

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma lácero contuso no calcâneo, face plantar e lateral do pé direito

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica irregular. Limitação moderada dos movimentos de flexão do 5 pododáctilo e leve de flexão plantar

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com reparação de partes moles. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018 , sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do pé direito causada pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do pé direito , portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000013477-5

Nr. Autenticação

BRADESCO06022018050000000002370178100000013477168750 PAGO

DADOS DO CLIENTE

Nome: FABIO DE SOUSA ARAÚJO
 End. Leitura: AV GOV RAUL BARBOSA, 1114, PLAKALTO DA BELA VISTA
 Cidade: RUSSAS DE: 62.600-000
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 752 Setor: 003 Quadra: 0208 Lote: 0435 Comp: 0003 CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Pública: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumetria	Média Saneamento
AGUA	A11N329011	286	297	4	3

DATAS

Leitura Atual: 04/11/2017	Emissão: 09/11/2017	Lacre Água: 999741
Leitura Anterior: 04/10/2017	Próxima Leitura: 04/12/2017	Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Coágulos	048	048	010	048	048
Analisadas	040	048	048	048	048
Em conformidade	048	043	023	047	048

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada é saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

EMISSÃO / ATENDIMENTO VIRTUAL 09/11/2017 01:58:05

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	25,10	Mes/Ano: Água(m³) Esgoto(m³)
ESGOTO	18,48	NOV/2016 5 4
MULTA DE 2%	0,79	DEZ/2016 6 4
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,20	JAN/2017 5 4
		FEV/2017 7 5
		MAR/2017 5 4
		ABR/2017 5 4
		MAY/2017 5 4
		JUN/2017 3 2
		JUL/2017 5 4
		AGO/2017 2 1
		SET/2017 4 3
		OCT/2017 3 2

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	
PIS	0,40	Descrição	
COFINS	2,03	VALOR DO SERVIÇO	69,26
		VALOR DO SUBSÍDIO	26,77
		VALOR TOTAL A PAGAR	42,57

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/2017	01/12/2017	42,57



É obrigatório manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, no atendimento de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Quixadá: estadual: 135. Site da ARCE www.arce.ce.gov.br



ESTADO DO CEARÁ

GOVERNO DO CEARÁ

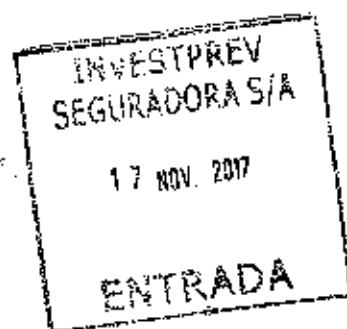
Agência de Águas

DADOS DO CLIENTE
 InSCRIÇÃO: 0096176695 Código de Responsável: Nô. ANO: 11/2017

Local: 752	Setor: 3	Unidade: 0208	Lote: 0436	Comp: 0000
------------	----------	---------------	------------	------------

Cidade: RUSSAS	Vencimento: 01/12/2017	Total(R\$): 42,57
----------------	------------------------	-------------------

82610000000-7 42570009000-3 09617669501-1 02001831026-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE
CIRCULAR SUSEP 445/12

Document ID: 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda, juntamente com a respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, provisória privada, reseguração e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

17 NOV. 2017

ENTRADA

Pelo exposto, eu Fábio de Souza Araújo, inscrito (e) no CPF 650.314.203-127, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) da Beneficiário Raimundo Nonato da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.260.792-20, do sinistro de DPVAT cobertura sinalize da Vítima Raimundo Nonato da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.260.792-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Av. Geral. Raul. Barbosa</u>	<u>1114</u>	<u>apartamento</u>
<u>Saímo</u>	<u>Espírito Santo</u>	<u>CEP</u>
<u>Plano da Cidade Bela Vista</u>	<u>Ce</u>	<u>62900-000</u>
<u>Fluminense</u>		
<u>Email</u>		
<u>Jefferson.dmz@hotmail.com</u>	<u>(88)9.9924-6677</u>	<u>(88)9.8886-4675</u>

Runas/CE 27 de Outubro de 17
Local e Data

Fábio de Souza Araújo

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

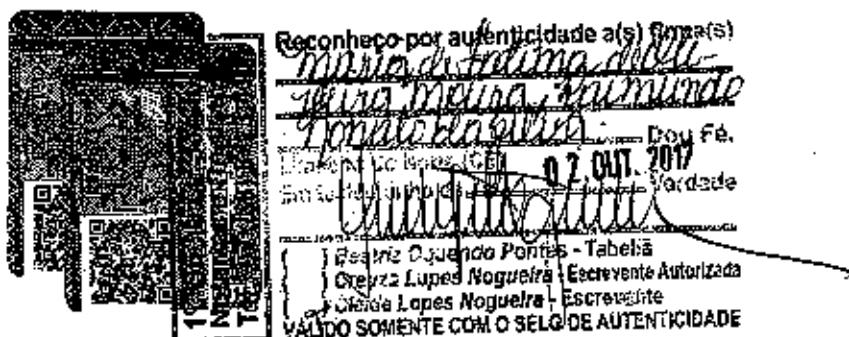
Eu, Maria de Fátima de Oliveira Moura,
RG nº 2005098043104, data de expedição 08/06/2005
Órgão SSPDS-PE, portador do CPF nº 600.847.763-40, com
domicílio na cidade de Raimundo Nonato, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Maria Dias, nº 230,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Raimundo Nonato da Silva cujo o condutor era
Raimundo Nonato da Silva.

Veículo: CICLOMOTOR
Modelo: XY 50-Q PHOENIX
Ano: 2011/2012
Placa: —
Chassi: LXYXCBL04C0516328
Data do Acidente: 12/01/2017
Local e Data: Raimundo Nonato/PE - 02/10/2017

Maria de Fátima de Oliveira Moura
Assinatura do Declarante



Raimundo Nonato da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLEIO LIMA VERDE
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO



Nº Atendimento: 3198 CNS: Data do Atend.: 12/07/2017 as 11:48:21
 Nome do Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA Data de Nasc.: 25/01/1951
 Endereço: PADRE JOAQUIM DE MENESSES 2449 LIMOEIRO DO NORTE Op: DAISLANE
 Convênio: SUS PSF: CENTRO Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
 Sexo: M Idade: 66a 5m 18d Estado Civil: Profissão: 612 Escolaridade: 2
 Peso: ()kg

Sinais Vitais: P.A.: Sist. () Diast. () FC: ()bpm FR: ()irpm Temp: ()°C

Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

*Vítima de acidente motociclistico com lesões contusas
no pé direito e possivel PI nos mesmos pés.*

Fatores de Risco: _____ Alergia: _____
 Class. Risco: () ALTO () MODERADO () BAIXO
 OBS: _____

HDA e Exame Físico:	INVESTIGACAO SEGURADORA S/A
	17 NOV. 2017

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento	ENTRADA	Data 1º Sintomas
<i>PI agudo no pé direito</i>		

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção
 () Ultrassom Obstétrico () Outros

Demais Procedimentos Realizados	Ass. Executor	Conselho Classe

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()

Encaminhamentos / Destino do Paciente: () Urgência Emergência () Internação domiciliar
 () Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
 () Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos
 () Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana

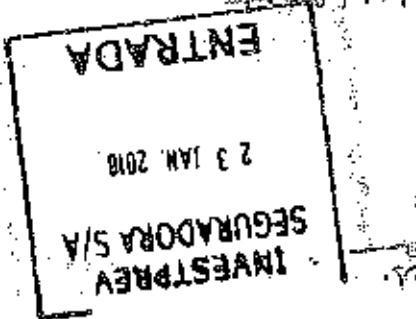
Parceria com Departamento Municipal de Trânsito:

FOI ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:
 (X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

- (1) Acidente de trânsito
- (1) Pneu furado () + () óleo
- (1) Osteoma no genitália



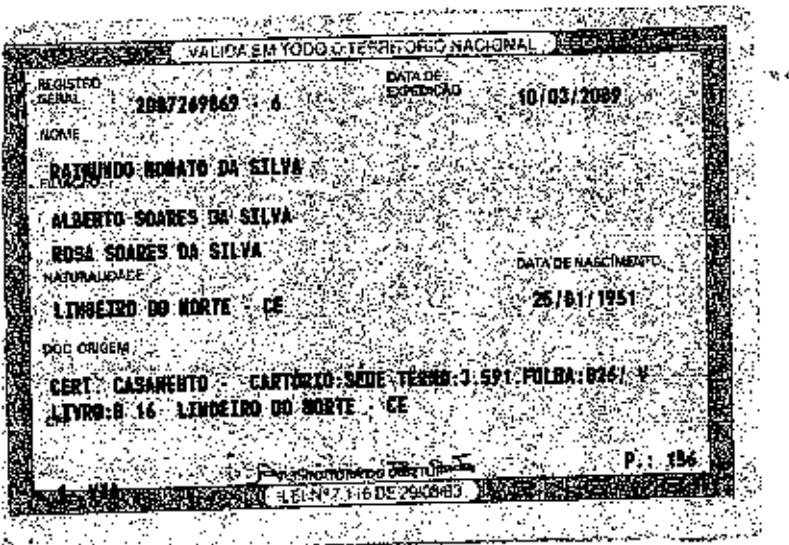
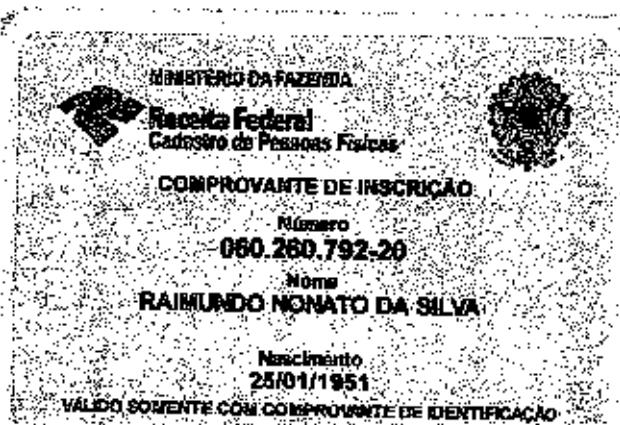
über e pessimalmenti problemi - e qui ergo non
si affiora mai (maleducatio! desiderio) coniugale dei
mutilati, o periferici o deformi, o affatto privi di parti
senza che! comunque non formano più un organismo
e quindi sono! soli per le loro funzioni da parafisiologo
e quanadipare! oltre che per le loro funzioni da parafisiologo
spesso dei cancri.

providé, particularly through the Sino-Vietnamese alliance, the Chinese and Chinese

ପ୍ରକାଶକ



EG 19 OTI 2





VALIDO PARA TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FÁBIO DE SOUSA ARANJO

DOC. EMISSOR / DSC EMISSOR: SSP - CE
PESO: 650.914.203-87 DATA EMISSÃO: 29/08/1981

PARECER:
JESUS CARVALHO DE
ARRAIO
MARIA DE FÁTIMA DE
SOUZA PAULINHO

PERMITO: [REDACTED] **ACC:** [REDACTED] **CAH:** AB

REGISTRO: 02093305632 **VALIDEZ:** 26/06/2019 **TIRAGEM:** 25/11/2001

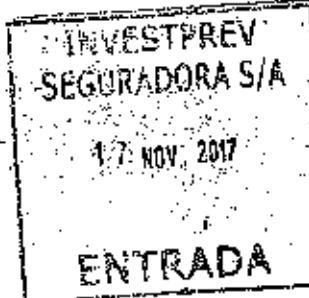
OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO:

Fábio de Sousa Aranjo
SACRIFÍCIO DO PONTO DE

LOC: MORADA NOVA, CE **DATA ÚTILIZAÇÃO:** 03/07/2014
1-4-2-
38602852656
CE142522716

PROIBIDO PRA VEÍCULOS: 959223147

EXCEÇÃO: DESENHECE (CARAVELAS)



NF-e
Nº 000.000.434
Série 1

DATA DE REGISTRO:

INSCRIÇÃO E AUTENTICAÇÃO DO REGISTRO:

JAGUARIPE COMERCIO DE MOTOS LT

RUA JAIME LEONEL CHAVES Nº 78 -
CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE - RN
CEP 59300-000
FONE: (83) 4231693

DANFEDocumento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

S-ENTRADA

1-SAÍDA

Nº 000.000.434

SÉRIE 1

FOLHA 1/1

CÓDIGO DE ACESSO

2311 0712 6394 4166 6127 5560 2000 6994 3417 3395 6277

Consulta de emitido no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/painel ou no site da Sefaz autorizadora.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE NF-e

123110030010001 12/07/2011 20:40:17

UNIDADE FISCAL

FATURA VÍCULO NOVO DME

Nº 00161803

DOC. FISCAL N° 00001-27

Data
12.04.04/2011-27

0020*

ESTIMATÁRIO/DEMISTENTE**DESCRIÇÃO SOCIAL**

JARIA DE FÁTIMA DE OLIVEIRA MOURA

CNPJ/CF
600.847.762-40DATA DA EMISSÃO
18/02/2011**ENDEREÇO**

TETO MARIA DIAS 230

ENDERECO
ZONA RURALCEP
62930-000DATA DA SAÍDA / ENTREGA
18/02/2011**MUNICIPIO**

LIMOEIRO DO NORTE

UF
CEENDERECO ENTREGA
ENTRADADATA DA SAÍDA / ENTREGA
18/02/2011**LITURAM/DUPPLICATAS****AGAMENTO À VISTA****VALOR DO IMPOSTO**

VALOR DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS SACADO	VALOR DO ICMS RETIDO	VALOR TOTAL DA VENDA
0,00	0,00	0,00	0,00	3.200,00
VALOR DE RETIRADA	VALOR DO DESCONTO	VALOR DO DESCONTO ACUMULADO	VALOR DO IR	VALOR TOTAL DA VENDA
0,00	0,00	0,00	0,00	3.200,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

TRANSPORTE TOTAL	VOLUME POR CARRETA OU CONTENEDOR	PÓSICO ANTES	PLACA DO VÉHICULO	UF	CHASSIS

VALORES DO PRODUTO/SERVIÇO

VALOR	DESCRICAÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	PRODUTO	QTD	CNPJ	VALOR	QUANT.	VOLUME	VALOR	DESCR.	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
VALOR	ZXY 50-Q PRETO/VERMELHO	VEÍCULO	001	000	540	UN	1,00	5.200,0000	0,00	1.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00

AVVISTPKV
SECURADORA ASIA

17 NOV. 2017

ENTRADA

DOS ADICIONAIS**CONDICÕES CONTRATUAIS**

ESTO ESTADO POR AUTORIZAÇÃO EXCLUSIVA DE ALFREDO DE SOUZA AZZOLI.
CID: VA-151 PRE-VENDA- 50% VENCEDOR; MANT. FORMA PINTO: A VISTA- VEHICULOS

CLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE,
O VEHICULO ACIMA FOI VENDIDO, SEM RESERVA DE DORSO E SEM ALTERACAO/PRATICADA.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma lácero contuso no calcâneo, face plantar e lateral do pé direito

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica irregular. Limitação moderada dos movimentos de flexão do 5 pododáctilo e leve de flexão plantar

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com reparação de partes moles. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018 , sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do pé direito causada pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do pé direito , portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma lácero contuso no calcâneo, face plantar e lateral do pé direito

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica irregular. Limitação moderada dos movimentos de flexão do 5 pododáctilo e leve de flexão plantar

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com reparação de partes moles. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018 , sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do pé direito causada pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do pé direito , portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): R PE JOAQUIM DE MENEZES, 2429 - 2429 - LIMOEIRO DO NORTE/CE - CEP 62930-000
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20072698696 - SSP - 10/03/2009
Data e Local do Exame : 01/02/2018 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Diagnóstico:

TRAUMA LÁCERO-CONTUSO EXtenso NO CALCÂNEO, NA FACE PLANTAR E LATERAL DO PÉ DIREITO

Exame Físico:

CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR, LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DE FLEXÃO DO 5º PODODÁCTILO, LIMITAÇÃO LEVE DE LIMITAÇÃO DE FLEXÃO PLANTAR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? Sim Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? Sim Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO LESÃO NO PÉ. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA EM JAN/2018.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? Sim Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PÉ PELA LESÃO TENDINOSA

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

PÉ DIREITO

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

() Total = “100% da IS”

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Mídica - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170617627

Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170617627.**

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, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170617627**

Vitima: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**

Data do Acidente: **12/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FABIO DE SOUSA ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170617627**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 08 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12358964

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170617627
Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data do Acidente: 12/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001781-7

Conta: 0000013477-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA
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 0000 0221204 ou 0000 221203 (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 **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, Tuto ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (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").

17 NOV. 2017

INVESTPREV
ENTRADA

Número do Sistêm ou ASL

CPF da Vítima

060.260.792-20

Nome completo da vítima

Raimundo Monato da Silva

DADOS DO RECEPTOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Raimundo Monato da Silva</i>	CPF Titular da conta <i>060.260.792-20</i>	Profissão <i>Despedida</i>
Endereço <i>Rua Padre Francisco de Meneses</i>	Número <i>2429</i>	Comprador <i>caso</i>
Bairro <i>Centro</i>	Cidade <i>Barra Mansa da Norte</i>	Estado <i>pe</i>
Email <i>ppmonatodasilva@hotmail.com</i>	CEP <i>62930-000</i>	Telefone (DDDI) <i>88 9.99276677</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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"/> RECUZO 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

CORTE FORNECE (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (941)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NºCE	DIV	CÓDIGO BANCO	DIV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	

CORTE: CORTE BANCO (todos os bancos)

BANCO NºCE	AGÊNCIA NºCE	DIV	CÓDIGO BANCO	DIV
<i>Bradesco</i>	<i>1781</i>	<i>7</i>	<i>13477</i>	<i>5</i>
(Inserir dígito se existir)			(Inserir 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Raimundo Monato da Silva

Local e Data

Raimundo Monato da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

046405



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 2651 / 2017

Dados da Ocorrência



Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **28/09/2017 09:29:14**

Data / Hora da Ocorrência: **12/07/2017 10:40:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA INACIO MENDES**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**

Nascimento: **25/01/1951** CPF: **060.260.792-20**

RG: **2007269869-6** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **ROSA SOARES DA SILVA**

ALBERTO SOARES DA SILVA

Endereço: **RUA PADRE JOAQUIM DE MENEZES, 2429**

Bairro: **CENTRO**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 3917-4604**

Histórico

INVESTIGAC

SEGURADORA S/A

17 NOV. 2017

ENTRADA

O DECLARANTE INFORMA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE E QUE NÃO SE HABILITADO; QUE ESTAVA CONDUZINDO O CICLOMOTOR (XY 50-Q PHOENIX SHINERAY, COR VERMELHA, SEM PLACA, ANO FAB 2011 ANO MOD 2012, CHASSI LXYXCBL04C0516328, RENAVAN 030717, MOTOR 1P39FMBCA056531, REGISTRADO EM NOME DE RAIMUNDO NONATO DA SILVA) PELA RUA INÁCIO MÉNDES, CENTRO DE LIMOEIRO DO NORTE, NO DIA 12/07/2017. QUANDO UMA MOTO DIRIGIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA ATINGIU A LATERAL DO CICLOMOTOR DO DECLARANTE, OCASIÃO EM QUE ESTE CAIU E APAGOU EM DECORRÊNCIA DA BATIDA; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE, O OUTRO MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE O SAMU FOI ACIONADO, TENDO ATENDIDO O DECLARANTE NO LOCAL E LEVADO O MESMO PARA O HOSPITAL DEOCLECIO LIMA VERDE DE LIMOEIRO DO NORTE, DANDO ENTRADA AS 11h:48min DO DIA 12/07/2017; QUE O DECLARANTE SOFRERU LESÕES NO PÉ.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Dr. J. M. Oliveira

JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Bruno Antonio de Souza Varella

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

VISTO DO DELEGADO(A): Bruno Antonio de Souza Varella

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de recebimento do IML

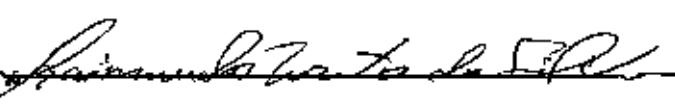


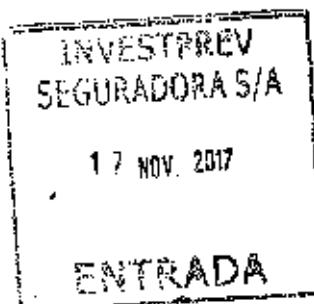
Eu, Raimundo Manoel da Silva, portador da carteira de identidade nº 2007269869-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 060.260.792-20, residente e domiciliado na Rua Pdu. Joaquim de Menezes, 2429 - Centro, Cidade Lamim do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.


Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Rivas/CE, 02 de Outubro de 2017.

Local e data



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**, portador do RG 2007269869-6 e inscrito no CPF 060.260.792-20, no dia 12/07/2017, às 11h28, no município de Limoeiro do Norte/CE, na rua Inácio Mendes, no bairro Centro, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o **Hospital Municipal de Limoeiro do Norte**. E para constar eu,

Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 04 de Setembro de 2017

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): R PE JOAQUIM DE MENEZES, 2429 - 2429 - LIMOEIRO DO NORTE/CE - CEP 62930-000
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20072698696 - SSP - 10/03/2009
Data e Local do Exame : 01/02/2018 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Diagnóstico:

TRAUMA LÁCERO-CONTUSO EXtenso NO CALCÂNEO, NA FACE PLANTAR E LATERAL DO PÉ DIREITO

Exame Físico:

CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR, LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DE FLEXÃO DO 5º PODODÁCTILO, LIMITAÇÃO LEVE DE LIMITAÇÃO DE FLEXÃO PLANTAR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? Sim Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? Sim Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO LESÃO NO PÉ. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA EM JAN/2018.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? Sim Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PÉ PELA LESÃO TENDINOSA

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

PÉ DIREITO

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

() Total = “100% da IS”

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Maceió - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170617627

Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170617627**.

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, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170617627

Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170617627**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 08 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12358964

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170617627
Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data do Acidente: 12/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001781-7

Conta: 0000013477-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 2651 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 28/09/2017 09:29:14

Data / Hora da Ocorrência: 12/07/2017 10:40:00

Endereço da Ocorrência: RUA INÁCIO MENDES

Complemento:

Bairro: CENTRO

Ponto de Referência:

Município: LIMOEIRO DO NORTE/CE

Dados das(s) Vítima(s)

Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nascimento: 25/01/1951 CPF: 060.260.792-20

RG: 2007269869-6 Órgão Emissor: SSPDS

UF: CE

Filho(a): ROSA SOARES DA SILVA

ALBERTO SOARES DA SILVA

Endereço: RUA PADRE JOAQUIM DE MENESES, 2429

Bairro: CENTRO

Município: LIMOEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

CEP: Telefone: (88) 8917-4604

Histórico

INVESTIGADORA S/A

17 NOV. 2017

ENTRADA

O DECLARANTE INFORMA QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE E QUE NAO SE HABILITADO; QUE ESTAVA CONDUZINDO O CICLOMOTOR (XY 5Q-Q PHOENIX SHINERAY, COR VERMELHA, SEM PLACA, ANO FAB 2011 ANO MOD 2012, CHASSI LXYXCBL04C0515328, RENAVAN 030717, PFLOTJOR 1P39FMBCA056531, REGISTRADO EM NOME DE RAIMUNDO NONATO DA SILVA) PELA RUA INÁCIO MENDES, CENTRO DE LIMOEIRO DO NORTE NO DIA 12/07/2017. QUANDO UMA MOTO DIRIGIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA ATINGIU A LATERAL DO CICLOMOTOR DO DECLARANTE, OCASIÃO EM QUE ESTE CAIU E APAGOU EM DECORRÊNCIA DA BATIDA; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE, O OUTRO MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE O SAMU FOI ACIONADO, TENDO ATENDIDO O DECLARANTE NO LOCAL E LEVADO O MESMO PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO LIMA VERDE DE LIMOEIRO DO NORTE, DANDO ENTRADA ÀS 11h:48min DO DIA 12/07/2017; QUE O DECLARANTE SOFREU LESÕES NO PÉ.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA*

- MAT.: 30100719

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *BRUNO ANTONIO DE SQUZA VARELA*

- MAT.: 19837319

VISTO DO DELEGADO(A):

BRUNO ANTONIO DE SQUZA VARELA - MAT.: 19837319

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 1

RO, 2007269869-6 VÍTIMA LIMOEIRO DO NORTE

UL. UL

Filiação: ROSA SOARES DA SILVA

ALBERTO SOARES DA SILVA

Endereço: RUA PADRE JOAQUIM DE MENEES,

Bairro: CENTRO

Município: LIMOEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

CEP: Telefone: @#17-4604

Hl^rícQ

4 HV£5T ^ 1

O DECLARANTE INFORMA QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE I QUÊ N^s f C ÜRADO RASA HABILITADO; QUE ESTAVA CONDUZINDO O CICLOMOTOR (XY 5Q-Q PHOENIX SHINERAY, eOR VERMELHA, ÜM PLACA, ANO FAB 1QH ANO MOB 2^12, \ 7 nD/2017 CHASSI LXYXCBL04C0515328, RENAVAN 030717, PflOTJOR 1P39FMBCA056531, REGISTRADO EM NOME DE RAIMUNDO NONATO DA SILVA) PELA RUA INÁCIO MENDES, CENTRO DE UMQEIRQ DO NoRTE, NQ bIAr.vrp ^ ^ nA 12/07/2017. GUANDO UMA MOTO DIRIGIDA POR UMA PESSDA^ ^ ^ DESCONHECIDA ATINGIU A LATERAL DO CICLOMOTOR DO DECLARANTE, OCASIÃO EM QUE ESTE CAIU E APAGOU EM DECORRÊNCIA DA BATIDA; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE, O OUTRO MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE O SAMU FOI ACIONADO, TENDO ATENDIDO O DECLARANTE NO LOCÂL E LEVADO O MESMO PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO LIMA VERDE DE LIMOEIRO DO NORTE. DANbO ENTRADA ÀS IIII:48min DO DIA 12/07/2017; QUE O DECLARANTE SOFREU LESÕES NO PÉ.

1
1
1
J

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNIOPAL QE UNOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO HEdISTIia i

l&SiE m»

MOURA DE OLIVEiiIA - MAT=: 30100719

RE&PON&VEL PELA WFomMAÇÃO,

X .

VISTO DO DELEGADO JAI i

/ y j

BRUNO AMTONIOV&WZÃ VARELA = MAT.S 1S837319

7

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000013477-5

Nr. Autenticação

BRADESCO06022018050000000002370178100000013477168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma lácero contuso no calcâneo, face plantar e lateral do pé direito

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica irregular. Limitação moderada dos movimentos de flexão do 5 pododáctilo e leve de flexão plantar

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com reparação de partes moles. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018 , sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do pé direito causada pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do pé direito , portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: