



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](#)

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 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.

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 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.

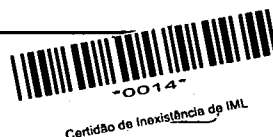
Atenciosamente,

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), 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 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 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 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): |
| OMBRO - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (X) 75% intensa () 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

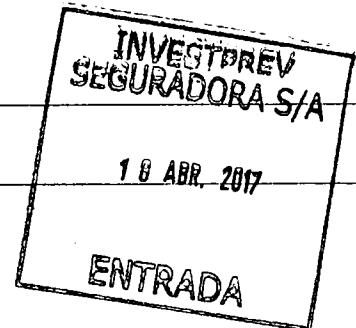


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2459 / 2016

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

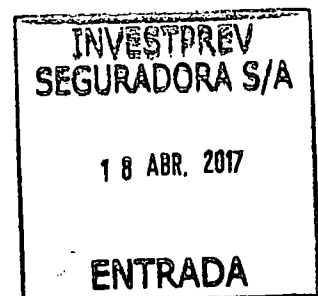
(☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 06/03/2016 19:48:03	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
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		
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 Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:		AMARELO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese e Exame Físico:							
ENTRADA							

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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CETAMA</u>
Número	<u>38</u>
Apto / Complemento	<u>NÃO TEM</u>
Bairro	<u>ANTONIO BEZEMBA</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

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

**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: INVENTIVEX SEGURODORA S/A			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese e Exame Físico:					
18 ABR. 2017					
ENTRADA					

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.sect.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 VERA LUCIA BRAGA		Nº DO PRONTUÁRIO 44432	Nº DO BE 34547
CADUS	NASCIMENTO 07/02/1964(52 ANOS)	SEXO F	RACIA/COR PARDO
NOME MAE CLOTILDE BRAGA DOS SANTOS	NOME RESPONSÁVEL EU MESMA		
ENDEREÇO SETAMA 38 ANTONIO BEZERRA	MUNICÍPIO	UF CE	
CONTATO (85)98650-0966	CEP NI		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA DOR INTENSA	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI			
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA 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			
ANAMNESE			
ATENDIMENTO MÉDICO			
<p>Fratura tub. mion. um. D (0300060100)</p> <p>Dr. Laureno Antonio de Lodi Co. CRM 5035 TET 8696 Traumatologia Ortopedia</p>			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	CID
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS			
MEDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
Rx ombro D AP.			INVESTPREV SEGURADORA S/A
			18 ABR. 2017
			ENTRADA
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: () 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



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

ATESTADO

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

CID: S.42.2

Dr. Laureano Antonio de Lóiola Costa
CRM 5035 TEOT 8686
Traumato Ortopedista

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 Lencina 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

Solicita:

Finortyne / ombro D
mas D

10/abr/2017

MO: Fratura 1/3 prox
ombro D

Dr. Laureno Antonio de Lencio Costa
CRM 5035 IEOT 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 m. do f. m.
que Vire Lucia Braga foi
por mim examinada, sendo
portadora de JOVELA Fratura
Ombro D + Contus. punho D
há \pm 15 MESES. PERMANECE
com dor residual crônica +
limitat. movimentos ombro 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 - RFO 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

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 ORIGEM 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

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

V. 1

V. 2

V. 3

V. 4

V. 5

V. 6

V. 7

V. 8

V. 9

V. 10

V. 11

V. 12

V. 13

V. 14

V. 15

V. 16

V. 17

V. 18

V. 19

V. 20

V. 21

V. 22

V. 23

V. 24

V. 25

V. 26

V. 27

V. 28

V. 29

V. 30

V. 31

V. 32

V. 33

V. 34

V. 35

V. 36

V. 37

V. 38

V. 39

V. 40

V. 41

V. 42

V. 43

V. 44

V. 45

V. 46

V. 47

V. 48

V. 49

V. 50

V. 51

V. 52

V. 53

V. 54

V. 55

V. 56

V. 57

V. 58

V. 59

V. 60

V. 61

V. 62

V. 63

V. 64

V. 65

V. 66

V. 67

V. 68

V. 69

V. 70

V. 71

V. 72

V. 73

V. 74

V. 75

V. 76

V. 77

V. 78

V. 79

V. 80

V. 81

V. 82

V. 83

V. 84

V. 85

V. 86

V. 87

V. 88

V. 89

V. 90

V. 91

V. 92

V. 93

V. 94

V. 95

V. 96

V. 97

V. 98

V. 99

V. 100

V. 101

V. 102

V. 103

V. 104

V. 105

V. 106

V. 107

V. 108

V. 109

V. 110

V. 111

V. 112

V. 113

V. 114

V. 115

V. 116

V. 117

V. 118

V. 119

V. 120

V. 121

V. 122

V. 123

V. 124

V. 125

V. 126

V. 127

V. 128

V. 129

V. 130

V. 131

V. 132

V. 133

V. 134

V. 135

V. 136

V. 137

V. 138

V. 139

V. 140

V. 141

V. 142

V. 143

V. 144

V. 145

V. 146

V. 147

V. 148

V. 149

V. 150

V. 151

V. 152

V. 153

V. 154

V. 155

V. 156

V. 157

V. 158

V. 159

V. 160

V. 161

V. 162

V. 163

V. 164

V. 165

V. 166

V. 167

V. 168

V. 169

V. 170

V. 171

V. 172

V. 173

V. 174

V. 175

V. 176

V. 177

V. 178

V. 179

V. 180

V. 181

V. 182

V. 183

V. 184

V. 185

V. 186

V. 187

V. 188

V. 189

V. 190

V. 191

V. 192

V. 193

V. 194

V. 195

V. 196

V. 197

V. 198

V. 199

V. 200

V. 201

V. 202

V. 203

V. 204

V. 205

V. 206

V. 207

V. 208

V. 209

V. 210

V. 211

V. 212

V. 213

V. 214

V. 215

V. 216

V. 217

V. 218

V. 219

V. 220

V. 221

V. 222

V. 223

V. 224

V. 225

V. 226

V. 227

V. 228

V. 229

V. 230

V. 231

V. 232

V. 233

V. 234

V. 235

V. 236

V. 237

V. 238

V. 239

V. 240

V. 241

V. 242

V. 243

V. 244

V. 245

V. 246

V. 247

V. 248

V. 249

V. 250

V. 251

V. 252

V. 253

V. 254

V. 255

V. 256

V. 257

V. 258

V. 259

V. 260

V. 261

V. 262

V. 263

V. 264

V. 265

V. 266

V. 267

V. 268

V. 269

V. 270

V. 271

V. 272

V. 273

V. 274

V. 275

V. 276

V. 277

V. 278

V. 279

V. 280

V. 281

V. 282

V. 283

V. 284

V. 285

V. 286

V. 287

V. 288

V. 289

V. 290

V. 291

V. 292

V. 293

V. 294

V. 295

V. 296

V. 297

V. 298

V. 299

V. 300

V. 301

V. 302

V. 303

V. 304

V. 305

V. 306

V. 307

V. 308

V. 309

V. 310

V. 311

V. 312

V. 313

V. 314

V. 315

V. 316

V. 317

V. 318

V. 319

V. 320

V. 321

V. 322

V. 323

V. 324

V. 325

V. 326

V. 327

V. 328

V. 329

V. 330

V. 331

V. 332

V. 333

V. 334

V. 335

V. 336

V. 337

V. 338

V. 339

V. 340

V. 341

V. 342

V. 343

V. 344

V. 345

V. 346

V. 347

V. 348

V. 349

V. 350

V. 351

V. 352

V. 353

V. 354

V. 355

V. 356

V. 357

V. 358

V. 359

V. 360

V. 361

V. 362

V. 363

V. 364

V. 365

V. 366

V. 367

V. 368

V. 369

V. 370

V. 371

V. 372

V. 373

V. 374

V. 375

V. 376

V. 377

V. 378

V. 379

V. 380

V. 381

V. 382

V. 383

V. 384

V. 385

V. 386

V. 387

V. 388

V. 389

V. 390

V. 391

V. 392

V. 393

V. 394

V. 395

V. 396

V. 397

V. 398

V. 399

V. 400

V. 401

V. 402

V. 403

V. 404

V. 405

V. 406

V. 407

V. 408

V. 409

V. 410

V. 411

V. 412

V. 413

V. 414

V. 415

V. 416

V. 417

V. 418

V. 419

V. 420

V. 421

V. 422

V. 423

V. 424

V. 425

V. 426

V. 427

V. 428

V. 429

V. 430

V. 431

V. 432

V. 433

V. 434

V. 435

V. 436

V. 437

V. 438

V. 439

V. 440

V. 441

V. 442

V. 443

V. 444

V. 445

V. 446

V. 447

V. 448

V. 449

V. 450

V. 451

V. 452

V. 453

V. 454

V. 455

V. 456

V. 457

V. 458

V. 459

V. 460

V. 461

V. 462

V. 463

V. 464

V. 465

V. 466

V. 467

V. 468

V. 469

V. 470

V. 471

V. 472

V. 473

V. 474

V. 475

V. 476

V. 477

V. 478

V. 479

V. 480

V. 481

V. 482

V. 483

V. 484

V. 485

V. 486

V. 487

V. 488

V. 489

V. 490

V. 491

V. 492

V. 493

V. 494

V. 495

V. 496

V. 497

V. 498

V. 499

V. 500

V. 501

V. 502

V. 503

V. 504

V. 505

V. 506

V. 507

V. 508

V. 509

V. 510

V. 511

V. 512

V. 513

V. 514

V. 515

V. 516

V. 517

V. 518

V. 519

V. 520

V. 521

V. 522

V. 523

V. 524

V. 525

V. 526

V. 527

V. 528

V. 529

V. 530

V. 531

V. 532

V. 533

V. 534

V. 535

V. 536

V. 537

V. 538

V. 539

V. 540

V. 541

V. 542

V. 543

V. 544

V. 545

V. 546

V. 547

V. 548

V. 549

V. 550

V. 551

V. 552

V. 553

V. 554

V. 555

V. 556

V. 557

V. 558

V. 559

V. 560

V. 561

V. 562

V. 563

V. 564

V. 565

V. 566

V. 567

V. 568

V. 569

V. 570

V. 571

V. 572

V. 573

V. 574

V. 575

V. 576

V. 577

V. 578

V. 579

V. 580

V. 581

V. 582

V. 583

V. 584

V. 585

V. 586

V. 587

V. 588

V. 589

V. 590

V. 591

V. 592

V. 593

V. 594

V. 595

V. 596

V. 597

V. 598

V. 599

V. 600

V. 601

V. 602

V. 603

V. 604

V. 605

V. 606

V. 607

V. 608

V. 609

V. 610

V. 611

V. 612

V. 613

V. 614

V. 615

V. 616

V. 617

V. 618

V. 619

V. 620

V. 621

V. 622

V. 623

V. 624

V. 625

V. 626

V. 627

V. 628

V. 629

V. 630

V. 631

V. 632

V. 633

V. 634

V. 635

V. 636

V. 637

V. 638

V. 639

V. 640

V. 641

V. 642

V. 643

V. 644

V. 645

V. 646

V. 647

V. 648

V. 649

V. 650

V. 651

V. 652

V. 653

V. 654

V. 655

V. 656

V. 657

V. 658

V. 659

V. 660

V. 661

V. 662

V. 663

V. 664

V. 665

V. 666

V. 667

V. 668

V. 669

V. 670

V. 671

V. 672

V. 673

V. 674

V. 675

V. 676

V. 677

V. 678

V. 679

V. 680

V. 681

V. 682

V. 683

V. 684

V. 685

V. 686

V. 687

V. 688

V. 689

V. 690

V. 691

V. 692

V. 693

V. 694

V. 695

V. 696

V. 697

V. 698

V. 699

V. 700

V. 701

V. 702

V. 703

V. 704

V. 705

V. 706

V. 707

V. 708

V. 709

V. 710

V. 711

V. 712

V. 713

V. 714

V. 715

V. 716

V. 717

V. 718

V. 719

V. 720

V. 721

V. 722

V. 723

V. 724

V. 725

V. 726

V. 727

V. 728

V. 729

V. 730

V. 731

V. 732

V. 733

V. 734

V. 735

V. 736

V. 737

V. 738

V. 739

V. 740

V. 741

V. 742

V. 743

V. 744

V. 745

V. 746

V. 747

V. 748

V. 749

V. 750

V. 751

V. 752

V. 753

V. 754

V. 755

V. 756

V. 757

V. 758

V. 759

V. 760

V. 761

V. 762

V. 763

V. 764

V. 765

V. 766

V. 767

V. 768

V. 769

V. 770

V. 771

V. 772

V. 773

V. 774

V. 775

V. 776

V. 777

V. 778

V. 779

V. 780

V. 781

V. 782

V. 783

V. 784

V. 785

V. 786

V. 787

V. 788

V. 789

V. 790

V. 791

V. 792

V. 793

V. 794

V. 795

V. 796

V. 797

V. 798

V. 799

V. 800

V. 801

V. 802

V. 803

V. 804

V. 805

V. 806

V. 807

V. 808

V. 809

V. 810

V. 811

V. 812

V. 813

V. 814

V. 815

V. 816

V. 817

V. 818

V. 819

V. 820

V. 821

V. 822

V. 823

V. 824

V. 825

V. 826

V. 827

V. 828

V. 829

V. 830

V. 831

V. 832

V. 833

V. 834

V. 835

V. 836

V. 837

V. 838

V. 839

V. 840

V. 841

V. 842

V. 843

V. 844

V. 845

V. 846

V. 847

V. 848

V. 849

V. 850

V. 851

V. 852

V. 853

V. 854

V. 855

V. 856

V. 857

V. 858

V. 859

V. 860

V. 861

V. 862

V. 863

V. 864

V. 865

V. 866

V. 867

V. 868

V. 869

V. 870

V. 871

V. 872

V. 873

V. 874

V. 875

V. 876

V. 877

V. 878

V. 879

V. 880

V. 881

V. 882

V. 883

V. 884

V. 885

V. 886

V. 887

V. 888

V. 889

V. 890

V. 891

V. 892

V. 893

V. 894

V. 895

V. 896

V. 897

V. 898

V. 899

V. 900

V. 901

V. 902

V. 903

V. 904

V. 905

V. 906

V. 907

V. 908

V. 909

V. 910

V. 911

V. 912

V. 913

V. 914

V. 915

V. 916

V. 917

V. 918

V. 919

V. 920

V. 921

V. 922

V. 923

V. 924

V. 925

V. 926

V. 927

V. 928

V. 929

V. 930

V. 931

V. 932

V. 933

V. 934

V. 935

V. 936

V. 937

V. 938

V. 939

V. 940

V. 941

V. 942

V. 943

V. 944

V. 945

V. 946

V. 947

V. 948

V. 949

V. 950

V. 951

V. 952

V. 953

V. 954

V. 955

V. 956

V. 957

V. 958

V. 959

V. 960

V. 961

V. 962

V. 963

V. 964

V. 965

V. 966

V. 967

V. 968

V. 969

V. 970

V. 971

V. 972

V. 973

V. 974

V. 975

V. 976

V. 977

V. 978

V. 979

V. 980

V. 981

V. 982

V. 983

V. 984

V. 985

V. 986

V. 987

V. 988

V. 989

V. 990

V. 991

V. 992

V. 993

V. 994

V. 995

V. 996

V. 997

V. 998

V. 999

V. 1000

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**

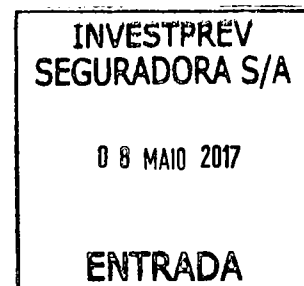
Digito Verificador: **00**

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.)

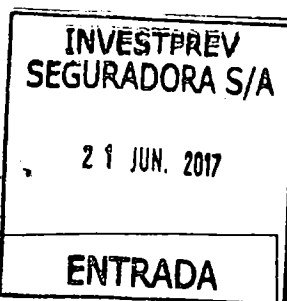


Fortaleza, 05 de junho de 2017.

SEGURADORA LIDER - Administradora dos Consórcios do Seguro DPVAT



REANALISE DE PROCESSO/DPVAT



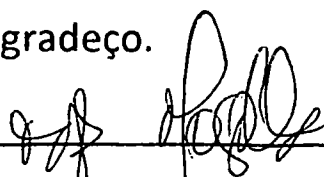
Nome do Segurado: VERA LUCIA BRAGA		SINISTRO: 3170216545	
CPF nº: 358.618.353-49	Residência: RUA CETAMA, 38		
Bairro: PADR ANDRADE	Cidade FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60025-001

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.



(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 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 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 (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:

