável Carlinho

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARI

FICHA DE ANESTESIA

Nº do Paciente	Exame	Data	Nº Regist.
Ident. P. 1000	Data: 26/11/13	Convenio:	Lelô
Sexo: M	Recepção:	Anestesia:	Tomografia
Motivação-Dúo-Hora-Estilo:			

1126 1127 1128 1129

Page - 5 of - 5

130
130

**DIRETAMENTE DE SINAL
PARA
CONTROLE**

DEPARTAMENTO DE SINDICATOS

1.0 AGO 2018

<i>Myiotheretes albiventris</i> - 1953 Laysan Is. - Sept. 1953 - 1954 1954 - Sept. 1954 - Dec.	REGULAR BIRDS COMING
--	----------------------------

• 345 •

Open Louis III - 16-17
with Fortified

2 - Winter forage
3 - pasture & feed

—W. G. Babbitt, Jr., M.D.

CARLOS - MAG/CHOC/PIRÍCER,
GASQUERO/FAUTAL - CGA
BAL - FAM/SCAL/BR DO TUBO
SRA - MASCARA
A.FICULDADE TÉCNICA

13.00 ml. 170

Laringe - Espasmo - Excesso de secreção
Descompressão Respiratória - Hipotensão
"BLUCKING" - Vômito

Hemorrhage - Hemorrhage
- Hemolysis - Thrombocytopenia

Data:

Paciente:

Convênio:

PCT

REC. N.

DIAGNÓSTICOS:

FRACTURA PLANO C

C3W

CIRURGIAS REALIZADAS:

OTOMEDIANOLO

CÓDIGO ANS:

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

O paciente sob efeito de anestesia fez a osteosíntese a fratura de ossos clavígos e o braço no lado oposto ao perna feita redução da fratura e fixação com placas e parafusos. Bruxamento da fratura grande.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
IPVA

CONTROLE DO PERTÍCIA

10 AGO 2010

ESTADO: RIO GRANDE DO NORTE
MUNICÍPIO: JUazeiro do Norte

18 AGOSTO 2010

CIRURGIAO

HOSPITAL MUNICIPAL SÃO VÍRGIO

Rua São Benedito, 243
63020-060 - Juazeiro do Norte-CE
fone/Fax - (088) 568-1113

Corpo Técnico:

Dr. Cícero Landim Nogueira - CRF-21-534

Dr. Maria Nair O. Barbosa - CRF-21-1079

Nome do Paciente: Dr. Cícero Landim Nogueira

Solicitado: Dr. Francisco Petrólio Sampaio

Exame: PARTICULAR INTERNO / HOSPITAL DE FRATURAS

43 26036 - FEM

No.: 00-058.261

EXAMES GRAMÍS - CORPO LÍQUIDO

Material: Secção Total/Exia

SÉRIE VERMELHA - RESULTADO

ANAMIAS	3.170.000/mm3	4.500.000 a 6.200.000	Valores Referenciais
Hemoglobina	12.5 g/dl	12.0 a 17.0	12.0 a 18.3
Leucocitófilos	36.8	40 a 58	35 a 47
Neutrófilos	97.2	89 a 98	89 a 98
Eosinófilos	3.0	2.0 a 3.0	2.0 a 12
Basófilos	30.8	52.0 a 56.	52.0 a 56
Tam. Média das Leucocitófilas	13.0	11.0 a 15	11.0 a 15

Laudo: Sangue com hemólise.

SÉRIE BRANCA

LEUCOCITOS	18.700/mm3	Adultos	mm3
Lerocíticos	78	13.000 a 11.000	
segmentados	73	2.700 a 7.000	
metacromáticos	4	2.500 a 6.700	
Metacromáticos	00	0 a 500	
Neutrofílicos	00	0 a 1000	
Leucocitoides	00	0	
monocitoides	01	0	
eosinófilos	00	100 a 400	
basófilos	17	0 a 100	
linfocitos Atípicos	1.200	1.050 a 3.500	
monocitos	04	0	
Laudo: Presença de Neutrofilia relativa.			
Plaquetas	349.000/mm3		

Laudo: Presença de Neutrofilia relativa.

Plaquetas: 349.000/mm3

Truobocitose discreta.



DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DSTV

CONTEÚDO MÁXIMO RECOMENDADO

10 AGO 2018

Cette document est
un document officiel.
Ainsi que l'ensemble des documents émis par le
Ministère de la Santé et les organismes de l'Etat et
de la fédération.

Dr. Francisco Sávio Figueiredo

Bioquímico

CRM-134

Assinatura

ANALISTA

MEMORANDUM - SÁBADO FRANCISCO DE JESUS - CHAVAS
L. HOSPITAL MUNICIPAL SAO LUCAS)
Av. São Benedito, 243)
63.020-080 - Juazeiro do Norte-CE)
Fone/Fax - (088) 566-1111)

Corpo Técnico:

Dr. Cícero Landim Moreira - CRF-2, 336

Drs. Maria Nair O. Barbosa - CRF-2, 1076

Nome do Paciente: Dr. Francisco Petronio Góesio
Solicitação: 41 anos - FEM
Procedimento: No. 00.030251
INTERNO / HOSPITAL DE FRATURAS

HISTÓRICO CLÍNICO

Prontuário:

	Horários Referenciais:	Métodos:
Tempo de Coagulação	07 minutos	EEG e White Duke
Tempo Sangria	01 minutos	Duke
Tempo de Latex	Negativo	
Extensão do Coagulo	Completa	
Concentração de Fibrinogênio	519.000 nm	150.000 a 400.000 nm



DEPARTAMENTO DE SISTEMOS

DEVAT

CONSELHO FEDERATIVO

10 AGO 2018

De Segredora S/6
Av. Eng. Luiz V. Lima 147
Juazeiro - Fortaleza / CE

Juazeiro do Norte, 26/01/2018.

Dr. Francisco Petronio Góesio



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

Merkado

Aferto para o devido fim
que Cosmea DO Nascimento
esta de Afte Parabolaform
em função constabeleida.
Deverá Retornar ao trabalho.

11/08/18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIWAT
[REDAÇÃO] - [DATA DE EMISSÃO]

10 AGO 2010

Setor Seguradora S/A
Av. Brasil 3000, Lote 147
Cidade Fortaleza / CE

3-70

Made

Peso

AL

Clínica

Urg. Pré - Op.

Carnes/Comestíveis

Vaca / carne de frango e galinha

Anest. Ant.

Alergia

Tempo - Tempo - Quanti.

Dose

Alcool

Drogas em uso - Doses

Dosis de fármacos

Estado Mental:

Bem

Tipo de Sangue

Socia

Pessoal

PA 120x 78 mmHg FC 80

Pulse

(200)

Rit. Respir.

Agu. Orix.

Agu. Gen. Ur.

S. Mervado

S. Adoçando

Soc. Compl.



Ent. Fisiológica

Atend. Preposta

Assinatura

11/07/2018

POS - ANESTÉSICO

Salário Recuperado

Enfermagem

Data - Hora

Data - Hora

SEGUIMENTO DE SINTOMAS
DATA

16 AGO 2018

Assinatura

Respiratoria

Data

ASL-024294670

Dr. Felipe Boaventura Apolinário – CRM/CE 13.234
Assessoria e Consultoria Médico Pericial
Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará-UFC
Especialização em Dermatologia pelo Colégio Brasileiro de Dermatologia
Pós-graduando *lato sensu* em Perícias Médicas
Pós-graduando *lato sensu* em Medicina do trabalho

ATESTADO MÉDICO

NOME: Cosma Dantas Moreira

IDENTIFICAÇÃO: 318311297 SSP/CE – CPF 687.225.163-87

Pericianda, 47 anos, vítima de acidente com veículo automotor em 10/01/2018 conforme documentação comprobatória em anexo (boletim de ocorrência 479-3040/2018 e documentação médica hospitalar).

Apresentava, em decorrência do trauma, fratura distal da perna esquerda.

Vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos e fisioterapia. Alta definitiva em Agosto/2018.

No momento do exame, deformidade anatômica da região medial e distal da perna esquerda com limitação funcional grave da mobilidade do tornozelo esquerdo com dor à manipulação e bloqueio articular. Alteração da marcha.

Do exposto, concluímos que há déficit funcional grave (75%) do tornozelo esquerdo.

CID10.: S 82 / S 93 / T 93.2

Iguatu/CE, 12 de Setembro de 2018

Atenciosamente, Dr. Felipe Boaventura Apolinário
Médico
CRM/CE 13.234
CPF: 544.015.183-49

Dr. Felipe Boaventura Apolinário
MÉDICO
CRM/CE 13.234
CPF 544.015.183-49

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 SET 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Altinópolis - Fortaleza / CE



CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

CTR - CENTRO DE TREINAMENTO E REABILITAÇÃO

COSMA DANTAS MOREIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINOS QUE,
COSMA DANTAS PEREIRA SOFRU ACIDENTE DE
MOTO FRATURANDO A TÍBIA ESQUERDA. A MESMA
FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM
PLACAS E PARAFUSO. REALIZOU TRATAMENTO
FISIOTERÁPICO DURANTE 06 MESES NESTA CLÍNICA,
PERMANECENDO AINDA COM SEQUELAS DE
BLOQUEIO ÚLTIMOS GRAUS NOS MOVIMENTOS DE
FLEXO-EXTENSÃO E DORSO-FLEXÃO DE TORNOZELO
ESQUERDO.

Dr. Edmílson Alves Bezerril
Fisioterapeuta
CRM/CE 12.164-F
CPF: 256.594.723-20

IGUATU, 12 DE SETEMBRO 2018.

Rua 15 de novembro, 901 Centro - Fone: (88)581-3163 Fax: 581-4400
C.N.P.J. 41.339.086/0001-69 - CEP. 63500-000 - Iguatu-Ce

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

FORMULÁRIO NÃO VERIFICADO

17 SET 2018

Tenório Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Fortaleza / CE

MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal	CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	Data do Nascimento 23/05/71
		
Nome COSMA DANTAS MOREIRA	Número de Inscrição 687225163-87	

<p>VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>Emitido em : 18/11/93</p>	<p>Este documento é o comprovante da inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por turcifone, salvo nos casos previstos na legislação vigente.</p>
<p>Assinatura</p>  <p>Daniela Melina</p> <p>DANIELA MELINA</p>	



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
PERÍODO	31/03/22/31
DATA DE EMISSÃO	30-05-97
RESERVA	
CESTA DANTAS NORDEMA	
TOSS TAITIS NORDEMA	
LALLA LILZA DANTAS	
MATRIZ/ODON	
ITU/15/34	
DOC. ORIGEM	
CART. N.º 3513, LIV. 5/29, FOL. 55v	
OR	
CARTE DA QUIROLOGIA	/ca
KARWOWSKY, LUDVÍG O.	ca
LEIA E ASSINE	BAKELIT

10 AGO 2018

Seguradora S/A
Av. 300 - Lapa 147
Fortaleza / CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

INITIATIVES

DETAN - C.E.
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013789395632
VIA: _____ COD. BERNAM: _____
DATA: _____

JOSU 01 55645340 0000000000 2018

CARLOS GÓMEZ DA SILVA

— OFICINA
— OFICINA
— OFICINA

71013393368 PCDU154
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
043789395632 46L436L58E3

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
REVAT**

10 AGO 2018

Sequadora S/A
Av. 196 - Local 147
Porto Alegre / RS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - CE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
		Nº 013789395632	
JOSU	VIA 01	COD. REHABAL	INSCRIÇÃO 000000000
CARLOS GOMES DE SILVA		PERÍODO 2018	
ESTADO DA BAHIA MUNICÍPIO DE JOSU			
ISSUA 20/02/2018			
— OPÇÃO DE PAGAMENTO — 71013393368		— PLACAS — PG00154	
— PLACAS/NÚM. FL		— DATA EMISSÃO — 01/02/2018	
— MARCA/Modelo — HONDA/POP100		— CATEGORIA — 2013	
— CATEGORIA — CARRINHO		— ANO/FABRICAÇÃO — 2019	
29/0CV / 97CC		— COD. PREDOMINANTE — PARTIC	
— COTA ÚNICA — P		— VENCIMENTO/COTAIS — VERMELHA	
— PARCELA UNICA — V		— VENCIMENTO/COTAIS — AMARELA	
— PREMIO (PARCELA UNICA) — R\$ (R\$)		— PREMIO TOTAL (TODAS) — R\$ (R\$)	
— DATA DE PAGAMENTO — 00/00/0000		— DATA DE PAGAMENTO — 00/00/0000	
— OBSERVAÇÕES — CONTA DE SEGURO		— OBSERVAÇÕES — CONTA DE SEGURO	
TOURATECH		DATA- 02/02/2018	
LOCAL: TOURATECH		LOCAL: TOURATECH	
NOTA DE SEGURO DA D.P.V.A.T.			
MOTOR: HECZELI CHP109242 600001-01			
CE Nº 013789395632 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
SEGURADORA LIBERAD.PDVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoraalider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
013789395632 46143656363			
2018 26/02/2018			
— PLACA — PG00154		— DATA EMISSÃO — 01/02/2018	
— COD. REHABAL — 71013393368		— PLACA — PG00154	
— MARCA/Modelo — HONDA/POP100		— DATA EMISSÃO — 01/02/2018	
— ANO/FABRICAÇÃO — 2013		— PLACA — PG00154	
— COD. PREDOMINANTE — PARTIC		— DATA EMISSÃO — 01/02/2018	
— VENCIMENTO/COTAIS — VERMELHA		— PLACA — PG00154	
— VENCIMENTO/COTAIS — AMARELA		— PLACA — PG00154	
— PREMIO TARIFÁRIO — R\$ (R\$)		— PREMIO TARIFÁRIO — R\$ (R\$)	
— CUSTO DO BILHETE (R\$) — R\$ (R\$)		— CUSTO DO BILHETE (R\$) — R\$ (R\$)	
— PAGAMENTO — <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		— PAGAMENTO — <input type="checkbox"/> PARCELADO	
— DATA DE PAGAMENTO — 00/00/0000		— DATA DE PAGAMENTO — 00/00/0000	
— TOTAIS SERVICO SEGURO (R\$) — 00,00		— TOTAIS SERVICO SEGURO (R\$) — 00,00	
OUT-2017			

OUT-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIUM FÜR

DETAN - C.E.
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013789395632
VIA: _____ COD. BERNAM: _____
DATA: _____

JOSU 01 55645340 0000000000 2018

CARLOS GÓMEZ DA SILVA

— OFICINA
— OFICINA
— OFICINA

71013393369
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
46143618863

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

10 AGO 2018

Seguidora S/A
Av. 38 - Lote 147
Porto Alegre - RS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS FINANÇAS

SEGURADORA LÍBERA DPVAT
 AUTORIZADA A DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE USO PÚBLICO E PROFISSIONAL APRESSADO
 TRANSPORTADAS DURANTE O SEU DESLOCAMENTO

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

JOGU	Nº 013789395632
VA.	VEHICULO
01	596453140
0000000000	2018

CARLOS GÓMEZ DE SILVA

RESIDENTE

RESIDENCIAL

<div data-bbox="796

OUT-2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180369550 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMA DANTAS MOREIRA **Data do acidente:** 10/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO (PÁG. 1) DR. FELIPE BOAVENTURA APOLINÁRIO, DE 12/09/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180369550 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMA DANTAS MOREIRA **Data do acidente:** 10/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE (RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA), COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180369550 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMA DANTAS MOREIRA **Data do acidente:** 10/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IMI: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180369550 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMA DANTAS MOREIRA **Data do acidente:** 10/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal da tíbia esquerda e ferimento corto contuso no couro cabeludo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do tornozelo esquerdo, apresenta: marcha claudicante, edema, deformidade óssea, cicatriz irregular na face medial e cicatriz cirúrgica na região anterior do tornozelo esquerdo. Possui instabilidade articular. Apresenta redução da amplitude de seus movimentos, com limitação de flexão plantar aos 15º e dorsiflexão aos 10º. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo.

Resultados terapêuticos: A periciada apresentou na fase aguda das lesões fratura distal da tíbia esquerda e ferimento corto contuso no couro cabeludo, conforme documentos de pronto atendimento de 10/01/2018 e exames de raios-X de 26/01/2018. Como medida terapêutica, restou submetida a tratamento cirúrgico de fixação de fratura da tíbia esquerda, medicamentosos e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no tornozelo esquerdo apresentou alteração de mobilidade do mecanismo tibiotalar. Com relação ao ferimento corto contuso no couro cabeludo, apresentou melhora resolutiva, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, em grau intenso, devido à redução da mobilidade do mecanismo tibiotalar.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180369550

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: COSMA DANTAS MOREIRA

Data do acidente: 10/01/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal da tíbia esquerda e ferimento corto contuso no couro cabeludo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do tornozelo esquerdo, apresenta: marcha claudicante, edema, deformidade óssea, cicatriz irregular na face medial e cicatriz cirúrgica na região anterior do tornozelo esquerdo. Possui instabilidade articular. Apresenta redução da amplitude de seus movimentos, com limitação de flexão plantar aos 15º e dorsiflexão aos 10º. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo.

Resultados terapêuticos: A periciada apresentou na fase aguda das lesões fratura distal da tíbia esquerda e ferimento corto contuso no couro cabeludo, conforme documentos de pronto atendimento de 10/01/2018 e exames de raios-X de 26/01/2018. Como medida terapêutica, restou submetida a tratamento cirúrgico de fixação de fratura da tíbia esquerda, medicamentosos e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no tornozelo esquerdo apresentou alteração de mobilidade do mecanismo tibiotalar. Com relação ao ferimento corto contuso no couro cabeludo, apresentou melhora resolutiva, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, em grau intenso, devido à redução da mobilidade do mecanismo tibiotalar.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Cosma Dantas Moreira, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA
Profissão: PROFESSORA, portador(a) do RG 3183412197, órgão expedidor SSP CE
e do CPF: 687.225.163-87, residente no(a) Rua CARLOS ROBERTO COSTA
nº 758, bairro: VENEZA, município: IGUATU /CE.

OUTORGADO:

Nome: Carlos Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 92015061975, órgão expedidor SSP CE
e do CPF: 710.133.933-68, residente no(a) Rua MARIA MARLENE TEIXEIRA
nº 213, bairro: Novo IGUATU, município: IGUATU /CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Cosma Dantas Moreira.

Local e Data: IGUATU - CE - 02 DE AGOSTO DE 2018

CARTÓRIO
Dona Clara



Cosma Dantas Moreira

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

ECONHECO A(S) FIRMA(S) DE COSMA DANTAS MOREIRA

Por Semelhança Por Autenticidade
Data: 02 AGO. 2018

Eu Testemunho da Verdade

Roberto Sergio Rocha da Silva - Iabélio
 Denilson Anderson da Rocha Bezerra - Substituto
 Acocidela da Rocha Cavalcante - Substituta

20

Antonio Macelo Costa Souza
CPF: 062.109.803-50
Escrevente Autorizado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONSELHO NOS SINISTROS

10 AGO 2018

Seguradora S/A
Av. Dom José 309 - CEP 6417
Fortaleza / CE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292476/18

Número do Sinistro: 3180369550

Vítima: COSMA DANTAS MOREIRA

Data do acidente: 10/01/2018

CPF: 687.225.163-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMA DANTAS MOREIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2018
Nome: CARLOS GOMES DA SILVA
CPF: 710.133.933-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS
CPF: 054.403.453-88

CARLOS GOMES DA SILVA

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS