

25/04/2013

- BANCO DO BRASIL -

9:04:57

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: CRÉDITO EM CONTA DE POUPANÇA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 00.000.611.000-2

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 18/04/2013

NÚMERO DO DOCUMENTO: 123456789012

VALOR TOTAL: 1.518,75

***** TRANSFERIDO PARA :

CLIENTE: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.

AGÊNCIA : 2.761-8

CONTA : 00.010.014.264-8

=====

Nr. Autenticação: 6.3B1.FE0.BE2.C63.979



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Por este instrumento particular de declaração, eu abaixo assinado, Sr. (a) NACES FRAVESCIO DE SOUZA C1402, portador (a) da carteira de Brasileiro (a), profissão ---, identidade nº 27501810 e CPF nº 329.087.462 declaro para os devidos fins, e repetirei em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado na

(a)

Rua: PU. AN GILLO Bairro ZONA RURAL, Cidade de LACONOPOLIS RJ Código de Endereçamento Postal (CEP) nº 04301-000

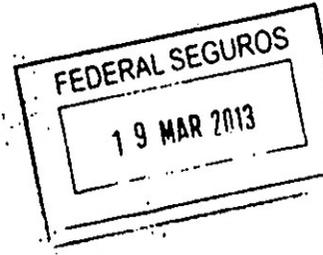
Declaro, ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que porventura a Seguradora possa ter, no presente e no futuro, face às informações acima prestadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

Cidade: LACONOPOLIS RJ dia 10 de 10 de 2012

[Assinatura]
(assinatura)

OBS: Número de telefone ou complemento de endereço: 18913465 23031944 3
9900.3595





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

499 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 122450.000982/2012-60

Unidade Policial: 7ª DELEGACIA REGIONAL - VALENÇA Resp. pelo Registro: Raimundo Nonato De Oliveira Rufino
Delegado: MAYCON JESUS SILVA BRAGA Data/Hora: 16/10/2012 - 13:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável Data/Hora
7ª DELEGACIA REGIONAL - VALENÇA 13/10/2012 - 11:30

Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
LAGOA DO PIAUI Bairro
Endereço INFORMAR NO COMPLEMENTO
RUA MARIA DONA, N°: Ponto de Referência
Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: NACES FRANCISCO DE SOUSA CRUZ Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante
RG: 275018106 SSP PI
Mãe: HELENA DE SOUSA
Pai: FRANCISCO DE MARIA BARNABÉ DA VERA CRUZ
Endereço: AV MUNDICO FELIX, N° 25
Complemento: BAIRRO ANGICO
Cidade: LAGOA DO SÍTIO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA.	CG 125	2003	LVY0050	9C2JC30213R512802	800577108	Vermelha

RELATO DA OCORRÊNCIA

A vítima compareceu a esta 7ª Delegacia Regional de Polícia Civil de Valença do Piauí-PI e relatou que dia 13.10.2012 se deslocava no veículo tipo moto Honda CG 125 titan kse placa LVY 0050, chassi 9c2Jc30213R512802, cod RENAVAN 800577108, de propriedade de Bernardo Elias de Aguiar Filho- CPF 962 393 603-68, na rua Maria Dona em lagoa do Sítio-PI quando foi abalroado por outra motocicleta não identificada que o condutor evadiu-se; Que em consequência da queda sofreu os seguintes danos físicos: Traumatismo de ombro direito com entorse e edema, traumatismo de antebraço esquerdo com lesão entorse e edema, traumatismo de pé esquerdo com fratura de 5ª metatarso 13 proximal com hematoma e edema e escoriações múltiplas pelo corpo.

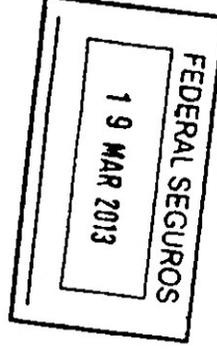
Raimundo Nonato De Oliveira Rufino x *NACES FRANCISCO DE SOUSA CRUZ*

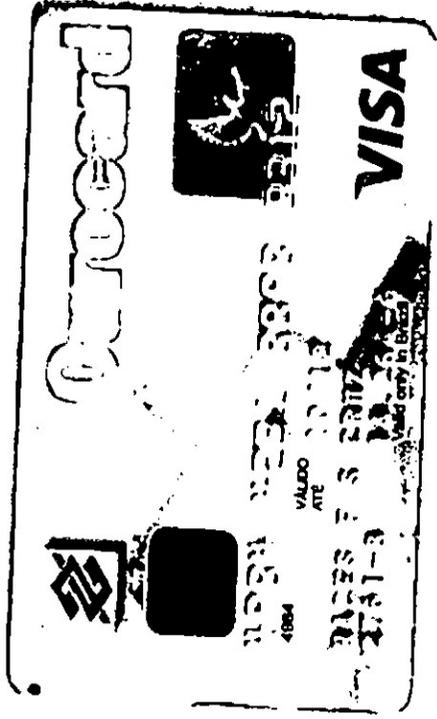
Raimundo Nonato De Oliveira Rufino - Mat. 1083104
AGENTE DE POLÍCIA

NACES FRANCISCO DE SOUSA CRUZ - Notificante
Responsável pela informação



MAYCON JESUS SILVA BRAGA
Delegado de Polícia





FEDERAL SEGUROS
19 MAR 2013

OUTROS



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº. 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta Companhia a ocorrência do acidente em questão:

Nome da Vítima: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

A Vítima era:
 Motorista () Passageiro () Pedestre
 O resultado do acidente foi:
 () DAMS () IPA () MAC

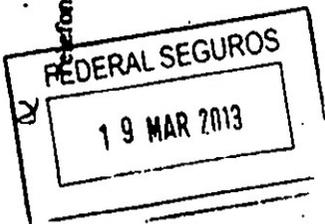
Em cumprimento ao item 10 da resolução nº. 01/75 do CNSP, segue junto ao presente aviso de sinistro os documentos listados abaixo:

Documentos necessários nos processos de:

DAMS	IPA	MAC
Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro
Ficha de Representante Legal	Ficha de Autorização do Crédito	Ficha de Autorização do Crédito
Ficha de Autorização de Crédito	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência
Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia do RGC/CPF da vítima	Cópia do RGC/CPF da vítima
Cópia do RGC/CPF da vítima	Comprovante de residência da vítima	Certidão de óbito
Comprovante de residência da vítima	Laudo do L.M.L. em declaração de incapacidade de L.M.L. acompanhado de Relatório médico qualificando as sequelas.	Laudo cadavérico (caso o óbito não tenha ocorrido na data do acidente)
Termo de Cessão de Direitos	Procuração (caso exista)	Documento comprobatório de(s) beneficiário(s) legal (s)
Nota Fiscal emitida pelo Hospital	Cópia de RG e CPF do procurador (caso exista)	Cópia de RG e CPF de(s) beneficiário(s) legal (s)
Fatura Hospitalar	Comprovante de residência do procurador (caso exista)	Comprovante de residência de beneficiário(s) legal (s)
Recibos Médicos (caso existam)	Relatório de 1º atendimento hospitalar	Procuração (caso exista)
Relatório Médico de 1º Atendimento	Relatórios hospitalares de evolução em internação (relatório médico).	Cópia de RG e CPF do procurador (caso exista)
Relatórios Complementares	OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.	Comprovante de residência do procurador
Seguimentos e Laudos de Exames (caso existam)		
Documentos Comprobatórios da Entidade Hospitalar (ATA, Estatuto, Contrato Social, etc.)		
Documentação de identificação do Representante Legal da Instituição (Hospital)		

Nota: Para cada vítima deverá ser enviado um Aviso de sinistro, mesmo que tenha havido diversas vítimas no mesmo acidente.

Local do Aviso: LAGOAFUF Data: 07/10 Local: Terminca UF PI Data: 14/03/13
 Assinatura do Beneficiário: [Assinatura] Visto do Funcionário: MA



Telefone para contato com a vítima/beneficiário/procurador: (89) 3465.2303 / 199414-3143
9900.399

Evilado do Nascimento

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, WACE S. FRANCISCO DE SAOZAR ^{CRUZ} portador da carteira de identidade nº 27.509.810 e inscrito no CPF/MF sob o nº 329.082.459-19 residente e domiciliado na RUA ANGILO declaro, sob as penas da lei, que a cidade LAGOA DO SÍTIO Estado PIAUÍ está 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:

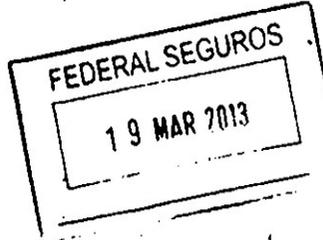
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Wace S. Francisco de SaOzar Cruz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



LAGOA DO SÍTIO - PIAUÍ 16/03/12

Local e data

12 MAR 1952
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

SECRET
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

Source:

Source is a confidential source of information who has provided reliable information in the past and is being provided to you for your information.

Source is a confidential source of information who has provided reliable information in the past and is being provided to you for your information.

- () Source is a confidential source of information who has provided reliable information in the past and is being provided to you for your information.

Name: _____
Address: _____
City: _____
State: _____
Zip: _____

SECRETARÍA DE DEFENSA DE LOS ESTADOS UNIDOS

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE OPERAÇÃO E CADAstro CIVIL DO DANT

MAIORSE RANVEISSE DE SOUZA CRUZ

CANTERA DE IDENTIDADE




BRASIL

INSTITUTO BRASILEIRO DE RECURSOS HUMANOS

Divisão de Registro, Controle e Administração de Pessoal

Emissão

BANCO DO BRASIL

FEDERAL SEGUROS

19 MAR 2013

INSTITUTO DE VALORES

REGISTRADOS DE PESSOAS FISICAIS

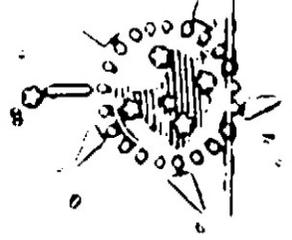
CPTF

Cadastro de Pessoas Fisicas

Numero de Inscrição

Nome

Nascimento



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 27.501.810-6 DATA EMISSÃO 27/MAR/91

MAIORSE RANVEISSE DE SOUZA CRUZ

FRANCISCO DE MARIA BARNABE DA

VERA CRUZ

E HELENA DE SOUSA

NACIONALIDADE VALENÇA DO PIRAUÍ -PI DATA DO NASCIMENTO 05/MAI/1964

SOLTEIRO VALENÇA PI

CC: LV.84 - /FLS.16V /N.000859

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2006



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 329.082.455-15

Nome da Pessoa Física: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:33:41 do dia 18/03/2013 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 3144.CDF6.4F14.830E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





SUS SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional Eustáquio Portela

PRONTO SOCORRO

Nome: <u>Naives Francisco da Souza Cruz</u>		Idade: <u>45a</u>
Endereço: <u>Arifpeo (L. Sítio P.)</u>		
Dados Clínicos: <u>Distreantizado (traum) de</u> <u>ovário em antrite e adeno, trauma</u> <u>Diagnóstico: Síndrome de Antebanco em lesão</u> <u>histeria e tubos, Trauma de Pi</u> <u>sem Prontor de B-matantano 3 proximal, histeria</u> <u>na e selo, e as virulas multas pelo</u> <u>o tipo</u>		
DATA: <u>13, 10, 12</u>		MÉDICO: <u>Dr. [Signature]</u>

FEDERAL REGURUS
13 MAR 2013

DECLARAÇÃO NÃO INTERNADO

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a) **NACES FRANCISCO DE SOUSA CRUZ**, deu entrada no pronto socorro do Hospital Regional Eustáquio Portela de Valença do Piauí, no dia **13/10/2012** vítima de acidente de motocicleta, politraumatizado, com traumatismo de ombro direito com entorse e edema; traumatismo de antebraço esquerdo com lesão, hematoma e edema; traumatismo de pé esquerdo com fratura de 5º metatarso 1/3 proximal, hematoma e edema; e escoriações múltiplas pelo corpo não sendo necessário internação do mesmo.

Conforme laudo em anexo.

Valença do Piauí, 15 de Janeiro de 2013.


Helder Antonio M. de Oliveira
MÉDICO
CRM 5940
Rég. 280.133-72

Nome: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

Requisitante:

Data: 15/10/2012

Nº.: 23519

XAME: RX DO PÉ ESQUERDO (02 INC.)

RELATÓRIO

Textura óssea reduzida.

Fratuira obliqua incompleta do 5º metatarsiano.

- Demais estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

- Entesopatia plantar de calcâneo.

- Aumento de volume das partes moles.

GEORJO DE PAULA BORGES DA NETO

CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - FoneFax (88) 3465-1201 - Valença do Piauí

FEDERAL SEGUROS
19 MAR 2012

Dr. Edson de Sá
 Clínica Geral
 CRM-PI - Nº 26401 - CPF 497.280.133-72
 Consultório: Rua Arlindo Nogueira, 702 - Centro
 Fone: (89) 3465-1353 - Valença do Piauí-PI

RECEITUÁRIO

NOME: Wesley Francisco da Sousa Cruz

Paciente poliatrometizado (Traumatismo do Ombro
 com entorse e edema, Traumatismo de antebraço com lesão, hematoma, edema, Trauma-
 tismo do pé com fratura 5ª metatarsiana, 3 pm,
 ximil, hematoma e edema e esclerose com multi-
 ples placas (ver fotos) e exames de imagem 13/10/12
 e 13/10/2012 - Imobilização do MTE com tala gis-
 sada, e curativos locais.

25/11/2012 - Alta definitiva do T+O
 Paciente apresenta redução da edematização
 do MTE (devido traumatismo - de pé) com fratura
 na 5ª metatarsiana proximal (hematoma e ede-
 ma) no momento da consulta e proximamente
 mente 90%.

Não receitar medicamentos sem receita médica.
 Não receitar medicamentos sem receita médica.
 Não receitar medicamentos sem receita médica.

Valença - 04/01/2013
 W. Cruz
 2543
 MEDCO

DATA: 04/01/2013

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.



Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2013154034

Nome da Vítima: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

Local: LAGOA DO SÍTIO-PI

Data do Acidente: 13/10/2012

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

OMBRO DIREITO E PÉ ESQUERDO.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO, CURSANDO COM LUXAÇÃO DO MESMO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. E TRAUMA EM PÉ ESQUERDO, CURSANDO COM FRATURA DO 5º METATARSO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos Sim Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares Sim Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clinico se pode afirmar que o quadro cursa com:

Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM 25%.

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO EM 50%.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

Sim Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame medico se pode documentar:

Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vitima).

Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar.

Marque o percentual: 10% Residual 25% Leve 50% Médio 75% Grave

2º Lesão

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé.

Marque o percentual: 10% Residual 25% Leve 50% Médio 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame medico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: LUCAS LOPES REGÔ

Registro no CRM: 3932

Local e Data do Exame

TERESINA, 11 DE ABRIL DE 2013.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013154034**Cidade:** Lagoa do Piauí**Natureza:** Invalidez**Vítima:** NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ**Data do acidente:** 13/10/2012**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 3932

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO PÉ ESQUERDO LUXAÇÃO EM OMBRO DIREITO**Descrição do exame médico pericial:** COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO**Resultados terapêuticos:** SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR**Sequelas permanentes:** DANO PARCIAL AOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 11/04/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** LUCAS LOPES REGÔ**UF do CRM do médico:** PI

DANOS

Dano	%	Dimensão	Gradação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	25
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10	1	50

Valor avaliado: 1.518,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013154034**Cidade:** Lagoa do Piauí**Natureza:** Invalidez**Vítima:** NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ**Data do acidente:** 13/10/2012**Emissor do parecer:** Juliana dos S Wanis**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 88043-4

PARECER

Data da análise: 02/04/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** POLITRAUMA**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** CIENTE DE SINISTRO ANTERIOR**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** JULIANA WANIS**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00