

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

Carta nº 13232212



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),

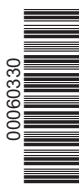
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180369550** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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



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		CPF titular da conta		Profissão	
COSMA DANTAS MOREIRA		687-225-163-87		PROFESSORA	
Endereço		Número		Complemento	
AV. CARLOS ROBERTO COSTA		758			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
VENEZA	IGUATU	CE	63504-435	11994780-4163	
Email					

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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0613 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 013 00009427 (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (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



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 3044 / 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 PERIMETRAL**

Complemento:

Bairro:

Município: **IGUATU/CE**

Ponto de Referência:

464148

ASL-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 PERIMETRAL, 75B**Bairro: **VENEZA**Município: **IGUATU/CE**País: **BRASIL**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTENEDOR VERIFICADO

10 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
CEP: 64011-900 - Fortaleza / CE

Telefone: (88) 98807-8279

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **PG00154** UF: **CE** Município: **IGUATU** Chassi:**9C2HB021DER001682** Renavam: **596453140** Tipo do Veículo:**MTOCICLETA** 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 informou de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPB, informou que no local e horário supracitado acima, trafegava de garupeira, na moto acima cadastrada, e tendo como CONDUTORA: 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 Igatu, e sendo atendido pelo Dr. ANTONIO EDUARDO DE SOUZA; Que segundo o laudo médico, QUEBROU 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:

ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Cosma Wambos Moreira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 3040 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCOS SANDRO NAZARE DE LIRA - MAT.: 126811-1-4

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 500 - Lda. 142
Aldeota - Fortaleza - CE

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

CPF do Representante legal

Email

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

Cosma Dantas Moreira

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: 000000009427-1

Nr. da Autenticação 6F0610C5ED5486B3

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, OSMA DANTAS MOREIRA,

RG nº 318342/97, 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)	Av. CARLOS ROBERTO COSTA
Número	758
Apto / Complemento	
Bairro	VENEZA
Cidade	IGUATU
Estado	CEARÁ
CEP	63504-435
Telefone de Contato	(88) 99780-4163 / (88) 99217-2533
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Osma Dantas Moreira





SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGATU
Rua Engenheiro Wilson Carneiro Lima, 772 - Prado - Igatu/CE
CEP: 83552-558 - CNPJ: 07.502.138/0001-45
Fone: (88) 3368-7700/193 (07x11x11x)
Site: www.saae.igatu.ce.gov.br

INSCRIÇÃO 0006382.0 CLASSE PAR RES 751 ECONOMIAS COM INO PUB OUT MÊS/FAT 04/2018

HYDROMETRIC AD7F612901 INSTALAÇÃO 12/01/09 LOCALIZAÇÃO 00.00.08.0000000630 FATURA 180097001

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

JOSE DANTAS MOREIRA

AV. CARLOS ROBERTO COSTA 758, VENEZA

CEP: 83.504-435 IGATU-CE

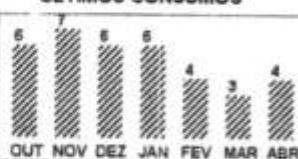
SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	AGUA	01/01	28,00

HIDROMETRIA

ULTIMOS CONSUMOS

LEITURA DATA
ANTERIOR.: 649 06/03/18
ATUAL.....: 663 06/04/18
CONSUMO...: 04 DIAS-30
LEITURISTA: 06 OCO-00



MÉDIA: 5 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO 01-ETA COCOBO PERÍODO: 28/02/18 A 28/03/18

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
COR	ATE 15 UN	01	12,50
PH	5 A 9	01	7,58
CLORO	ATE 5 M	01	3,00
TURBIDEZ	ATE 5 UT	01	1,10
FLUOR	ATE 1 S	01	0,71

PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO 24/04/2018 VALOR R\$ 28,00

CONSUMIDOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

10 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 500 - Lapa - RJ
Alameda - Fortaleza - CE



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU
Rua: Engenheiro Wilton Correia Lima, 772 - Prado - Iguatu/CE
CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.508.138/0001-45
Fone: (88) 3666-7788/199 (gratuito)
Site: www.saae.iguatu.ce.gov.br

INSCRIÇÃO 0024380.2 CLASSE PAR TARIFA RES 01 ECONOMIAS COM REC PUB OUT 06/2018

IDENTIFICADOR 007F593466 DATA 07/12/07 LOCALIZAÇÃO 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

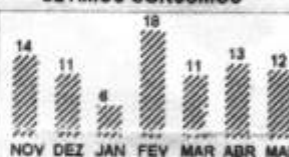
SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	AGUA	01/01	35,20
16	MULTA POR ATRASO - 03/2018	01/01	1,03
17	ENCARGOS (03/2018) 14 DIAS	01/01	0,28

HIDROMETRIA

LEITURA DATA
ANTERIOR.: 1744 06/04/18
ATUAL.: 1744 08/06/18
CONSUMO.: 12 DIAS: 32
LEITURISTA: 29 OCO: 07

ULTIMOS CONSUMOS



MÉDIA: 12 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO: 01-ETA COCOBO		PERÍODO: 28/03/15 A 28/04/16	
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	ATE 8,5	01	7,55
CLOR	ATE 5,0	01	7,58
CONDUT	ATE 500	01	3,00
TEMPER	ATE 25	01	1,10
OPAC	ATE 1,5	01	0,21

DÉBITO(S):

ABR/2018

VENCIMENTO 22/05/2018 VALOR R\$ 36,51

LEITURA NÃO REALIZADA (HID. EM DIF. ACESSO)
CONTA CALCULADA COM BASE NA MÉDIA DE CONSUMO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
São Paulo - 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. Nexos 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 (☒) 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.


André de Oliveira Leal
CRM 16566
Assinatura e carimbo do médico

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 nº9.613/98.

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 637.225.163, / 87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
COSMA DANTAS MOREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 637.225.163, / 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 <u>RUA MARIA MARLENE TEIXEIRA</u>		Número <u>213</u>	Complemento
Bairro <u>NOVO IGUATU</u>	Cidade <u>IGUATU</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63504-770</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(88) 99780-4163</u>

IGUATU-CE 03 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Carlos Gomes da Silva
Assinatura do Declarante



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

CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MARIA MARLENE TEIXEIRA, nº 213,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima COSMA DANTAS MOREIRA, cujo o condutor era

GARDÊNIA FREIRE MOREIRA.

Veículo: HONDA / POP 100

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: VG00154

Chassi: 9C2HB0210ER001632

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)

Gardênia Freire Moreira

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

(Sem reconhecimento de firma)



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

☐ Por Semelhança ☒ Por Autenticidade
Dou fe. Igatu - CE. 02 AGO. 2018
Em Testemunho 2 da Verdade

☐ Roberto Sergio Rocha da Silva - Tabelião
☐ Denis Anderson da Rocha Bezerra - Substituto
☐ Rocielma da Rocha Cavalcante - Substituta

Salvino Marcelo Costa Soares
CPF: 062.109.803-50
Escritor Autorizado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 AGO 2018

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

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Protocolo 111847	Atendimento 0001	Nome do Paciente COSMA DANTAS MOREIRA		CNS	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 318311297			Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Feminino	
Data de Nascimento 23/05/1971		Local IGUAÇU/CE		Idade 46 Ano(s)		
Pai JOSE DANTAS MOREIRA			Mãe MARIA LUIZA DANTAS			
Endereço RUA PERIMETRAL, 758		Bairro VENEZA	CEP 63600-000	Município IGUAÇU	UF CE	Telefone 88968028229
Profissão		Empresa	Código			
Responsável MARIA LUIZA DANTAS		CPF do Responsável	Endereço RUA PERIMETRAL, 758		Município IGUAÇU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 10/01/2018	Hora 08:47	Coverdo SUS	História	CID
Profissional de Atendimento ANTONIO EDUARDO DE SOUZA		CRM/UF 10360/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Atendimento		Funcionário ANA KELE RODRIGUES		
Observação				
Sala		Data Hora Liberação		Tipo de Sala () 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)

PD COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Relat. geral de insucesso que ocorreu.

Apresent. feid. conf. confusa a com. cobelada

1 ed. no 1. for. no 1. (E)

Grupo = 11

fixar: 11/01/18

At. bu. física
col. física

col. bu.

At. bu. de transmutação

Rel. de 11/01/18

Rel. de 11/01/18
rel. de 11/01/18
Rel. de 11/01/18

col. bu. 11/01/18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 ABO 2018
Conta Seguradora: 11/01/18
av. Dom. Luis, 300 - Lapa 147
Al. 147 - F. 147

Dr. Antonio Alberto Bando
CRM 2063
Osteopatia Traumatológica

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 111847	Atendimento 0001	Nome do Paciente COSMA DANTAS MOREIRA	CNS	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		Mãe MARIA LUIZA DANTAS		
Endereço RUA PERIMETRAL, 758	Bairro VENEZA	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão	Empresa	Cargo		
Responsável MARIA LUIZA DANTAS	CPF do Responsável	Endereço RUA PERIMETRAL, 758	Município IGUATU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 10/01/2018	Hora 09:47	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento ANTONIO EDNARDO DE SOUZA		CRM/UF 10960/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Instituidor do Atendimento		Funcionário ANA KELE RODRIGUES		
Observação				
Sala	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 do Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Relat. quad. de insuportabilidade que gerava
Apresent. ferid. corp. confuso e com contusão
e edema no fronselo (E)

Glasgow = 15

fixação: 15/01/18

At. de 15/01/18
cd. fixação

Relat. de

Análises de fratura/fissura

Relat. de 15/01/18

Relat. de 15/01/18
relat. de 15/01/18
relat. de 15/01/18

em 15/01/18 15:22 IM.

Dr. Antônio
SOLDA
CIP

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTABILIDADE SINISTROS
10 AGO 2018
Canta Seguradora S/A
Av. Dom Luís 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE

Dr. Antônio Alberto Dantas
CRM 2683
Otorrinolaringologista

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 57199 **Registro:** 5816 **Data/Hora:** 26/01/201 07:46
Paciente: COSMA DANTAS MOREIRA
Mãe: MARIA LUIZA DANTAS
Nasc: 23/05/1977 **RG:** 318311297 **CPF:** 687.225.163-87 **Sexo:** Feminino
Idade: 40 anos, 8 meses e 3
Endereço: AV. PERIMETRAL **Nº:** 758 **Bairro:** VENEZA
Cidade: IGUAÇU **UF:** CE
Convênio: PARTICULAR **Carteira:**
Fone: 88988228952 **Profissão:** PROFESSOR DA **Atendente:** SILVANY FERREIRA
Tipo de Acomod.: Apartamento **Bloco:** POSTO III **Quarto:** APT - 001 **Leito:** 001
Médico Responsável: 003943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

História Clínica ou resumo:

Paciente vítima de acidente
 automobilístico com dor no joelho e fratura
 cominada na perna

Exames complementares:

Rx

Diagnóstico:

Fratura em fêmur

☐ Agudo ☐ Crônico ☐ Tempo de Evolução ☐ Meses ☐ Anos

Previsão de Alta: / /

Hora:

Curado ☐

Melhorado ☐

Transferido ☐

Trat. Ambulatorial ☐

Indisciplina ☐

Óbito: / /

Causa: / /

Data: / /

Paciente/Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 OPVAT
 CONTROLE DE SINISTROS
 10 AGO 2018
 Santa Seguros S.A.
 Av. Dom Luis, 300 - 11º andar
 Alameda, Fortaleza - CE

Dr. Francisco Petronio Sampaio
 Traumatismo - Ortopedia
 CRM 105.072-2/CE

Médico Solicitante



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 22.188/16

Data: 26/01/2018

Paciente: COSMA DANTAS MOREIRA

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

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 ÍNTEGRA, EM CADEIRA DE RODA, NEGA ALÉRGICAS, TABAGISMO, ETILISMO, DIABETES, É HIPERTENSA, FAZ USO DE ARADOIS, HIDROCLÓRTIAZIDA, REALIZOU EXAMES: LAB ECG, AGUARDA PARECER CARDIOLOGICO, PUNÇIONADO A V P MSD, EM SOROTERAPIA, SS V V AFERIDOS, SEGUE 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, SEGUE 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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTINUAÇÃO DO SINISTRO
10 AGO 2018
Corte Seguros S.A.
Av. Dom Luis, 100 - Jd. 1411
Atibaia - Foz de Iguaçu - PR

CICERA MARIA DA SILVA
COREN-CE-704272
26/01/2018 18:02:49

Cicera Maria da Silva
Téc. Em Enfermagem
COREN - CE 704272



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 6518

Data: 26/01/2018

Paciente: COSMA DANTAS MOREIRA

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRÔNIO SAMPAIO

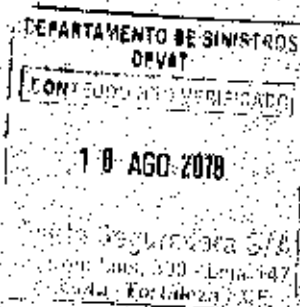
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1- EVOLUÇÃO

1.1- DESCRIÇÃO

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

Cosma



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

Marta Maria N. do Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN - CE - 429032



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: [REDACTED]

Paciente: COSMA DANTAS MOREIRA

Data: 26/01/2018

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Carteira:

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

CLIENTE NO P.O. DE FRATURA DE TÍBIA, EVOLUI BEM, CONCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, RESPIRANDO AR AMBIENTE, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, ACEITOU BEM A DIETA OFERECIDA, ESTÁ COM A.V.P EM M.S.D., M.C.P.M., ESTÁ 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



Cristiane P. G. Sampaio
Téc. de Enfermagem
COREN-CE-805466

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 PERNA

DATA
26/01/2018

IDADE
40 ANOS

MEDICO:

PETRONIO

CRM: 5943/CE

CONVÊNIO

PARTICULAR



*Fratura do 1/3 distal
da tíbia, com placa de
sintetização*

DR. EDUARDO LÓPES
CRM: 721

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT**

CONTEÚDO DO SINISTRO

10 AGO 2018

DR. EDUARDO LÓPES
CRM: 721

Assinatura do Médico
Assinatura do Médico
Assinatura do Médico

Convênio: Cartão Verde

DATE: 26 JUL 2015

Medico: Manoel Roberto Siqueira

Table 1. *Continued*



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

LAUDO RADIOLOGICO

NOME DO CLIENTE: COSMA DANTAS MOREIRA

IDADE: 40

SOLICITAÇÃO DE EXAME: RADIOG. PERNA ESQUERDA

DATA: 24/01/2018

MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

CONVÊNIO: UNIMED

LAUDO RADIOLOGICO

*Fratura do 1/3 distal
da tíbia.*



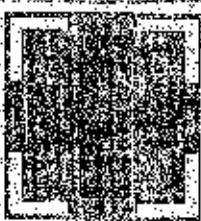
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO: 1/3 distal da tíbia

10 AGO 2018

Centro Reumatológico
Av. Dom Luís, 500 - Jd. Santa
Alcinda - Fortaleza

EDUARDO LOPES
Eduardo Lopes
DR. EDUARDO LOPES
CARDIOLOGISTA E RADIOLOGISTA
CRM 721



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO C - Prescrição Médica Nº: 1973
Paciente: COSMA DANTAS MOREIRA

Prontuário: 57139
Sexo: Feminino
Clínica: Cirúrgica

Registro: 5816
Idade: 40a 8m 3d
Estrada: 26/01/2018 às 07:46 Internado, 4h 42m 36s

Conte: 5016

Médico: FRANCISCO PETRONO SAMPAIO
Convênio: PARTICULAR
CID:

Localização: 3, 001, 001

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
CONTÉUDO NÃO	REGISTRADO
1-0 A60 2018	
5816	
Registo	
5816	
5816	
5816	

Itens de prescrição

1 IDEIA, BRANDA CONFORME ACEITAÇÃO

Observações: APOS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Orde/dose Unidade Velocidade Doses Via acesso Frequência Infusão Portários

1 Refeições

5 VO

07:00; 11:00; 14:00; 17:00; 19:30;

2 ESQUEMA

Observações: Iniciar agora!

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - FR

Velocidade de infusão

500 ML

10 gotas/min

500

500;

3 CEFALOTINA SODICA 1GR - FR/SAMP

Itens manipulados

AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML

1 AMP

3 EV PERIFERIC 08/06

12:00; 18:00; 00:00;

4 TRIMADOL 50MG/ML - AMP (1ML)

Itens manipulados

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML - FR

1 FRS

1 EV PERIFERIC 12/12

18:00;

5 DIFENONA SODICA 1G/2ML - AMP

Itens manipulados

AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML

8 ML

3 EV PERIFERIC 08/06

12:00; 18:00; 00:00;

6 OMEFRAZOL FRASCOS-AMPOLA 40MG

Itens manipulados

AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML

1 AMP

1 EV PERIFERIC Unica

13:00;

7 IBUXICAM 20MG - FR/SAMP (2ML)

Itens manipulados

AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML

1 AMP

1 EV PERIFERIC 12/12

18:00;

8 GENTAMICINA 40MG/ML - AMP (2ML)

Observações: UMA X AO DIA

Itens manipulados

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML - FR

1 FRS

1 EV PERIFERIC Unica

13:00;

9 JELCO HEMATIZADO

1

Contínua

13:00;

Vigência: 26/01/2018 às 06:00

até: 27/01/2018 às 05:59

Dr. Francisco Petrono Sampaio

Assinatura Médica

Des. Jansenildo

Página 1 de 1

Emissão em:

25/01/2018 às 12:28

FRANCISCO PETRONO SAMPAIO

CRM-CE 5943

Família de Francisco Sampaio

Assinatura Responsável Carimbo

Enfermeiro(a) ou Técnico Responsável Carimbo






FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Francisco José M. Aguiar

Nº du Registre: 57/44

Plaster: 100 lbs

Date: 2/6/1963

Convênio: 

Leito;

Address: 2450 1st Ave. S.W.

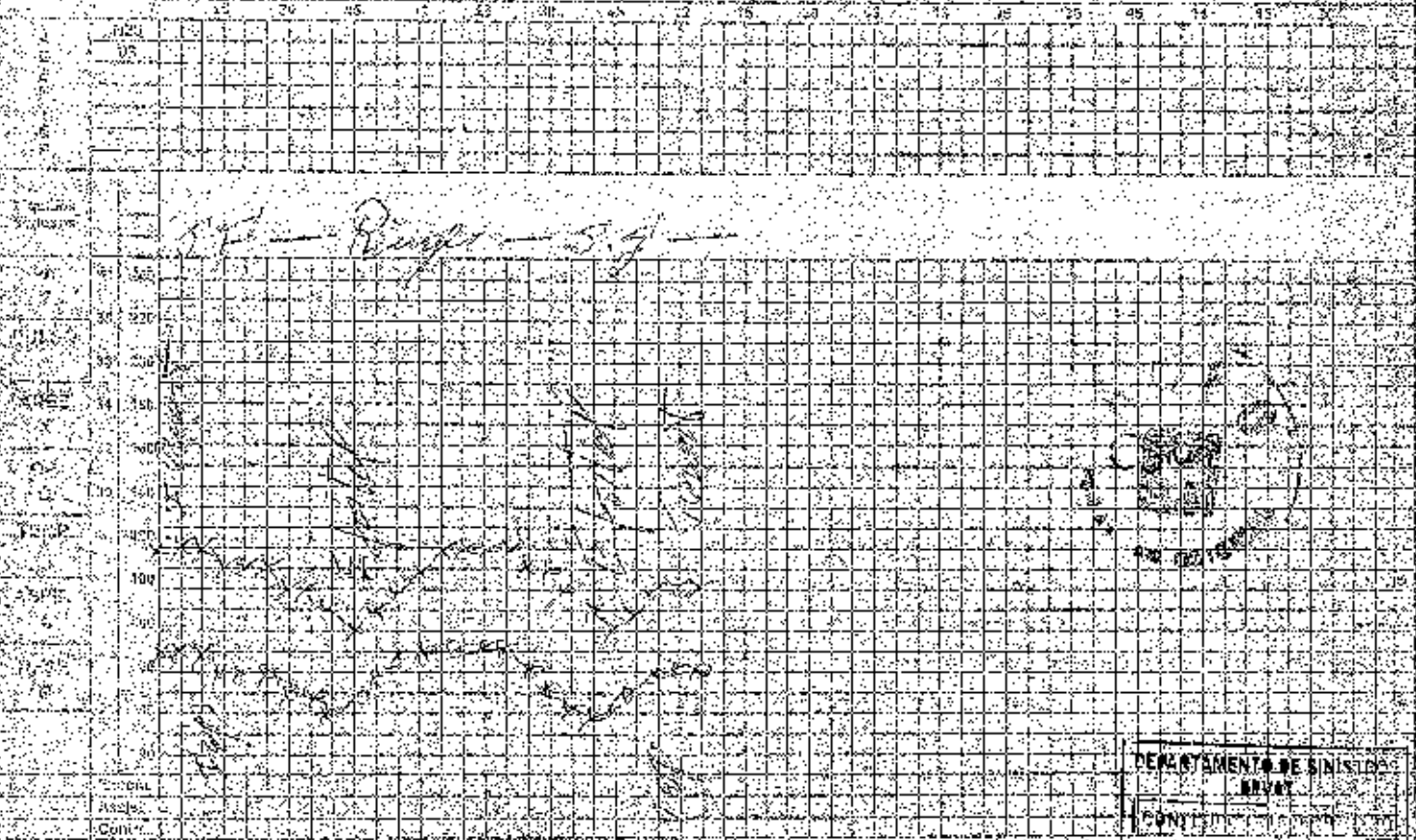
Anestesia

Pre-Modificação Data Hora Efeito:

100

11/20

محمد بن عبد الله



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ENVIAR

CONTINUED FROM PAGE 1

10 AGO 2018

10. *Meriania peruviana* (Poe.) Kunt.
 var. *meris* (Poe.) Kunt. - large
 L. *Chloranthus* Poe. - L.F.H.
 var. *meris* - large -
 L.F.H. - 1900

TECHNICAL
BRIAN C. BROWN

ANNALS

1 - *Vaccinium*
2 - *Ulex*
3 - *Ulex*
4 - *Ulex*

12/10/2008

5. 10 - 50000 - 10F
 6. 10 - 50000 - 10F
 7. 10 - 50000 - 10F

CARLOS NASSO GOMES PARRICEL
NASO DROTRACHEAL CBGA
BAL - JAMES CALHOUN DO TUBO
GER - MASCARA
CENILABE TECNICA

TEMPO DE JUMENTO

TOTAL \$500.44

120

2025/04/27

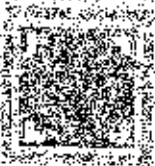
10/10/1917 - 1/1/1918

1. 6. 2019

Laureiro - Esporões - Excesso Borne
Dor no peito Respiratório - Hipoxia
"BUCKING" - Yôcillo

Headl. - Tagelandsk. - Chikil'ye

PERDA SANGUÍNEA



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FEATURAS
DO CARIRI

BOLETIM DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Data: / /

Paciente:

Convênio:

PCT

REG. Nº

DIAGNÓSTICOS:

fratura perna e

CSM

CIRURGIAS REALIZADAS:

Osteosíntese

CÓDIGO AMB:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Paciente sob efeito
anestésico geral
procedeu a artroscopia
da perna de campo cirúrgico
tupê local no local anestésico
perna feita redução da fratura
na região da perna e colocação
da placa e parafusos
Osteosíntese

Dr. Francisco Pedro Sampaio
Cirurgião

CIRURGIÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
REIAT

CONT. SINISTROS REIAT/ADM

10 AGO 2018

Porto São Pedro 5/A
R. Rio de Janeiro, 300 - Conj. 47

1º andar - Fone: 3329-1300

(HOSPITAL MUNICIPAL SÃO LUCAS)

Corpo Técnico

Dr. Cícero Landim Nogueira - CRF-2: 534

Dra. Maria Nair O. Barbosa - CRF-2: 1070

Rua São Benedito, 243

63.020-060 - Juazeiro do Norte-CE

Telefone/Fax - (085) 566-1111

Nome do Paciente : Ussama Dantas Moreira

Solicitação : Dr. Francisco Petronio Sampaio

41 anos FEM

No. 00-038.261

Examen: PARTICULAR INTERNO / HOSPITAL DE FRATURAS

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue Total/EDTA

SÉRIE VERMELHA		RESULTADO	Valores referenciados	
HEMOGLOBINA	g/dl	3.170.000	4.500.000 a 5.000.000	3.900.000 a 5.400.000
HEMOGLOBÍNA	g/dl	9.5	12.8 a 17.0	11.8 a 18.3
HEMATÓCRITO	%	30.8	40 a 54	35 a 45
MCV	fL	97.2	80 a 100	80 a 100
MCH	pg	30.0	27 a 32	27 a 32
MCHC	g/dl	30.8	32 a 36	32 a 36
RDW	%	13.1	11 a 15	11 a 15
Laudos Sangue com leucocitose				
SÉRIE BRANCA		%	mm ³	% (Adultos)
LEUCÓCITOS	mm ³	18/200		3.000 a 11.000
Neutrófilos	%	78	4.398	54 a 76
Linfócitos	%	78	6.398	31 a 67
Monócitos	%	00	0	0 a 10
Metarrelucitos	%	00	0	0 a 500
Eosinófilos	%	00	0	0 a 100
Basófilos	%	00	0	0
Plasmócitos	%	01	82	1 a 4
Basófilos	%	00	0	100 a 400
Linfócitos	%	17	1.394	0 a 100
Monócitos Atípicos	%	00	0	1.050 a 3.500
Basófilos	%	04	325	0
Laudos Presença de Neutrofilia relativa				
Plaquetas	mm ³	519.000		100 a 800
Trombocitose discreta				



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVA*

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

10 AGO 2018

Carro Seguradora nº 6
Av. Dom João, 100 - 6º - 617
Aldeia - Fortaleza - CE

Dr. Francisco Rodrigo Eustáquio Queiroz

Biomedico

CRM: 1134

ANALISTA

Juazeiro do Norte, 26/01/2018

LABORATORIO SAO FRANCISCO DAS CHAGAS
(HOSPITAL MUNICIPAL SAO LUCAS)

Rua Sao Benedito, 243
63.020-080 - Juazeiro do Norte-CE
Fone/Fax - (085) 566-1111

Corpo Técnico:
Dr. Cicero Landim Menezes - CRF-2, 334
Dra. Maria Nair D. Barbosa - CRF-2, 1070

Nome do Paciente : Cosma Dantas Moreira
Solicitacao : Dr. Francisco Petronio Sampaio
Convenio: PARTICULAR INTERNO / HOSPITAL DE FRATURAS

41 anos FEM
No. 00.035.151

HEMATOLOGIA

Exatidão Sangue

		Valores Referenciais:	Unidades:
Tempo de Coagulação	07 minutos	05 a 10 minutos	seg e Minis
Tempo Sangria	01 minutos	01 a 03 minutos	Quis
Prova do Laco	Negativa		
Exatidão do Coagulo	Completa		
Contagem de Plaquetas	519.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /mm ³	Aut. Cobas-Ralte



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CEVAT
CONCLUSÃO EMITIDA EM
10 AGO 2018
Seguradora S/A
Av. Eng. Luis, 100 - Lda 147
Juazeiro do Norte - CE

Juazeiro do Norte, 26/01/2018

Dr. Francisco Petronio Sampaio
[Signature]



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

Atestado

Atento para o devido fim
que Cosima Dantas Moreira
está de Atte porbustafornal
com função reestabelecida.
Deverá Retornar ao Trabalho.

11/08/18

[Signature]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPMAT
[] DATA DE EMISSÃO
10 AGO 2018
Dr. Segurado S/A
Av. ... 300 - Loja 142
... Fertilidade / Cb

Sexo *F* Razo *40 anos* Peso *55* Alt. *1.60* Clínica *1009*
 Urog. Pré + Op.
 Cirurgia Proposta *Trat. cirúrgico de fístula*
 Anest. Ant.
 Alergia *Urticária*
 Fumo - Tempo - Quant. *Urticária* Alcool
 Drogas em uso - Doses *Urticária*

Estado Mental *Normal*
 Boca
 PA *120 x 80 mmHg* FC *85* Pulso *70* Temperatura *36.5*
 Ar. Respir.
 Ar. Circ.
 Ar. Gen. - Ur.
 S. Nervoso
 S. Endócrino



S. Comple.
 Ent. Pleural
 Ar. Proposta *Riquin Quinina*
 Assinatura *[Signature]*
PÓS - ANESTÉSICO
 Sala de Recuperação Enfermeira

Data - Hora
 Data - Hora
 Assinatura *[Signature]* Assinatura *[Signature]*
 18 AGO 2018

152-0242470710
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 Aldeota - Fortaleza / CE



CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

CTR - CENTRO DE TREINAMENTO E REABILITAÇÃO

COSMA DANTAS MOREIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE,
COSMA DANTAS PEREIRA SOFREU 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. Edmilson Alves Bezerra
Fisioterapeuta
CREITO 12.164-F
CPF: 236.894.723-20

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
DPVAT

FORNECIDO NÃO VERIFICADO

17 SET 2018

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **COSMA DANTAS MOREIRA**

Data do Nascimento: **23/05/71**

Nº da Inscrição: **687225163-87**



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida a qualquer tempo, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *Cosma Dantas Moreira*

CPF: **687225163-87**

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **16/11/93**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

IGUATU-CE

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NÃO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS



COSMA DANTAS MOREIRA

CPF: **687225163-87**

DATA DE NASCIMENTO: **23/05/71**

DATA DE EMISSÃO: **30/05/97**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

IGUATU-CE

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NÃO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS



COSMA DANTAS MOREIRA

CPF: **687225163-87**

DATA DE NASCIMENTO: **23/05/71**

DATA DE EMISSÃO: **30/05/97**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

COMPROVANTE VERIFICADO

10 AGO 2018

Seguradora S/A

Endereço: Rua 147

Cidade: Fortaleza - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLOS GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. PASSAPORTE
92015061975 SSP CE

CNP
710.133.933-68

DATA NASCIMENTO
12/06/1971

FUNÇÃO
RATIGNO GOMES DA SILVA
MARIA MANEIO DA SILVA
GOMES

PERMISSÃO
ACC CATAME
A/B

Nº PASSAPORTE
05002102255

VALIDADE
31/11/2021

1ª ANIVERSÁRIO
04/08/2010

CLASSIFICAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO

carlos gomes da silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
IGUAU, CE

DATA EMISSÃO
29/11/2016

[Assinatura]
ASSINATURA DO DETRAN

44290740816
CE156606682

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
14045111140

PROIBIDO PLASTIFICAR
14045111140

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTIÚO DE SINISTROS

10 AGO 2018

Teó Seguradora S/A
Av. São José, 300 - Loja 147
Fátima - Fortaleza, CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013789395632
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 596453140 0000000000 2018

CARLOS GOMES DE SILVA
ASURAV/CE

71013393368 PG00154

71013393368 PG00154

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

9C2HB0210ER001682

CE Nº 013789395632 BILHETE DE SEGURO DPVAT

71013393368 PG00154

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

013789395632 45143615963

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

01 71013393368 PG00154

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS, MATERIAIS E PATRIMONIAIS
AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES, JANTARES, CARCERES, APRESSO,
TRANSPLANTES, QUINTÃO, SEGURO DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
10 AGO 2018
Seguradora S/A
VIA - Lote 147
Cidade Fortaleza - CE

007-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE

Nº 013789395632

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA
01 596453140 000000000 2018

CARLOS GOMES DE SILVA

ASURAV/CE

71013393368 PG00154

71013393368 9C2HB0210ER001682

FAZ/MOTOCICLO/MBO ATLET CASOLINA

HONDA/FOE100 2013 2019

2P/OCV/97CC PARTIO VERDE/LHA

1 P
V
A

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO

LOCAL 15/02/2018

CE Nº 013789395632 BILHETE DE SEGURO DPVAT

71013393368 PG00154

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

013789395632 45143615963

VIA 01 71013393368 PG00154

596453140 HONDA/FOE100

2013 09 9C2HB0210ER001682

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100 (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

COTA UNICA PAGAMENTO 00/00/0000

SEGURODPVAT

007-2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

10 AGO 2018

10 AGO 2018

Seguradora S/A
Rua...
Fortaleza/CE

REPUBLICA DE GUATEMALA
MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION

GUATEMALA MARIA MOREIRA

726.367.503-04 **00/10/1976**

ADOLFO MOREIRA MORES
MARIA AUXILIADORA
CLAYES MOREIRA

04/01/2012

693054827

EXCELENTE ATIV. REMEMBRADA:

Guatemala Maria Moreira

23/01/2013

43465252204
CE134021347

693054827

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT

CONTENIDO NAO VERIFICADO

10 AGO 2018

Conto Seguradora S/A
Rua da Liberdade, 300 - Loja 147
Cidade Fortaleza CE

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
Valoração 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 IML: 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 tibia 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 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.

Resultados terapêuticos: A periciada apresentou na fase aguda das lesões fratura distal da tibia 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 tibia esquerda, medicamentoso 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 resolutive, 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

PRESTADOR

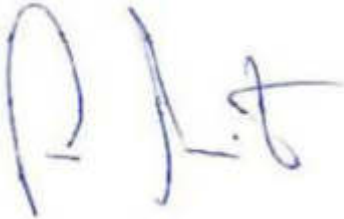
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

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 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.

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, medicamentoso 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 resolutive, 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

PRESTADOR

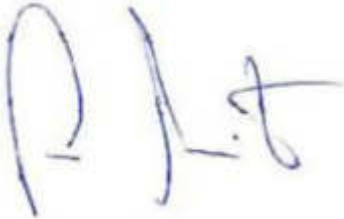
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

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 38342197, órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 687.225.163-87, residente no(a) AV. CARLOS ROBERTO COSTA
nº 758, bairro: VEREZA, 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 vltima 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)

RECONHEÇO A(S) FIRMAS(S) DE COSMA DANTAS MOREIRA

☐ Por Semelhança ☒ Por Autenticidade
Ouf. Igatu-CE, 02 AGO. 2018
Em Testemunha da Verdade

☐ Roberto Sergio Rocha da Silva - Tabelião
☐ Denis Anderson da Rocha Bezerra - Substituto
☐ Acideia da Rocha Cavalcante - Substituto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONCEBIDO E VERIFICADO

10 AGO 2018

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

Antonio Marcelo Costa Santos
CPF: 062.109.803-50
Escrevente Autorizado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292476/18

Número do Sinistro: 3180369550

Vítima: COSMA DANTAS MOREIRA

CPF: 687.225.163-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMA DANTAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

CARLOS GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS