

**Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau****Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01595055-7** em **03/12/2020 10:52:17**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua

Processo : 0122481-90.2018.8.06.0001

Protocolo : WEB1.20.01595055-7

Tipo da petição : Contestação

Assunto principal : Seguro

Data/Hora : 03/12/2020 10:52:17

Partes

Solicitante : Bradesco Auto/re Cia de Seguros

Documentos Protocolados Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2694778_CONTESTACAO_03 - 1-10.pdf

Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Documentação : 2694778_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-26.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição

Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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.

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.

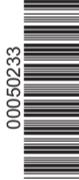
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 11098255

A/C: VERA LUCIA BRAGA

Sinistro: 3170216545 ASL-0151276/17
Vitima: 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%

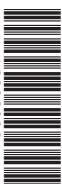
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, Verla Lucia Praga

PORTADOR(A) DO RG Nº 98010089641

EXPEDIDO POR SSP/ce

EM 19/04/98 E

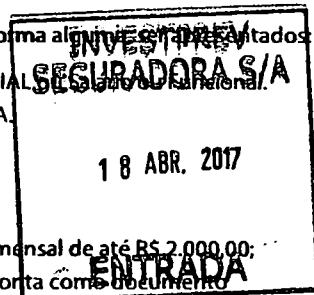
CPF 358618353-49 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO DO LAR

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Verla Lucia Praga, 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 revogar-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ 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

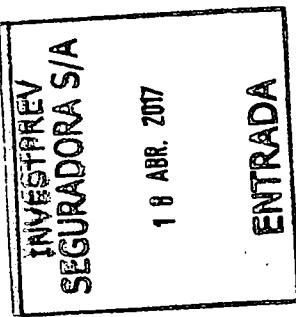
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fort/ce 26 de 01 de 2017
LOCAL E DATA

x2 Verla Lucia Praga
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.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



POUPANÇA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): 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 suscetível 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"

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)

"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):

OMBRO - Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

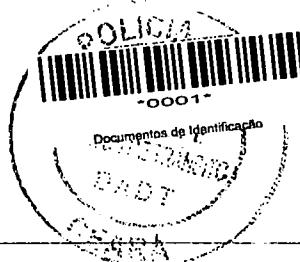
Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


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 N° 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

INVESTIGA
SEGURADORA S/A

18 ABR. 2017

ENTRADA

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 :

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

JAIME ARARIPE
Serviço Registrad

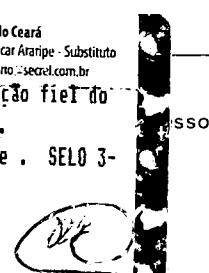
Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secrel.com.br

DELEGACIA DE ACIDENTES E

AUTENTICAÇÃO N° 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-
MAIS 07755-4142. Válido somente com selo de autenticidade.

Pág. 1 de 1

Assinado em: 14/03/2016 04:43



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



-0004-

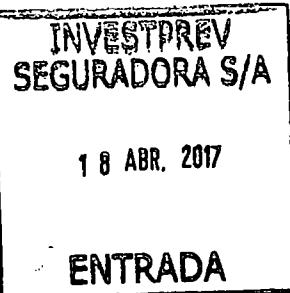
Implantação

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 FORTALEZA, 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.



Vera Lucia Braga

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza, 26/01/2017

Local e data



Prefeitura de
Fortaleza

- ATO DECLARATÓRIO -

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Autorização de cidadão
Emitido em: 14/03/2016 14:12:15

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

Registro de Atendimento
Emergencial

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:				INVESTIGREV SEGURADORA S/A	
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala da Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO	18 ABR. 2017		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese e Exame Físico: ENTRADA					

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



JAI'MÉ ARARIPE
Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Araripe Bezerra - Estado de Ceará
Bel. Jâne de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Míster Hull, 4965 - CEP 60156-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secel.com.br
AUTENTICAÇÃO Nº 089840 - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do
original que se foi apresentado. Fortaleza, 22 de março de 2016,
Emolumentos: R\$ 2,05. RAIMUNDA BEZERRA DE ALCANTARA - Escrevente - SÉLO 3-
AN507754-4182. Valido somente com o 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



0015
Comprovação de ato declaratório

Eu, Jéssica Bona GA

RG nº 93010089641, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CETAMA</u>
Número	<u>38</u>
Apto / Complemento	<u>NÃO TEM</u>
Bairro	<u>ANTONIO BEZERRA</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>



Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: x Jéssica Bona

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 469704383

Rota 10 01240 38 151400 - 7

Data de Emissão 15/03/2017

Nome ANDRE BRAGA PONTES

End. Postal RU CETAMA 00038

ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - 60360438

Medidor 3789269

Posto 0067 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 041231603-01

CGF

Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

VICI

Mês

Jan 2017

EUS 53,41

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
106,37	27,00%	28,71

Padrão Individual		Apuração Individual				
Mensal	Trim.	Anual	Mensal			
DIC	4,95	9,91	19,82	4,95	0,60	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	2,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			4,65		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3065.94-E, DESC.9E02.027F.B784.9921.CFA8

Lcit. Atual	Lcit. Anterior	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
35547	35402	1.00	145	0,00	1,35	145
15/03/17	13/02/17	53 DIAS				186,37

VALOR (R\$)

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	106,37
MULTA MORATORIA REF 02/2017	1,90
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,79
JUROS DO MES	1,35
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,88
INDENIZACAO MENSAL DMIC	1,29
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,20)	

INVESTIPREV
SEGURADORA S/A

18 ABR. 2017

ENTRADA

22/03/2017 119,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	45,47
Transmissão	1,13
Distribuição	15,84
Encargos Setoriais	7,35
Tributos ((IHS PIS-COFINS))...	35,98
TOTAL	106,37

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

Mês	Ano	Consumo (kWh)	Mês	Ano	Consumo (kWh)	Mês	Ano	Consumo (kWh)
139	145	133	149	129	132	129	149	134
136	153	147						

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica%CO₂

62,67 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles contáis(s) 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 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO
AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento
do débito, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mes	Ano	Valor R\$
02/2017		106,37

Total: 106,37

Consta dessa fatura R\$ 7,27 referente a PIS e COFINS.
Consta dessa fatura R\$ 7,27 referente a PIS e COFINS.
A Bandeira para o mês de março é amarela, com custo de R\$ 2,00 a cada 100 kWh consumidos.
Mais informações em WWW.ANEEL.GOV.BR.

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

83810000001-9 19000031000-1 00050256320-6 00563970274-1



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Comprovante de residência.

Emitido em: 14/03/2016 14:12:15

Registro de Atendimento
Emergencial

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: 1	INVESTIGADOR: SEGUROADORA S/A
-----------------------------------	-------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:	
-------------------------------	--

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese e Exame Físico:	18 ABR. 2017
--------------------------	--------------

ENTRADA

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



JAIME ARARIPE
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.sccr@secred.com.br

AUTENTICAÇÃO N° 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 - Escrivente. SELO 3-
44507736-0102. Valide somente com selo de autenticidade.

37

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE VERA LUCIA BRAGA		Nº DO PRONTUÁRIO 44432	Nº DO BE 34547
CADUS	NASCIMENTO 07/02/1964(52 ANOS)	SEXO F	RACACOR PARDO
NOME MAE CLOTILDE BRAGA DOS SANTOS	NOME RESPONSÁVEL EU MESMA		
ENDERECO SETAMA 38 ANTONIO BEZERRA	MUNICÍPIO	UF CE	
CONTATO (85)98650-0966	CEP NI		

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

QUEIXA DOR INTENSA	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI			
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA GOMES DE CASTRO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 08/03/2016 10:04:55		
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA	ÁREA ATENDIMENTO			

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura tub. maior umas 2
(030/060100)

Dr. Lauro Antonio de Loiola Co:
CRM 5035 IEOT 8696
Traumatologo Ortopedia

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
SAD/SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X		() OUTROS
MÉDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
AN Ombro D AP		INVESTIGAÇÕES SEGURADORA S/A
		18 ABR. 2017
		ENTRADA
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL	TIPO DE ALTA/SAÍDA	
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 Lúcia Braga
VERA LUCIA BRAGA

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTAHNA ANTONIO BEZERRA
Mirlania Menezes Marques Soárez
Mat. 45300-01
Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

2016/3/08

RECEITA

ATESTADO

Asistió p/ almidón junc
que viene hacia Boga
y se pone más laxa y de
seca postura de sequedad
Fractura tub. radiojunto D
há + 08 MESES. PERMANECE
con dolor residual crónico +
limitado movimiento del brazo
y mano D. Solicita 60 días
LTS p/ tratamiento clínico
(MED + fisioterapéutico) 18

C₁₈: 5.42.2

D. Laureno Antonio de Llona Cosia
CRM 5035 TEOT 8688
Traumato Ortopedie

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

18 ABR. 2017

ENTRADA

**QUANDO RETORNAR AO MÉDICO 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

RECEITA

ATESTADO

A testo p/ atestado fico
que Vaca Lucia Braga foi
por mim examinada,
finals dias vítima de
atropelamento por moto em
veia pública de ± 01 ANO
relatando em fratura
ombro D + contusão pulmão D
no momento com sequelas
a nível de ombro D + pulmão D
(dor residual crônica +
limbação movimento)

CID: S-60.8
S-42.2

Dr. Laurencio Antônio de Loula Costa
CRM 5835 - TEOF 8686
Traumatologista

21
—
02
—
07

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO 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

**INVESTIPREV
SEGURADORA S/A**

18 ABR. 2017

ENTRADA



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

Preferência de
Fortaleza

RECEITA

p/ Vere Inici Braga

Solicita:

INVESTIPREV
SEGURADORA S/A

18 ABR. 2017

ENTRADA

Fractura ombro naso

10/04/17) 11:

DO: Fratura 1/3 PNX
cervos 18

D. Laureno Antonio de Lcioia Costa
CRM 5035 TEF 8686
Traumatologista

10
16

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO 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 - 42.85197/0010-35

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



INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 JUN. 2017

ENTRADA

RECEITA



-0006-

Implantada

A TESTADO

A testado p/ alien do jin
que veio bixa Braga foi
por mim examinado, sendo
portador de JEVELA Fractura
dorsos D + contusão pulso D
há + 15 MESES. PERMANECE
com dor residual crônica +
limitado movimento ombro D
+ mao D por prazo indet.
firmado

CID: S.42.2

S.60.8

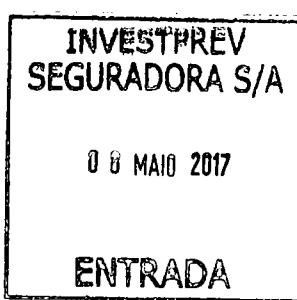
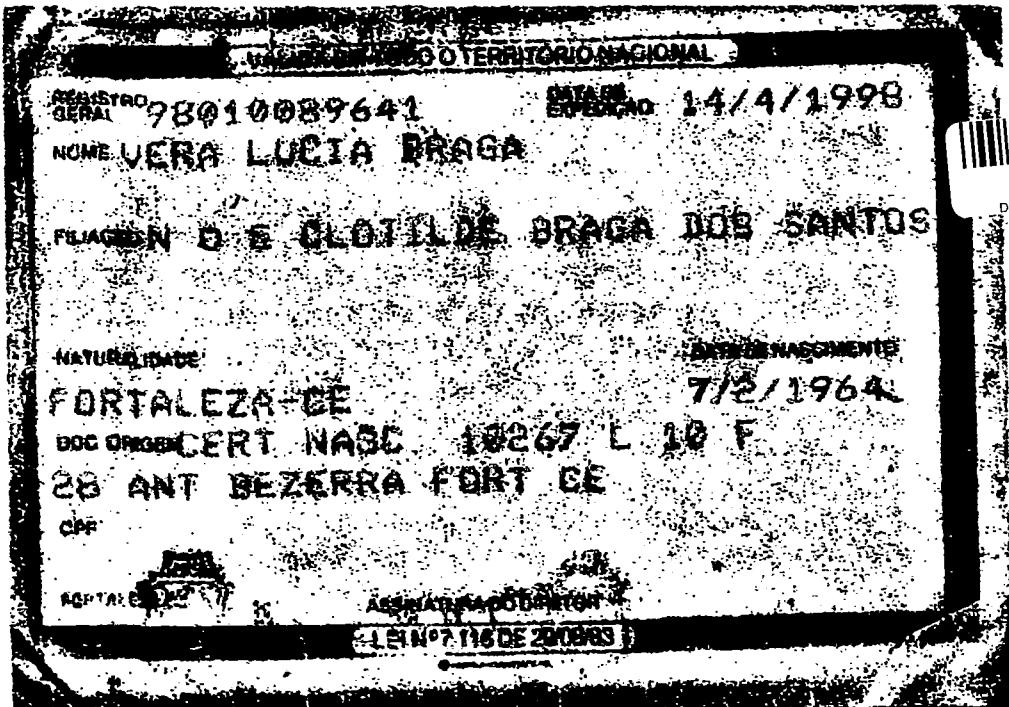
M.25.5

Dr. Lauro Antonio de Lóiola Costa
CRM 5935 TEC 8686
Traumato Ortopedia

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



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**

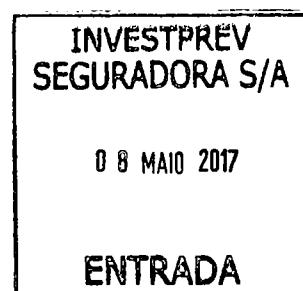
Dígito Verificador: **00**

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 DÉ PRÓCESSO/DPVAT

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

21 JUN. 2017

Nome do Segurado: VERA LUCIA BRAGA		SINISTRO: 3170216545	ENTRADA
CPF nº: 358.618.353-49	Residência: RUA CETAMA, 38		
Bairro: PADR ANDRADE	Cidade FORTALEZA	UF: CE	CEP: 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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vera Lucia Braga'.

(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
Vítima: VERA LUCIA BRAGA

Cidade: Fortaleza
Data do acidente: 06/03/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE
SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

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

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

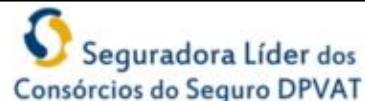
CRM do médico: 17727

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 ASSIMETRIA ESCAPULAR, DOR ARTICULAR, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTO DE **médico pericial:** 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 (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 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: