

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 onservador, 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 resolutiva, 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Henrique Rodrigues Rosito".

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 onservador, 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 resolutiva, 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Henrique Rodrigues Rosito".

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

RG:

9693575

CPF:

029.266.043-00

PROFISSÃO

COBRA DOR

RESIDÊNCIA:

RUA EMILIA GONCALVES, 226

BAIRRO:

Quintino Zuvia

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

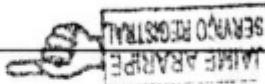
CEP:

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 /Cé, 20 de 06 de 2018.

Ismael Carneiro da Silva



OUTORGANTE



(RECONHECER A ASSINATURA POR AUTENTICIDADE)

JAIME ARARIPE
Serviço RegistralRegistro 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. Míster Hull, 4905 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secei.com.br77876380944601 | Reconheço por AUTENTICA a(s) assinatura(s) de: :
== ISMAEL CARNEIRO DA SILVA ==

que confere c/ o padrão rec. nessa serventia. Dou fé.

Fortaleza, 20 de junho de 2018, 16:14:11. Em testemunho da verdade.

Fátima Correia Terceiro (Escrevente), Total: R\$ 4,10,

Válido somente com o selo de autenticidade FUNCI Thays

Fátima Correia

PROCURAÇÃO

Outorgante Ismael Carneiro da Silva
Estado civil Solteiro profissão Cobrador
Residente Rua Enilia Gonsalves, 226 Bairro Quintino Rucha
município Fortaleza uf CE Nascido 09/01/85 CPF 029.266.093-00
RG 0522744044 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,copias 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 comprimento 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,HD, 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, 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/03/2018

Titular do CPF: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

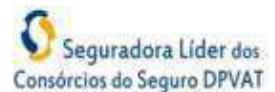
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/03/2018

Titular do CPF: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

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

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.seguradoraslider.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.seguradoraslider.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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

029.266.043-00

Nome completo da vítima

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	CORRADOR
Endereço	AV 6 MILHA GONCALVES	Número	226	Complemento	
Bairro	QUINTINO CUNHA	Cidade	FORTALEZA	Estado	CE
Email	MÃO POSSUI	CEP	60.351-532	Telefone (DDD)	35 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"/> 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1807 D/V 17267 D/V
(Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar digito se existir) (Informar digito 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



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

029.266.043-00

Nome completo da vítima

Ismael Carneiro da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ismael Carneiro da Silva	CPF titular da conta 029266.043-00	Profissão Cobrador
Endereço Rua Emilia Gonsalves	Número 226	Complemento Casa 01
Bairro Quintino Lameira	Cidade Fortaleza	Estado Ceará
Email Rs527310@gmail.com	CEP 60351532	Telefone (DDD) (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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
N.R.O.
1887 D/V **17267** D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____	N.R.O. _____		
AGÊNCIA N.R.O. _____	D/V _____	CONTA N.R.O. _____	D/V _____
(Informar dígito se existir)		(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.

UBA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

Fortaleza, 03 de Outubro de 2018.

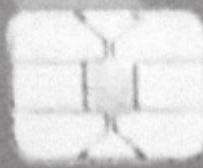
Local e Data

Ismael Carneiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA
POUPANÇA



6277 8015 9198 4988

6277

VALIDO ATÉ

08/21

**ISMAEL CARNEIRO DA SILVA
1887 013 00017267-5**

elo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

ASSI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

CNH: **05227144044** Orgão Emissor: **DETTRAN** UF: **CE**

Filiação: **ELENICE CARNEIRO DA SILVA**

NC

Endereço: **RUA EMILIA GONÇALVES, 226 FONE: 85 987894849**

Bairro: **QUINTINO CUNHA**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **60.351-532**

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:

Fabricação: **2011** Ano Modelo: **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:

Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** 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, PILOTEAVA 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 08:02:37

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

19 JUL. 2018

ENTRADA



JAIME ARARIPE
 Serviço Registrado

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, 4065 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secerj.com.br

(14344291994) 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,
 Fátima Correia Terceiro (Escrevente) Valor Total R\$ 2,35.
 Válido somente com o selo de autenticidade FUNC: thays

[Assinatura]

EMBRANCO

EMBRANCO



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2511 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Jaime Araripe Júnior*

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



EMBRANG

EMBRANG-

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



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 - OBLIGUAS - 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 à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

Ismael

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN





**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49458091

ITPs~"

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)

Doutor Leandro Gomes

paciente Fábio e Gomes
e Francisco

**INVESTIREV
SEGURADORA S/A**

19 JUL. 2018

ENTRADA

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

CONFIRME O PRONTUÁRIO

Fábio Gomes e Leandro Gomes
Assinatura

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Leandro Gomes
Assinatura

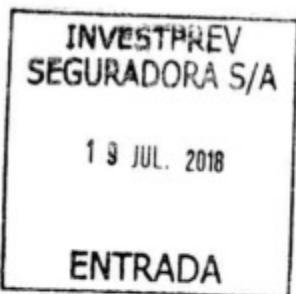
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/04/2018 16:51

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 TERAPÉUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		



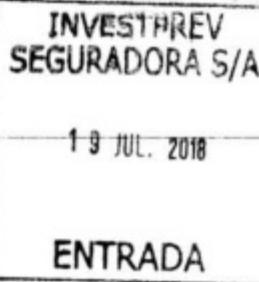
CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 431
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 TERAPÉUTICO		
Alta Após Medicção 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		
		Peso Registrado: Kg
1- CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR	1	1 Vez
		CRM-4078

T A S A X (cada dia)

CRM-4078
DR CLAUDIO EUFRASIO
CRM-4078



CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

CONFERE CI PRONTUÁRIO

LEANDRO 43
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

21/03/2018 01:51

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

ANAMNESE

Queixa Principal	AC DE MOTO
CID10	M542 CERVICALGIA

PLANEJAMENTO TERAPEUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação
--------------------------------	-----------------------------------

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Urgência	Sim
----------	-----

EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS	CRM-4078
----------------------------------	----------

52230015- Calha Ou Tala Membro Superior	CRM-4078
---	----------

PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº: 16347085	Peso Registrado: Kg
1- CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR	CRM-4078

TA & AX/ce 5dmg

CRM-4078
DR GILSON - TAVARES
09/03/2018LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

Ass.

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



Clinico



Cirúrgico

Data da internação 21/03/2018

JOSÉ MAEL CARNEROS 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 PONTEIRO
VADAR + IMOBILIZAÇÃO + FISIOTERAPIA P/ A
DE FRATURA DISTAL DO RADÍO E SA.

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

SIM

Data da definição da(s) sequela(s)

21/07/2018

Descrição da sequela permanente com perda funcional causada pelo acidente de que o segurado foi vítima

INCAPACIDADE FUNCIONAL
DO PUNHO E SA

Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual

40%

DAR A MOBILIZAÇÃO + LÍ-
MITAÇÃO DOS MOVIMENTOS
+ DIMINUIÇÃO DA FORÇA MO-
TORIA.

ALTA MÉDICA DEFINITIVA
EM 21/07/2018

LÍBIA CORREFORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

Nome do médico responsável JOÃO BATISTA G. DA SILVA

CRM 5155

Local FORTALEZA - CE

Firma reconhecida do médico

Data 11/09/2018

Assinatura / carimbos

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5155 CPF: 226.775.923-61



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

Matrícula.: 57706000410006013

Solicitante: Dr(a) EDILMAR FERREIRA LE

Queixa Principal:

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIGUAS - 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 à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

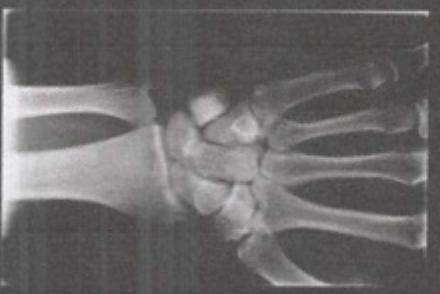
OBS.: Exame documentado em CD.

Ismael013
COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

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

ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

600-N



四
陽
明
上



LOSSLESS

POK
PTB2
11/09/2018

PACS Aurora

☰ PIXEON

RADIO. PUNHO A.P. LAT. - DIREITAS
09/04/2018
SERIE: 1/2
IMAGEM: 1/1

ISMAEL CARNEIRO DA SILVA | sexo. M.

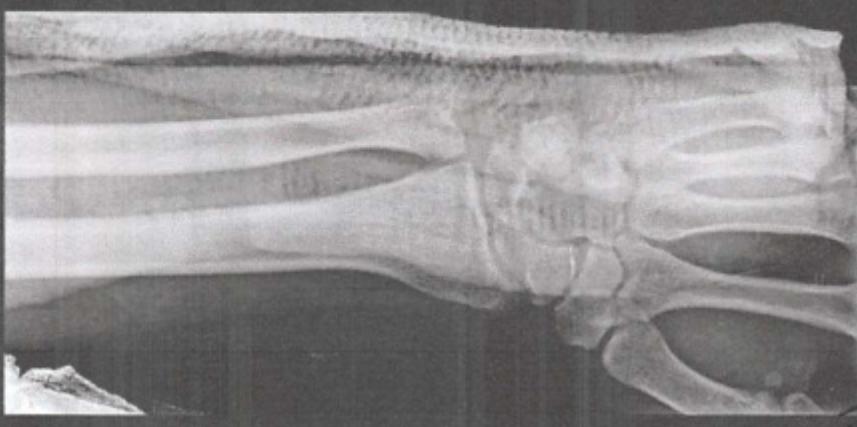
ASS.

ASS.

LIMA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

E 

2.3



LOSSLESS

O. 27%

PPOR 09:32
PTB2 11/09/2018



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49762960

!10(a)

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

10/04/2018 17:02:48

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018
ASS.



**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 2926804300	Carteira Profissional	Estado Civil 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 57706000410006013	Validade	

DADOS DO ATENDIMENTO

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

Painel interno - Fractura

Fractura Fratura e Fratura
e contusão

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

LEITOR DE PRONTUÁRIO

Leandro Gomes Forte - Assinatura

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

LEANDRO GOMES FORTE
Assinatura
09/04/2018 E 40778

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

10/04/2018 16:51

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente:

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 09/01/1985

Atendimento: 49458091

Prontuário:

Posto:

Leito: /

Nº: 20701912 21/03/2018 às 01:01

Profissional(is):

ANAMNESE

Queixa Principal

AC DE MOTO

Queixa Principal

M542 CERVICALGIA

CID10

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

Alta Após Medicamento E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

CONFIRME CI PRONTUÁRIO

LEANDRO - 431
Assinatura



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49762960

!To@

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 2926604300	Carteira Profissional	Estado Civil 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 57706000410006013	Validade	

DADOS DO ATENDIMENTO

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

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/04/2018 16:54

Paciente:	DL Nasc.: 09/01/1985	Atendimento: 49782980	Prontuário:
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Lito: 133224/3
Profissional(is):	Nº: 21238817 03/04/2018 às 19:02		
ANAMNESE			
Quelxa Principal	DOR PUNHO		
Quelxa Principal			
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

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		
Profissional(is):	Nº: 21240541 03/04/2018 às 19:50		
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
Número de identificação:
Código do Trabalho
CRAS 3407

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:

OK 13690

A line drawing of a mandible (lower jawbone) viewed from above, showing the dental arch with several upper teeth.

M542

Código da Doença

21-03 13

Local e Data

Assinatura do Médico

CLAUDIO JOSEPH EUFRASIO

—

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

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

Solicitacao da Senha : 21/03/2018 01:00:05

三

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA
9 OUT. 2018

54

R3-002

CLAUDIO JOSE EUFRASIO

21/03/2018 01:51

192.65.4.101



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 CACHAFIRO DA SILVA às 19:51 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho em escola por 30 (TRINTA) dias,
a partir de 05/04/2018, tendo como causa do afastamento o código abaixo:

4/4/18

552

Código da Doença

~~Dr Antonio Luiz Vieira Goncalves~~
~~Ortopedia - Traumatologocal e Data~~
~~Cirurgia no Queratil~~
~~CRM 12447 TEOT 1/04/18~~
Assinatura do Médico
ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES

CRM 12444

Dr. Humberto Melo Mendonça
Médico do Trabalho
CRM 3407

Humberto Melo Mendonça

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

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

R3002

ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES

03/04/2018 10:51

192.85.4.101

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

ASS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

DETRAN - CE		Nº 01413B601763	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO:
P.P.F.T O 1	32B303852	0000000000	2018
NOME _____			
ISMAEL CARNEIRO DA SILVA			
***** ***** ***** ***** ***** FORTALEZA			
CPF / CNPJ		PLACA	
02926604500		0UC13562/CE	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
/CE		9C2KDO560BR101981	
ESPECIE TIPO			
PAS / MOTOCICLO / NAO APLIC.			
MARCA / MODELO		CATEGORIA	
HONDA/HXR150 BROS KS		F-ARTIC	
CAP / POT / CIL		COTA ÚNICA	
2P / OCV / 145CC		VENC. COTA ÚNICA / VENC. / COTAS	
FAIXA I PVA		PARCELAMENTO / COTAS	
A *****		***** / VENC. / COTAS	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		I OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)	
180 ,65		0 ,70 185 ,50	
DATA DE PAGAMENTO			
25/01/2018			

CONTINU

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

PPT

VIA
01

CÓD. RENAVAM
328303852

R.N.T.R.G.
000000000

EXERCÍCIO
2018

ISRAEL CARNEIRO DA SILVA
FORTALEZA
02926604300
/CE

CPF / CNPJ
9C2KDO560RR101981
PLACA
OC13562/CE

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLÍC.

COMBUSTÍVEL
GASOL/ALCO

MARCA/MODELO
HONDA/HXR150 BRO'S K5

ANO FAB.
2011

ANO MOD.
2011

CATEGORIA
FARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
1*

VENC. COTA ÚNICA
1º *

FAIXA IRVA
A

PARCELAMENTO / COTAS
3º *

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)
180,65

IOP (R\$)
0,70

PRÉMIO TOTAL (R\$)
185,30

DATA DE PAGAMENTO
25/01/2018

OBSERVAÇÕES

CE Nº 014138601763 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
DE SEG. LTD.A FACT 3562/CE	
VIA 01	CPF / CNPJ 02926604300
RENAVAM 328303852	MARCA / MODELO HONDA/HXR150 BRO'S K5
ANO FAB. 2011	CAT. TABLE FARTIC
ANO FAB. 2011	Nº CHASSI 9C2KDO560RR101981
EXERCÍCIO 2018	
DATA EMISSÃO 24/05/2018	
PLACA OC13562	
FNS (R\$) 81,29	DENATRAN (R\$) 9,03
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOP (R\$) 0,70
TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50	
PAGAMENTO COTA ÚNICA	
PARCELADO	
DATA DE OUTAÇAO 25/01/2018	

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
DEZ/2017
MOTOR: KDO5E6B101981 00986

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,

A PESSOAS

TRANSPORTADAS

OU NÃO -

SEGURO

DPVAT

LIDER

DPVAT

SEGURO

OBIGATÓRIO

DE DANOS

PESSOAIS

CAUSADOS

POR VEÍCULOS

AUTOMOTORES

DE VIA

TERRESTRE,

OU POR SUA

CARGA,</

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

[] Sim [] Não

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

[X] 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 (X) 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