

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180475396

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Data do acidente: 21/03/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo e contusão no segmento cervical da coluna vertebral.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do punho esquerdo, apresenta limitação da capacidade de flexão aos 60°, extensão aos 55°, prejudicando a amplitude de movimento do segmento. Apresenta trofismo mantido em membro superior, sem prejuízo de força motora, bem como manutenção de força de preensão palmar em grau máximo, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao segmento. Com relação à contusão no segmento cervical da coluna vertebral apresenta flexão, extensão, rotação lateral e inclinação lateral com amplitudes e cinéticas normais. Não há sinais de desuso, cicatrizes, sinais de radiculopatia ou mielopatia. Além disso, revela ausência de contratura paravertebral. Não há sequelas quantificáveis decorrentes de lesão.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura distal do rádio esquerdo e contusão no segmento cervical da coluna vertebral, conforme exames de imagem de 19/04/2018 e documentos de pronto atendimento de 21/03/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no punho esquerdo apresentou alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e mobilidade. Com relação à contusão no segmento cervical da coluna vertebral, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau leve, devido à alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

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 punhos | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PRESTADOR

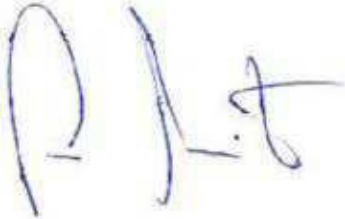
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180475396

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Data do acidente: 21/03/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo e contusão no segmento cervical da coluna vertebral.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do punho esquerdo, apresenta limitação da capacidade de flexão aos 60°, extensão aos 55°, prejudicando a amplitude de movimento do segmento. Apresenta trofismo mantido em membro superior, sem prejuízo de força motora, bem como manutenção de força de preensão palmar em grau máximo, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao segmento. Com relação à contusão no segmento cervical da coluna vertebral apresenta flexão, extensão, rotação lateral e inclinação lateral com amplitudes e cinéticas normais. Não há sinais de desuso, cicatrizes, sinais de radiculopatia ou mielopatia. Além disso, revela ausência de contratura paravertebral. Não há sequelas quantificáveis decorrentes de lesão.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura distal do rádio esquerdo e contusão no segmento cervical da coluna vertebral, conforme exames de imagem de 19/04/2018 e documentos de pronto atendimento de 21/03/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no punho esquerdo apresentou alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e mobilidade. Com relação à contusão no segmento cervical da coluna vertebral, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau leve, devido à alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

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 punhos | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PRESTADOR

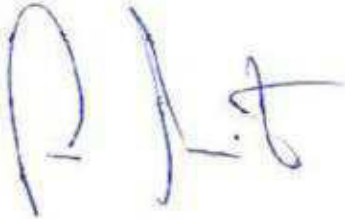
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

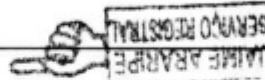
| | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| OUTORGANTE: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | | | |
| RG: 9693575 | CPF: 029.266.043-00 | PROFISSÃO COBRADOR | |
| RESIDÊNCIA: RUA EMILIA GONCALVES, 226 | | | |
| BAIRRO: QUINTÃO ZUNHA | CIDADE: FORTALEZA | UF: CE | CEP: 60.351-532 |

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| OUTORGADO: RONALDO ALVES DE FREITAS | | | |
| RG: 90015017147 | CPF: 511.005.923-34 | PROFISSÃO ADM | |
| RESIDÊNCIA: RUA: 01 Nº 182 | | | |
| BAIRRO: PADRE ROMUALDO | CIDADE: CAUCAIA | UF: CE | CEP: 61600-000 |

Por este instrumento particular de procuração o Outorgante, confere, por vontade própria e por desconhecimento no trâmite, poderes ao Outorgado(a) para enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso, apresentar documentos e acompanhar o andamento do Sinistro junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e SUSEP. Sendo, portanto, de responsabilidade do Outorgante a veracidade plena das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao Outorgado(a), inerentes ao acidente no trânsito.

FORTALEZA CE, 20 de 06 de 2018.

Ismael Carneiro da Silva



OUTORGANTE



(RECONHECER A ASSINATURA POR AUTENTICIDADE)

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. Master Hall, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secel.com.br

1 Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de:
== ISMAEL CARNEIRO DA SILVA ==
que confere c/ o padrão rec. nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 20 de junho de 2018. 16:14:11. Em testemunho da verdade.
FATIMA CORREIA TERCEIRO (Escrevente). Total: R\$ 4,10.
Válido somente com o selo de autenticidade FUNGUS thays

Fátima C. Terceiro

PROCURAÇÃO

Outorgante Ismael Carneiro da Silva
Estado civil Solteiro profissão Cebador
Residente Rua Emilia Gonsalves, 226 Bairro Quintino Ruha
município Fortaleza UF CE Nascido 09/01/85 CPF 029.266.043-00
RG 05227144044 Emissor Detran-CE em 19/12/2016.

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz brasileiro, solteiro, autônomo residente e domiciliado em rua professor Cabral, 676-parque santa rosa município de fortaleza, UF:CE, RG 05034566735 detran-ce em 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail: rc527310@gmail.com
Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de transito o (a)
Sr.(a) Ismael Carneiro da Silva
Ocorrido em 21/03/2018

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se o próprio fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenização de sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e seguradora líder, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito, e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, ate mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, PAN, MONGERAL, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: boletim de ocorrência, fichas de atendimento medico, documentos pessoais, conta e outros.

Fortaleza, 11, DE Setembro, DE 2018

Ismael Carneiro da Silva



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370558/18

Vítima: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

CPF: 029.266.043-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/03/2018

Titular do CPF: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ISMAEL CARNEIRO DA SILVA : 029.266.043-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370558/18

Número do Sinistro: 3180475396

Vítima: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

CPF: 029.266.043-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2018
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180475396

Vitima: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 21/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180475396**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13468512



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA**

Sinistro: **3180475396**
Vítima: **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA**
Data do Acidente: **21/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180475396** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA**

Sinistro: **3180475396**
Vítima: **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA**
Data do Acidente: **21/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180475396** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

029.266.043-00

ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------|----------------------|----------------|----------------|---------------|
| Nome completo | ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | | CPF titular da conta | 029.266.043-00 | Profissão | COBRADOR |
| Endereço | RUA EMÍLIA GONÇALVES | | Número | 286 | Complemento | |
| Bairro | QUINTINHO CURHA | Cidade | FORTALEZA | Estado | CE | CEP |
| Email | MÃO POSSUI | | | | Telefone (DDD) | 85 99956.4431 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| AGÊNCIA NRO. 1887 D/V (Informar dígito se existir) | | BANCO Nome NRO. (Informar dígito se existir) | |
| CONTA NRO. 17267 D/V (Informar dígito se existir) | | AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir) | |
| CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir) | | CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FORTALEZA, 19 de 06 de 2018
Local e Data

Ismael Carneiro da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

| | | |
|---------------------------|----------------|--------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
| | 029.266.043-00 | Ismael Carneiro da Silva |

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|--------------------------|-----------|----------------------|----------------|
| Nome completo | | CPF titular da conta | Profissão |
| Ismael Carneiro da Silva | | 029266043-00 | Cobrador |
| Endereço | | Número | Complemento |
| Rua Emilia Gonsalves | | 226 | Casa 01 |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| Quintino Cunha | Fortaleza | Ceará | 60351532 |
| Email | | | Telefone (DDD) |
| Rcs27310@gmail.com | | | (85) 9829-6730 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) | | <input type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | |
| AGÊNCIA NRO. 1887 D/V (Informar dígito se existir) | CONTA NRO. 17267 D/V 5 (Informar dígito se existir) | BANCO Nome _____ NRO. _____ | AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) |
| | | CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito em referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 03 de Outubro de 2018.

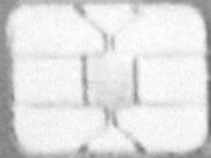
Local e Data

Ismael Carneiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA
POUPANÇA



6277 8015 9198 4988

6277

VÁLIDO ATÉ

08/21

ISMAEL CARNEIRO DA SILVA
1887 013 00017267-5

elo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018
ASS: _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2511 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/06/2018 08:21:56**
Data / Hora da Ocorrência: **21/03/2018 00:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DEMETRIO MENEZES**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO TERMINAL DO ANTO BEZERRA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA**
Nascimento: **09/01/1985** CPF: **029.266.043-00** UF: **CE**
CNH: **05227144044** Órgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **ELENICE CARNEIRO DA SILVA**
NC
Endereço: **RUA EMILIA GONÇALVES, 226 FONE: 85 987894849**
Bairro: **QUINTINO CUNHA** CEP: **60.351-532**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98840-3434**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OCI3562** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0560BR101981** Renavam: **328303852** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OSU0997** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9BD197132E3141865** Renavam: **627632319** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4** Ano: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **CINZA** Proprietário: **WALZENIR SALES SANTANA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OCI-3562-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA DEMÉTRIO MENEZES; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OSU-0997, QUE AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA E SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL E LOGO DEPOIS LEVOU A VITIMA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 12/06/2018 08:22:33



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@secom.com.br

1 AUTENTICAÇÃO - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi representado.
Fortaleza, 20 de junho de 2018, 16:14:26. Em testemunho da verdade.
FATIMA CORREIA TEIXEIRA (Escrivente) Valor Total R\$ 2,35.
Válido somente com o selo de autenticidade FUNCI Thays

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

19 JUL. 2018

ENTRADA

EM BRANCO

EM BRANCO



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 - 2511 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Rodrigues Junior

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 2 de 2

Impresso em: 12/06/2018 08:32:37



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@secel.com.br

1 AUTENTICAÇÃO - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi representado.
Fortaleza, 20 de junho de 2018, 16:14:26. Em testemunho da verdade.
FATIMA CORREIA TERCEIRO (Escrivente) Valor Total R\$ 2,35.
Válido somente com o selo de autenticidade FUNCI Thays

EM BRANC

EM BRANC

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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01887

CONTA: 000000017267-5

Nr. da Autenticação 90C0FE215C13FC27

Paciente...: 13116184 ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Nascimento...: 09/01/1985 Sexo: M

CPF.: 02926604300

Endereco...: FORTALEZA CE 61000000

Tel.: 8588403434

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57706000410006013

Solicitante: Dr(a) EDILMAR FERREIRA LE

Queixa Principal:

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - ESQUERDO

!U5.y

5018118621

RELATÓRIO:

Presença de fratura em rádio distal com envolvimento de superfície articular radiocárpica.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN





ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
49458091

!TPs~"

10/04/2018 17:01:17

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

| | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------|--------------|
| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
| 13116184 | ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | M | 09/01/1985 | 33 |
| RG | CPF | Carteira Profissional | | Estado Civil |
| | 2926604300 | | | 2-SOLTEIRO |
| Endereço | | | | |
| , - , FORTALEZA(CE) CEP 61000000 | | | | |
| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | | | |
| 8588403434 | | | | |

DADOS DO CONVENIO

| | | | | | |
|-------------------|-------------------|--|--|---|----------|
| Convenio | 22 HAPVIDA MATRIZ | | | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - | COLETIVO |
| Carteira | Validade | | | | |
| 57706000410006013 | | | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | |
|-----------------------------------|-------|-----------|---------------------------|
| Setor | | | |
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG | | | |
| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
| 21/03/2018 | 01:00 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente | | | Clinica |
| 29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO | | | 6-TRAUMATOLOGICA |
| Médico Acompanhante | | Peso (Kg) | Temperatura (°C) |
| | | | |

Dente Int - Rec Mak
gratuito Fratura e Curto e
+ anel de

| |
|------------------------------|
| INVESTPREV SEGURADORA S/A |
| 19 JUL. 2018 |
| ENTRADA |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

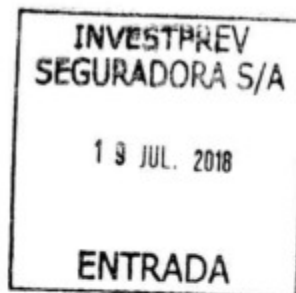
FRANCISCO (M) + LEANDRO GOMES FORTE 436
Assinatura

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

10/04/2018 16:51

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------|
| Paciente: | Dt. Nasc.: 09/01/1985 | Atendimento: 49458091 | Prontuário: |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ | Posto: | Leito: / | |
| Profissional(is): | | Nº: 20701912 21/03/2018 às 01:01 | |
| ANAMNESE | | | |
| Queixa Principal | AC DE MOTO | | |
| Queixa Principal | | | |
| CID10 | M542 CERVICALGIA | | |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | |
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO | | | |
| Alta Após Medicação E Cuidados | | Alta após cuidados e/ou medicação | |



CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 431
Assinatura

21/03/2018 01:51

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|--------------------------|
| Paciente: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | Dt. Nasc.: 09/01/1985 |  | |
| Atendimento: 49458091 | Prontuário: 13116184 | | Convênio: HAPVIDA MATRIZ |
| Profissional: CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO CRM 4078 | Nº: 20701912 | 21/03/2018 às 01:01 | leito: |
| ANAMNESE | | | |
| Queixa Principal | AC DE MOTO | | |
| CID10 | M542 CERVICALGIA | | |
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO | | | |
| Alta Após Medicação E Cuidados | Alta após cuidados e/ou medicação | | |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | |
| Urgência | Sim | | |
| EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS | | | |
| 52230015- Calha Ou Tala Membro Super | | | CRM-4078 |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA N° 16347085 | | | |
| 1. CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR | | 1 | 1 Vez |
| | | | CRM-4078 |

TALA AXILAR

CRM-CE-4078
DR. CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO
ORÇAMENTO PRECATORIO

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

INVESTPREV
SEGURADORA S/A


19 JUL. 2018

ENTRADA

CONFERE CI PRONTUÁRIO

LEANDRO Y31

Assinatura

| | | |
|---|-----------------------|---|
| Paciente: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | Dt. Nasc.: 09/01/1985 |  |
| Atendimento: 49458091 | Prontuário: 13116184 | |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ | | |
| Profissional: CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO CRM 4078 | Nº: 20701912 | 21/03/2018 às 01:01 |
| leito: | | |

| | |
|---|-----------------------------------|
| ANAMNESE | |
| Queixa Principal | AC DE MOTO |
| CID10 | M542 CERVICALGIA |
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO | |
| Alta Após Medicação E Cuidados | Alta após cuidados e/ou medicação |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE | |
| Urgência | Sim |
| EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS | |
| 52230015- Calha Ou Tala Membro Super | CRM-4078 |

| | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------------|----------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº: 16347095 | | Peso Registrado: Kg | |
| 1- CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR | 1 | 1 Vez | CRM-4078 |

TAM AXILAR

DE CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO
CRM-CE 4078

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

| | | | |
|---|-----------------------------|--|--|
| Data do acidente | 21/03/2018 | Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou | <input checked="" type="radio"/> Clínico <input type="radio"/> Cirúrgico |
| Data da internação | 21/03/2018 | ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | |
| Nome hospital | | | |
| Data da alta hospitalar | | 21/03/2018 | |
| Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente? Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional. | | | |
| NÃO | | | |
| Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima? | | | |
| TRATAMENTO CONSERVADOR + IMOBILIZAÇÃO + FISIOTERAPIA DE FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQ. | | | |
| Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique | | Data da definição da(s) seqüela(s) | |
| SIM | | 21/07/2018 | |
| Descrição da seqüela permanente com perda funcional causada pelo acidente de que o segurado foi vítima | | Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual | |
| INCAPACIDADE FUNCIONAL DO PUNHO ESQ. | | 40% | |
| DAR A MOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS + DIMINUIÇÃO DA FORÇA MOTORA. | | | |
| ALTA MÉDICA DEFINITIVA EM 21/07/2018 | | | |
| Nome do médico responsável | | CRM | |
| JOÃO BATISTA G. DA SILVA | | 5155 | |
| Local | FORTALEZA - CE | | |
| Data | 11/09/2018 | | |
| Assinatura / carimbo | Firma reconhecida do médico | | |
| | | | |

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5155 CPF: 228.775.923-6



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA
Nº Pedido: 24718079

Data 19/04/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 13116184 ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Nascimento...: 09/01/1985 Sexo: M

CPF.: 02926604300

Endereço...: FORTALEZA CE 61000000

Tel.: 8588403434

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57706000410006013

Solicitante: Dr(a) EDILMAR FERREIRA LE

Queixa Principal:

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - ESQUERDO

!U5.y8'

5018118621

RELATÓRIO:

Presença de fratura em rádio distal com envolvimento de superfície articular radiocárpica.

Demais aspectos preservados.

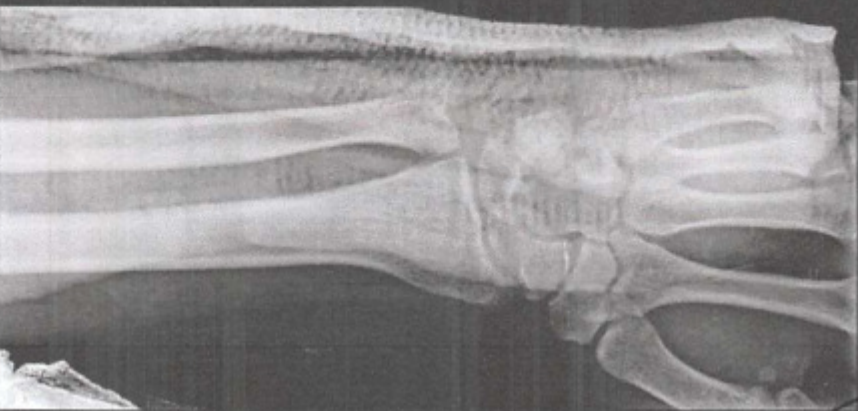
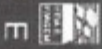
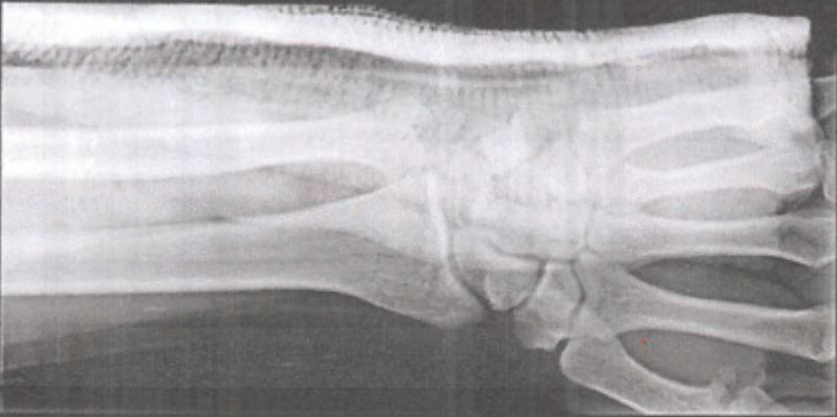
OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018





IMIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49762960

! 10 @ _

10/04/2018 17:02:48

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

| | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
| 13116184 | ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | M | 09/01/1985 | 33 |
| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil | |
| | 2926604300 | | 2-SOLTEIRO | |
| Endereço | | | | |
| , - , FORTALEZA(CE) CEP 61000000 | | | | |
| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | | | |
| 8588403434 | | | | |

DADOS DO CONVENIO

| | | | |
|-------------------|--|--|--|
| Convenio | | | |
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO | | |
| Carteira | Validade | | |
| 57706000410006013 | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | |
|---------------------------------------|-------|-----------|---------------------------|
| Setor | | | |
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG | | | |
| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
| 03/04/2018 | 18:59 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente | | | Clinica |
| 1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES | | | 6-TRAUMATOLOGICA |
| Médico Acompanhante | | | Peso (Kg) |
| | | | Temperatura (°C) |
| | | | |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

ASSINATURA



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49458091

!TPs~"

10/04/2018 17:01:17

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

| | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
| 13116184 | ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | M | 09/01/1985 | 33 |
| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil | |
| | 2926804300 | | 2-SOLTEIRO | |
| Endereço | | | | |
| , - , FORTALEZA(CE) CEP 81000000 | | | | |
| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | | | |
| 8588403434 | | | | |

DADOS DO CONVENIO

| | | | |
|-------------------|--|--|--|
| Convenio | | | |
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO | | |
| Carteira | Validade | | |
| 57706000410006013 | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | |
|-----------------------------------|-------|-----------|---------------------------|
| Setor | | | |
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG | | | |
| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
| 21/03/2018 | 01:00 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente | | | Clinica |
| 29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO | | | 6-TRAUMATOLOGICA |
| Médico Acompanhante | | Peso (Kg) | Temperatura (°C) |
| | | | |

Doente internado - Rec. 10/04/2018

*gostaria de falar com o médico
e com a enfermeira*

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

F. Gomes Forte e Leandro 436

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

EXTERIORES DO PRONTUÁRIO

Assinatura

10/04/2018 16:51

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Paciente: | Dt. Nasc.: 09/01/1985 | Atendimento: 49458091 | Prontuário: |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ | Posto: | Leito: / | |
| Profissional(is): | | Nº: 20701912 | 21/03/2018 às 01:01 |
| ANAMNESE | | | |
| Queixa Principal | AC DE MOTO | | |
| Queixa Principal | | | |
| CID10 | M542 CERVICALGIA | | |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | |
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO | | | |
| Alta Após Medicação E Cuidados | | Alta após cuidados e/ou medicação | |

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

CONF. E C/ PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
assinatura



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49762960

!To@_"

10/04/2018 17:02:48

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

| | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------|--------------|
| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
| 13116184 | ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | M | 09/01/1985 | 33 |
| RG | CPF | Carteira Profissional | | Estado Civil |
| | 2926604300 | | | 2-SOLTEIRO |
| Endereço | | | | |
| , - , FORTALEZA(CE) CEP 61000000 | | | | |
| Telefone Residencial | | Telefone Trabalho | | |
| 8588403434 | | | | |

DADOS DO CONVENIO

| | | | |
|-------------------|---|--|--|
| Convenio | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CI/UTI ENFERMARIA - COLETIVO | | |
| 22 HAPVIDA MATRIZ | | | |
| Carteira | Validade | | |
| 57706000410006013 | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | |
|---------------------------------------|-------|-----------|---------------------------|
| Setor | | | |
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG | | | |
| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
| 03/04/2018 | 18:59 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente | | | Clinica |
| 1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES | | | 6-TRAUMATOLOGICA |
| Médico Acompanhante | | Peso (Kg) | Temperatura (°C) |
| | | | |

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018
AM

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

10/04/2018 18:54

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

| | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------|-------------|
| Paciente: | DT. Nascimento: 00/01/1985 | Atendimento: 40762960 | Prontuário: |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ | Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI | Leito: 133224/3 | |
| Profissional(is): | Nº: 21238817 03/04/2018 às 18:02 | | |
| ANAMNESE | | | |
| Queixa Principal | DOR PUNHO | | |
| Queixa Principal | | | |
| CID10 | S802 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO | | |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | |
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO | | | |
| Alta Após Medicação E Cuidados | Alta após cuidados e/ou medicação | | |

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018
Ass: _____

10/04/2018 16:54

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente:

Dt. Nasc.: 09/01/1985

Atendimento: 49762960

Prontuário:

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/3

Nº: 21240541 03/04/2018 às 19:50

Profissional(is):

ANAMNESE

Queixa Principal

DOR PUNHO

Queixa Principal

CID10

S52 FRAT DO ANTEBRACO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018
Ass: _____



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

22/3/18
31
RUBEN DE OLIVEIRA
Médico do Trabalho
CRA 3407

OK 13690
H. Prudente

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA** às 01:31 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 (QUINZE)** dias,
a partir de 21/03/2018, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M542

Código da Doença

21-03-18

Local e Data

Assinatura do Médico

CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BJFBV38E2K0K0
Solicitação da Senha : 21/03/2018 01:00:05

Ismael Carneiro da Silva

31

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

R3002

CLAUDIO JOSE EUFRASIO

21/03/2018 01:51

192.85.4.101



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ISMAEL GOMES DA SILVA** às 19:51 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho/escola por **30 (TRINTA)** dias,
a partir de 05/04/2018, tendo como causa do afastamento o código abaixo:

S52

Código da Doença

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 12444 TEOT 14047

Assinatura do Médico
ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES

CRM 12444

Dr. Humberto Melo Mendonça
Médico do Trabalho
CRM 3497

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BQZTD48E2A0K0
Solicitacao da Senha : 03/04/2018 18:59:30

R3002

ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES

03/04/2018 19:51

192.85.4.101

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

Ass:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014138601763
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
PPT 01 328303852 0000000000 2018

NOME
ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

FORTALEZA
/CE

CPF / CNPJ - PLACA
02926604300 OCI3562/CE

PLACA ANT / UF - CHASSI
/CE 9C2KD0560BR101981

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS KS 2011 2011

CAP / POT / CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
I ***** 1* *
P ***** 2* *
V ***** 3* *
A *****

FAIXA LPVA - PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 25/01/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL - DATA
FORTALEZA 24/05/2018

Igor Ponte
Superintendente

DETRAN-CE

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
19 JUL. 2018
ENTRADA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014138601763 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02926604300 OCI3562/CE

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

SAC DPVAT 0800 022 1204
014138601763 60829467097

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2018 24/05/2018

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
01 02926604300 OCI3562

RENAVAM - MARCA / MODELO
328303852 HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. - CAT. TIME - Nº CHASSI
2011 PART 9C2KD0560BR101981

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29 9.03 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15 0.70 185.50

COTA ÚNICA - PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 25/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD05E6B101981 00986



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014138601763
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 VIA Cód. RENAVAM 328303852 R.A.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2018

ISMAEL CARNEIRO DA SILVA
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 02926604300 PLACA OC13562/CE

PLACA ANT / UF /CE 9C2KDD0560BR101981

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS KS ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP / POT / CIL 2F/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA P V A COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1* 2* 3*

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180,65 IOF (R\$) 0,70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185,50 DATA DE PAGAMENTO 25/01/2018

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA LOCAL 24/05/2018 DATA

Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014138601763 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02926604300 OC13562/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204

014138601763 60829467097

VIA 01 CPF / CNPJ 02926604300 PLACA OC13562

RENAVAM 328303852 HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. 2011 CAT. TARE PART 9C2KDD0560BR101981

FNS (R\$) 81,29 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 135,50

COTA ÚNICA COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 25/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KDD05E6B101981

00986

DEZ / 2017

BRASIL 2018 24/05/2018

IBR 1987

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3180475396

Nome do(a) Examinado(a): ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Emília Gonçalves, 226 - Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: 05227144044, DETRAN-Ce

Data e local do acidente: 21/03/2018, Fortaleza, CE

Data e local do exame: 05/12/2018 - FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura distal do rádio esquerdo e contusão no segmento cervical da coluna vertebral.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve melhora depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento conservador, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no punho esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame do punho esquerdo, apresenta limitação da capacidade de flexão aos 60°, extensão aos 55°, prejudicando a amplitude de movimento do segmento. Apresenta trofismo mantido em membro superior, sem prejuízo de força motora, bem como manutenção de força de preensão palmar em grau máximo, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao segmento. Com relação à contusão no segmento cervical da coluna vertebral apresenta flexão, extensão, rotação lateral e inclinação lateral com amplitudes e cinéticas normais. Não há sinais de desuso, cicatrizes, sinais de radiculopatia ou mielopatia. Além disso, revela ausência de contratura paravertebral. Não há sequelas quantificáveis decorrentes de lesão.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [] Não.

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, devido à redução da força e mobilidade.

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”.
Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): Punho - Esquerdo - LEVE - 25%

% do dano:

() 10% residual (☒) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Assinatura

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180475396

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Data do acidente: 21/03/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau residual - 10 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 2,5 % | R\$ 337,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180475396 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: \$@2SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau residual - 10 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 2,5 % | R\$ 337,50 |