

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2017

Carta nº: 10896123

A/C: VERA LUCIA BRAGA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170216545 ASL-0151276/17

Vitima: VERA LUCIA BRAGA

Data Acidente: 06/03/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2017

Carta nº: 11035157

A/C: VERA LUCIA BRAGA

**Sinistro:** 3170216545 ASL-0151276/17  
**Vítima:** VERA LUCIA BRAGA  
**Data Acidente:** 06/03/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2017

Carta nº: 11098255

A/C: VERA LUCIA BRAGA

Sinistro: 3170216545 ASL-0151276/17  
Vítima: VERA LUCIA BRAGA  
Data Acidente: 06/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VERA LUCIA BRAGA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001887

Conta: 0000017924-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = | R\$ | 2.531,25 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2017

Carta nº: 11241202

A/C: VERA LUCIA BRAGA

**Sinistro:** 3170216545 ASL-0151276/17  
**Vítima:** VERA LUCIA BRAGA  
**Data Acidente:** 06/03/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11284071

A/C: VERA LUCIA BRAGA

**Sinistro:** 3170216545 ASL-0151276/17

**Vitima:** VERA LUCIA BRAGA

**Data Acidente:** 06/03/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

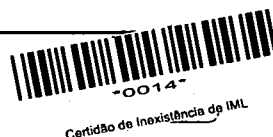
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO



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

EU VERA LUCIA BRAGA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 98010089641 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 19,04,98 E  
CPF 358618353-49 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO DO LAR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VERA LUCIA BRAGA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17924-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fort/CE 26 de 01 de 2017  
LOCAL E DATA

x2 Vera Lúcia Braga  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A  
18 ABR. 2017  
ENTRADA



POUPANÇA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Vera Lucia Braga  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cetama, 38  
Padre Andrade Fortaleza CE CEP: 60360-438  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 98010089641  
Data local do exame: [ 29/05/2017 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FX DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO. ASSIMETRIA ESCAPULAR, DOR ARTICULAR, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTO DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
**( X ) Sim** ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
**( X ) Sim** ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, IMOBILIZADA E LIBERADA. A PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Data da alta: OUTUBRO DE 2016.**  
**QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. ASSIMETRIA ESCAPULAR, DOR ARTICULAR, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTO DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.**  
**Complicações: SEM.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**( X ) Sim** ( ) Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.  
**DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO, PELO BLOQUEIO ARTICULAR DO MESMO.**  
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) "Vítima em tratamento" ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*  
( ) "Exame não permite conclusão"  
*Vide motivo do impedimento no campo das observações*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                          |                                                 |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):                               | Região Corporal (Sequela):                      |
| <b>OMBRO - Direito</b>                                   |                                                 |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve                 | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio <b>( X ) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):                               | Região Corporal (Sequela):                      |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve                 | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo          | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) Total = "100% da IS"
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**SaúdeSEG André de Oliveira Leal**  
**CRM 16566**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

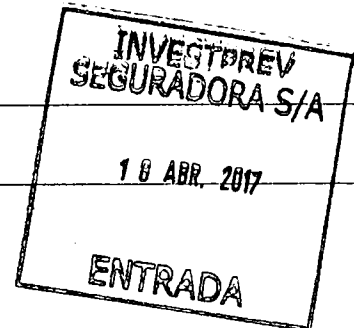


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2459 / 2016

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **14/03/2016 16:30:33**  
Data / Hora da Ocorrência : **06/03/2016 19:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV MISTER HULL**

**ANTONIO BEZERRA FORTALEZA /CE**  
Ponto de Referência: **PROX. AO TERMINAL**



*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **VERA LUCIA BRAGA**  
Nascimento : **07/02/1964**  
RG: **98010089641** Órgão Emissor: **SSPDC** UF: **CE** - CPF:  
Filiação: **NC**  
**CLOTILDE BRAGA DOS SANTOS**

Endereço: **R CETAMA 38 CASA**  
**ANTONIO BEZERRA 60360438**  
**FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **987559857**

*Histórico*

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE AO RETORNAR DO TRABALHO PARA A SUA RESIDENCIA , E AO PASSAR A AV. MISTER HULL DE UM LADO PARA O OUTRO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA.QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; A VITIMA FOI SOCORRIDA POR FAMILIARES E LEVADA PARA O IJF NO CENTRO. QUE A VITIMA ENCONTRA-SE LESIONADA NO OMBRO DIREITO E NÃO PODE ASSINAR E NEM COLOCAR A SUA DIGITAL NO PRESENTE BO E O SEU FILHO MAIOR JOSÉ GABRIEL BRAGA PONTES PRESENTE NESTA ESPECIALIZADA ASSINA O PRESENTE BO PARA FINS DE DPVAT. NADA MAIS DISSE./// OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB;PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL : 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :   
**ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :   
**JOSÉ GABRIEL BRAGA PONTES**

VISTO DO DELEGADO(A) :   
**CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5**

**JAIME ARARIPE**  
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará  
Bel. Jaime de Alencar Araripe Junior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto  
Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secrel.com.br

AUTENTICAÇÃO Nº 089840 - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Fortaleza, 22 de março de 2016.  
Emolumentos: R\$ 2,05. RAIMUNDA BEZERRA DE ALCANTARA - Escrevente. SELO 3-  
662507755-41K2. Válido somente com selo de autenticidade.

DELEGACIA DE ACIDENTES E

Pág. 1 de 1

Assinado em: 14/03/2016 04:43



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

-0004-  
Implantação

Eu, VERA LUCIA BRAGA, portador da carteira de identidade nº 98010089641 e inscrito no CPF/MF sob o nº 358.618.353-49 residente e domiciliado na RUA CETAMA, 38 Cidade FOLHALEIA Estado CE, 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:

( ) 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

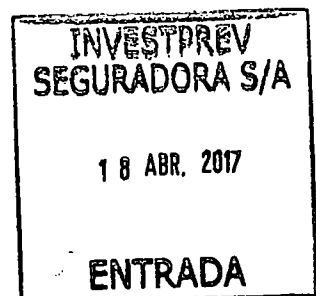
( ☒ ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 §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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x VERA LUCIA BRAGA

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Folhaleia, 26/01/2017

Local e data



**Registro de Atendimento  
Emergencial**

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

|                                                                                                                              |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|
| <b>REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL</b>                                                                                   |                            |                              |                             |                                    |                       | DATA/HORA: 06/03/2016 19:48:03 |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                                                             |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| CNS: 70500305889357                                                                                                          | NOME: VERA LUCIA BRAGA     |                              |                             | Registro: 5431142                  |                       |                                |  |
| CPF: 35861835349                                                                                                             | RS:                        | D. NASC: 07/02/1964          | ESTADO CIVIL:               | SEXO: F                            | RAÇA/COR: Parda       |                                |  |
| NOME DA MÃE: CLOTILDE BRAGA DOS SANTOS                                                                                       |                            |                              | NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO |                                    |                       |                                |  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                                      |                            | ENDEREÇO DO PACIENTE: CETAMA |                             | NP: 38                             | BAIRRO: PADRE ANDRADE |                                |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                                 | TELEFONE CONTATO: 32374084 | MUNICÍPIO: FORTALEZA         |                             | UF: CE                             | CEP: 60360438         |                                |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL</b>                                                                                          |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| NOME: JOSE GABRIEL                                                                                                           |                            | PARENTESCO: FILHO            |                             |                                    | TELEFONE: 32374084    |                                |  |
| <b>ACIDENTE DE TRABALHO</b>                                                                                                  |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| TIPO DE VÍNCULO:                                                                                                             | CBO DO EMPREGADO:          | CNPJ DO EMPREGADOR:          |                             | COSIDO DO CNAER:                   |                       |                                |  |
| <b>ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>                                                                                  |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre. Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| QUEIXAS: Vítima de atropelamento por moto há 1 hora evolui com dor em MSD.                                                   |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| OBSERVAÇÕES:                                                                                                                 |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                         |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública                                                                                            |                            | Escala de Dor: Moderado      |                             | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO |                       | INVESTIREV SEGURADORA S/A      |  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                                |                            |                              |                             |                                    |                       | 18 ABR. 2017                   |  |
| <b>ATENDIMENTO MÉDICO</b>                                                                                                    |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| Anamnese e Exame Físico:                                                                                                     |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |
| <b>ENTRADA</b>                                                                                                               |                            |                              |                             |                                    |                       |                                |  |

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF  
RAE TIRADA  
PELO SISTEMA E-SUS  
DATA 14/03/2016  
MATRICULA 13846  
Jose Urbano da Mota Coelho  
SERVIDOR(A)



**JAIME ARARIPE**  
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Fortaleza - Estado do Ceará  
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto  
Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@cecel.com.br

AUTENTICAÇÃO Nº 089840 - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Fortaleza, 22 de março de 2016.  
Emolumentos: R\$ 2,05. RAIMUNDA BEZERRA DE ALCANTARA - Escrevente - SELO 3-  
ANEXO 7756-4182. Válido somente com selo de autenticidade.

# 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: 31/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VERA LUCIA BRAGA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01887

CONTA: 000000017924-6

---

Nr. da Autenticação 33F7BE5CDAA68968

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, JENIA LUCIA BORGES

RG nº 98010089641, data expedição 14/04/98, Órgão SSP/CE

CPF nº 358.618.353-49, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA CETAMA</u>                   |
| Número                            | <u>38</u>                           |
| Apto / Complemento                | <u>NÃO TEM</u>                      |
| Bairro                            | <u>ANTONIO BEZEMMA</u>              |
| Cidade                            | <u>FORTALEZA</u>                    |
| Estado                            | <u>CE</u>                           |
| CEP                               | <u>60360-438</u>                    |
| Telefone de contato               | <u>(85) 98551-9585 / 99728-4882</u> |
| E-mail                            | <u>NÃO TEM</u>                      |

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A  
18 ABR. 2017  
ENTRADA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fort/CE, 26/01/2017

Assinatura do Declarante: x JENIA LUCIA BORGES

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°** 469704383  
**Data de Emissão** 15/03/2017  
**Rota** 10 01240 38 151400 - 7  
**Nome** ANDRE BRAGA PONTES  
**End. Postal** RU CETAMA 00038  
**ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - 60360438**  
**Medidor** 3789269  
**Posta** 0067 0000  
**Classe** 01-RESIDENCIAL MONOFASICO  
**Fator de Potência** 0,00  
**RG / CPF / CNPJ** 041231603-01  
**CGF**  
**Nome do Responsável**

| DATAS             | Data da Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|--------------------------|
| Mês de Referência |                      |                          |
| Mar/2017          | 15/03/2017           | 13/04/2017               |

| ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO  |          |           |       |        |       |       |
|--------------------------------------|----------|-----------|-------|--------|-------|-------|
| Veja a legenda no verso desta conta. |          |           |       |        |       |       |
| Conjunto                             | PIC1     | BPF 92,41 |       |        |       |       |
| Mês                                  | Jan 2017 |           |       |        |       |       |
| Padrão Individual                    | Mensal   | Trim.     | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC                                  | 4,95     | 9,91      | 19,82 | 4,96   | 0,00  | 0,00  |
| FIC                                  | 3,11     | 6,22      | 12,44 | 2,00   | 0,00  | 0,00  |
| DMIC                                 | 2,77     |           |       | 4,65   |       |       |

| ICMS | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|------|-----------------------|----------|------------------|
|      | 106,37                | 27,00%   | 28,71            |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
 3065.94HE.DES.9EQ2.027F.B784.9921.CFA9

| INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO |                |        |               |             |            | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|--------------------------------------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| Leit. Atual                                | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. |                  |             |
| 35547                                      | 35402          | 1,00   | 145           | 0,00        | 145        |                  | 106,37      |
| 15/03/17                                   | 13/02/17       |        | 53,0146       |             |            |                  | 106,37      |

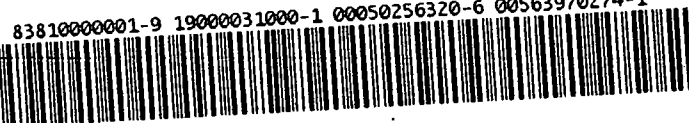
| DESCRIÇÃO                                 | VALOR (R\$) |
|-------------------------------------------|-------------|
| VALOR CONSUMO DO MES                      | 1,90        |
| MULTA MORATORIA REF 02/2017               | 0,79        |
| CORRECAO MONETARIA DO MES                 | 1,35        |
| JUROS DO MES                              | 9,88        |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL              | -1,29       |
| INDENIZACAO MENSAL DMIC                   |             |
| ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,20) |             |

**INVESTPREV**  
**SEGURADORA S/A**  
 18 ABR. 2017  
**ENTRADA**

| <b>22/03/2017</b>                                         | <b>119,00</b>                             |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO                            |                                           |
| Energia .....                                             | 45,47                                     |
| Transmissão .....                                         | 1,13                                      |
| Distribuição .....                                        | 15,84                                     |
| Encargos Setoriais .....                                  | 7,95                                      |
| Tributos (ICMS PIS-COFINS)...                             | 35,98                                     |
| <b>TOTAL .....</b>                                        | <b>106,37</b>                             |
| CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh) |                                           |
| Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  | Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> ) |
| Emitido kg (CO <sub>2</sub> )                             | Compensado kg (CO <sub>2</sub> )          |
| 62,67                                                     | 0,00                                      |

| CONTAS EM ATRASO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Prévio Aviso</p> <p>NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA</p> <p>Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.</p> <p>Consta desta fatura R\$ 7,27 referente a PIS e COFINS.</p> <p>A Bandeira para o mês de março é amarela, com custo de R\$ 2,00 a cada 100 kWh consumidos.</p> <p>Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.</p> | <p><b>DÉBITOS ANTERIORES</b></p> <p>Mês Ant. 02/2017</p> <p>Valor R\$ 108,44</p> <p><b>Total:</b> 108,44</p> |

Nº do Cliente: 5025632-7  
 Data de Emissão: 15/03/2017  
 Nº da Nota Fiscal: 469704383  
 Referência: Mar/2017  
 Total a Pagar (R\$): 119,00  
 Nº de Controle: 0005025632 00056 39702 00



**Registro de Atendimento  
Emergencial**

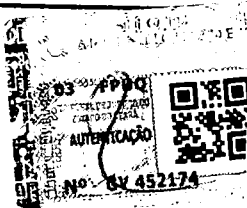


Comprovante de residência.  
Emitido em: 14/03/2016 14:12:15

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                                          |                            |                                                             |                             | DATA/HORA: 06/03/2016 19:48:03 |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                    |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| CNS: 705003058899357                                                                                                         | NOME: VERA LUCIA BRAGA     |                                                             |                             | Registro: 5431142              |                 |
| CPF: 35861835349                                                                                                             | RG:                        | D. NASC: 07/02/1964                                         | ESTADO CIVIL:               | SEXO: F                        | RAÇA/COR: Parda |
| NOME DA MÃE: CLOTILDE BRAGA DOS SANTOS                                                                                       |                            |                                                             | NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO |                                |                 |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                                      |                            | ENDEREÇO DO PACIENTE: CETAMA                                | Nº: 38                      | BAIRRO: PADRE ANDRADE          |                 |
| COMPLEMENTO:                                                                                                                 | TELEFONE CONTATO: 32374084 | MUNICÍPIO: FORTALEZA                                        | UF: CE                      | CEP: 60360438                  |                 |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                                                 |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| NOME: JOSE GABRIEL                                                                                                           |                            | PARENTESCO: FILHO                                           |                             | TELEFONE: 32374084             |                 |
| ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                         |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| TIPO DE VÍNCULO:                                                                                                             | CBO DO EMPREGADO:          | CNPJ DO EMPREGADOR:                                         | COSIDO DO CNAER:            |                                |                 |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                                         |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| QUEIXAS: Vítima de atropelamento por moto há 1 hora evolui com dor em MSD.                                                   |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| OBSERVAÇÕES:                                                                                                                 |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica                                                                                            | Escala de Dor: Moderado    | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: <b>INVENTIVEX SEGURODORA S/A</b> |                             |                                |                 |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                                |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                           |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| Anamnese e Exame Físico:                                                                                                     |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| 18 ABR. 2017                                                                                                                 |                            |                                                             |                             |                                |                 |
| <b>ENTRADA</b>                                                                                                               |                            |                                                             |                             |                                |                 |

**SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF**  
**RAE TIRADA**  
**PELO SISTEMA E-SUS**  
**DATA 14/03/2016**  
**MATRICULA 13846**  
*Jose Urbano da Mota Coelho*  
**SERVIDOR(A)**



**JAIME ARARÍPE**  
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará  
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto  
Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio.secrel.com.br

**AUTENTICAÇÃO Nº 089840** - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Fortaleza, 22 de março de 2016.  
Emolumentos: R\$ 2,05. RAINUNDA BEZERRA DE ALCANTARA - Escrevente. SELO 3-  
448507754-0182. Válido somente com selo de autenticidade.



Prefeitura de  
Fortaleza

37

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

SU

### REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

| DADOS PESSOAIS                                                                                                                                 |                                                                |                                                            |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><b>VERA LUCIA BRAGA</b>                                                                                                    |                                                                | Nº DO PRONTUÁRIO<br><b>44432</b>                           | Nº DO BE<br><b>34547</b>     |
| CADUS                                                                                                                                          | NASCIMENTO<br><b>07/02/1964(52 ANOS)</b>                       | SEXO<br><b>F</b>                                           | RACIA/COR<br><b>PARDO</b>    |
| NOME MAE<br><b>CLOTILDE BRAGA DOS SANTOS</b>                                                                                                   | NOME RESPONSÁVEL<br><b>EU MESMA</b>                            |                                                            |                              |
| ENDEREÇO<br><b>SETAMA 38 ANTONIO BEZERRA</b>                                                                                                   | MUNICÍPIO                                                      | UF<br><b>CE</b>                                            |                              |
| CONTATO<br><b>(85)98650-0966</b>                                                                                                               | CEP<br><b>NI</b>                                               |                                                            |                              |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE                                                                                               |                                                                |                                                            |                              |
| OCORRÊNCIA                                                                                                                                     |                                                                |                                                            |                              |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                                                                         |                                                                |                                                            |                              |
| QUEIXA<br><b>DOR INTENSA</b>                                                                                                                   | MOTIVO<br><b>ACIDENTE DE MOTO</b>                              | ESCALA DE DOR<br><b>99 (ADULTO)</b>                        |                              |
| SINTOMAS<br><b>NI</b>                                                                                                                          |                                                                |                                                            |                              |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                  |                                                                |                                                            |                              |
| PESO<br><b>NI KG</b>                                                                                                                           | PRESSÃO ARTERIAL<br><b>NI/NI</b>                               | SAT O2<br><b>NI%</b>                                       | PULSO<br><b>NI</b>           |
| TEMPERATURA<br><b>NI °C</b>                                                                                                                    | ALERGIAS<br><b>NI</b>                                          | GLICEMIA<br><b>NI</b>                                      |                              |
| CLASSIFICAÇÃO<br><b>VERDE</b>                                                                                                                  | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br><b>MARIA GOMES DE CASTRO</b> | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>08/03/2016 10:04:55</b> |                              |
| ÁREA DE ATENDIMENTO<br><b>ATENDIMENTO TRAUMA</b>                                                                                               |                                                                |                                                            |                              |
| ANAMNESE                                                                                                                                       |                                                                |                                                            |                              |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                             |                                                                |                                                            |                              |
| <p>Fratura tub. m.ion. um. D<br/>(0300060100)</p> <p>Dr. Laureano Antonio de L. L. Costa<br/>CRM 5035 TET 8696<br/>Traumatologia Ortopedia</p> |                                                                |                                                            |                              |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                    |                                                                | COD. PROCEDIMENTO                                          | CID                          |
| SOLICITADO:<br>( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS                                                              |                                                                |                                                            |                              |
| MEDICAMENTO                                                                                                                                    |                                                                | PRESCRIÇÃO MÉDICA<br>APRAZAMENTO                           | OBSERVAÇÕES                  |
| Rx ombro D AP.                                                                                                                                 |                                                                |                                                            | INVESTPREV<br>SEGURADORA S/A |
|                                                                                                                                                |                                                                |                                                            | 18 ABR. 2017                 |
|                                                                                                                                                |                                                                |                                                            | ENTRADA                      |
| TIPO DE ALTA/SAÍDA                                                                                                                             |                                                                |                                                            |                              |
| ALTA/SAÍDA:<br>( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS           |                                                                |                                                            |                              |
| DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL                                                                                          |                                                                |                                                            |                              |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO                                                                                                                     |                                                                | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA                |                              |

Impresso por MARIA GOMES DE CASTRO em 08/03/2016 às 10:04:59

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Vera Lucía Braga  
VERA LUCIA BRAGA

Prefeitura de  
Fortaleza  
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA  
FROTHA ANTÔNIO BEZERRA  
Mirlania Menezes Marques Soares  
Mat. 45300-01  
Coordenadora SAME - HDEAM  
CONFERE COM ORIGINAL

24x30



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura  
Frotinha de Antônio Bezerra



## RECEITA

ATESTADO

Atesto pl clmido Jim  
que Vene Lucie Braga  
ti por mim exame de  
juntos portador de sequelas  
Fratura tub maior unguem D  
há ± 08 MESES. PERMANECE  
com dor medial crônica +  
limitadas movimentos ombro  
+ mão D. Solicito 60 dias  
LTS pl tratamento clínico  
(MED + FISIOT)

CID: S.42.2

Dr. Laureano Antonio de Lóia Costa  
CRM 5035 TEOT 8686  
Traumato Ortoped

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.  
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MEDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885197/0010-35

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

18 ABR. 2017

ENTRADA



## RECEITA

### ATESTADO

Atesto plácido que  
que Vra Lucia Braga foi  
por mim examinada,  
trabalho físico vítima de  
atropelamento por carro em  
via pública há ± 01 ANO  
resultando em fratura  
ombro D + CONTUSÃO penha D  
no momento com sequelas  
a nível de ombro D + penha D  
(dor residual crônica +  
limitação movimentos)

CID: S.60.8  
S.42.2

Dr. Laureano Antonio de Lencastre Costa  
CRM 5935 - FOT 8686  
Traumatologia Ortopedia

21  
—  
02  
—  
77

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.  
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

INVESTPREV  
SEGURODORA S/A

18 ABR. 2017

ENTRADA



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura  
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de  
Fortaleza

## RECEITA

p/ Vene Incie Brage

Solicito:

Finortyne / ombro D  
mas D

10/abril/17

MO: Fratura 1/3 prox  
ombro D

Dr. Laureno Antonio de Lencio Costa  
CRM 5035 TEOT 8686  
Traumato Onc, etc

18  
10  
16

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS  
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885197/0010-35

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

18 ABR. 2017

ENTRADA



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura  
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de  
**Fortaleza**

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

29 JUN. 2017

ENTRADA

RECEITA



"0006"

Imatriculação

ATESTADO

Atesto pl. de lesão do fêmur  
que vi no Sr. Bráze foi  
por mim examinada, sendo  
portadora de JOVELA Fratura  
do osso D + contusão punho D  
há  $\pm$  15 MESES. PERMANECE  
com dor residual crônica +  
limitações movimentos osso D  
+ mão D por prazo indeterminado  
firmado

CID: S.42.2  
S.60.8  
M.25.5

Dr. Laureano Antonio de Lencastre Costa  
CRM 5035 - FOT 8686  
Traumatologista

06.06.17

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.  
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885.197/0010-35

UNIDADE DO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 78010089641 DATA 14/4/1998

NOME VERA LUCIA BRAGA

FILIAÇÃO D E CLOTILDE BRAGA DOS SANTOS

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 7/2/1964

DOC ORIGIN CERT NASC 10267 L 10 F

28 ANT BEZERRA FORT CE

CPF

ASSINATURA DO DOCTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



Documentação médica Hospitalar

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA DA DEFESA NACIONAL

SECRETARIA DE DEFESA NACIONAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VERA LUCIA BRAGA

INVESTPREV  
SEGURODORA S/A

08 MAIO 2017

ENTRADA

SINISTRO: 3170216545



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

\* Comprovante de Situação Cadastral no CPF \*

Nº do CPF: **358.618.353-49**

Nome da Pessoa Física: **VERA LUCIA BRAGA**

Data de Nascimento: **07/02/1964**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

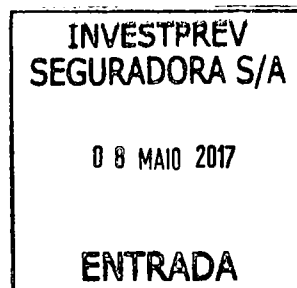
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:23:49** do dia **03/05/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **E7CD.5802.5106.0BAE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

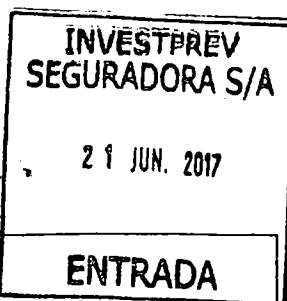


Fortaleza, 05 de junho de 2017.

SEGURADORA LIDER - Administradora dos Consórcios do Seguro DPVAT



**REANALISE DE PROCESSO/DPVAT**



|                                       |                               |                         |                   |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------|
| Nome do Segurado:<br>VERA LUCIA BRAGA |                               | SINISTRO:<br>3170216545 |                   |
| CPF nº:<br>358.618.353-49             | Residência:<br>RUA CETAMA, 38 |                         |                   |
| Bairro:<br>PADR ANDRADE               | Cidade<br>FORTALEZA           | UF:<br>CE               | CEP:<br>60025-001 |

Venho através desta, requerer aos senhores a REANALISE DO PROCESSO do Seguro DPVAT.

A referida solicitação se faz pelo fato de NÃO CONCORDAR com o valor da minha indenização do Seguro Dpvat (2.531,25) Tive grave fratura no ombro direito, perdi parte dos meus movimentos. Depois de tanto sofrimento após o acidente, acabo sendo alvo de desinteresse por parte da perícia médica. Em função disso é que solicito que seja realizado uma nova perícia médica do DPVAT, para correta avaliação da existência e aferição do grau ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 8194/74.

Segue anexo nova documentação médica para análise e aferição do que estou relatando

Sem mais, agradeço.

(assinatura)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170216545 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VERA LUCIA BRAGA **Data do acidente:** 06/03/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/05/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de úmero direito

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170216545

**Cidade:** Fortaleza

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VERA LUCIA BRAGA

**Data do acidente:** 06/03/2016

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE  
SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DE ROTAÇÃO INTERNA, ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO, HIPOTROFIA MUSCULAR, ASSIMETRIA ESCAPULAR.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/07/2017

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO.

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170216545

**Cidade:** Fortaleza

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VERA LUCIA BRAGA

**Data do acidente:** 06/03/2016

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE  
SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** ASSIMETRIA ESCAPULAR, DOR ARTICULAR, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTO DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. A PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/05/2017

**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<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                            | Em grau intenso - 75 %                                        | 18,75%    | R\$ 2.531,25             |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 18,75 %   | R\$ 2.531,25             |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

