

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10357347

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170027818 ASL-0008300/17
Vitima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA
Data Acidente: 26/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10367451

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170027818 ASL-0008300/17
Vítima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA
Data Acidente: 26/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10477732

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170027818 ASL-0008300/17
Vítima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA
Data Acidente: 26/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

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: **SABRINA PINHEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001781-7**

Conta: **0000012923-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170027818 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **SABRINA PINHEIRO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CORONEL ALEXANDRINO nº 2098 - SÍTIO TABULEIRO ALTO - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20081034363 - SSP**
Data local do exame: **24/01/2017 ARACATI/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)

TRAUMATISMO DO PUNHO ESQUERDO COM FRATURA SEM DESVIO DO RÁDIO DISTAL E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFOÍDE ESQUERDO

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 atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRAUMATISMO COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL SEM DESVIO E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFOÍDE ESQUERDO TRATADAS CONSERVADORAMENTE COM GESSO AXIOPALMAR POR 30 DIAS, SEGUIDO DE LUVA GESSADA POR 60 DIAS. EVOLUINDO POSTERIORMENTE COM DOR, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS. FRATURA DO ESCAFOÍDE CONSOLIDADA VICIOSAMENTE

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

DOR À MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO E MÃO ESQUERDOS E Á PALPAÇÃO DA ÁREA DA TABAQUEIRA ANATÔMICA COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DA FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Seqüela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Seqüela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Seqüela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Seqüela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO E CONSENSO -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - ARACATI, 24/01/2017

Médico Perito: FRANCISCO FROTA PINTO JUNIOR CRM:5300/CE


Dr. Francisco Frota Pinto Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 5.300 CFF 20930/5343-87



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

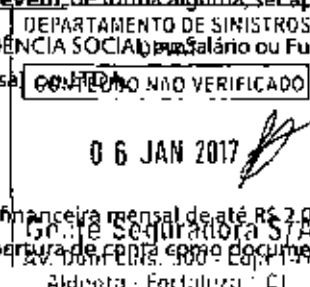
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Gabriela Pinheiro da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 2008103436-3 EXPEDIDO POR SUSEP-CE EM 02/02/2017 E
CPF 065908803-79 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Estudante
E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gabriela Pinheiro da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa).
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de FIC e o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1781-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12.923-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Amoite do Norte 04 de Março de 2017 Gabriela Pinheiro da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

06 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dona Luísa, 200 - Lapa 147
Aldoberto - Fortaleza / CE



intercomunicar com o
Estado. 2015

Limoeiro do Norte - CE.

Avanti Fernandes Maia - Tabella
Bel. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
Bel. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituta
Cybriana Magalhães Gomes - Esc. Compromissado
Lição de 19/09/2012, às 14h30min, no 1º andar, Sala de Reuniões, 1º E

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/11/2016 09:24:37**
Data / Hora da Ocorrência: **26/06/2016 00:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO CORREGO DE AREIA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Nome: **SABRINA PINHEIRO DA SILVA**
Nascimento: **14/07/1997** CPF: _____
RG: **2008103436-3** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DAS DORES PINHEIRO**
MAIO CELIO NOGUEIRA DA SILVA
Endereço: **RUA CEL. CLOVIS ALEXANDRINO, 2098**
Bairro: **CENTRO**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: _____

DEPARTAMENTO DE _____
CEP: _____
CONTEUDO K _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
08 JAN 2017

Nome: **WANDERSON CESAR DA SILVA**
Nascimento: **20/01/1992** CPF:
CNH: **1004321515** Órgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **ILMA TEIXEIRA DA SILVA**
JOSE CARLITO DA SILVA
Endereço: **RUA ESTEVAO REMIGIO, 2149**
Bairro: **SANTA LUZIA** CEP:
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Geite Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Lapa - 137
Alfândega - Fortaleza - CE

Que o declarante informa que no dia, local e hora acima especificado, era o condutor do veículo tipo motocicleta HONDA CG 160 FAN ESDI, ANO/MOD 2015/2016, COR VERMELHA, PLACA PMP0702, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE WANDERSON CESAR DA SILVA, e trazendo em sua garupa a pessoa de SABRINA PINHEIRO DA SILVA; Que o declarante informa que a via estava com muitos buracos e para desviar de alguns, tentou fazer uma manobra, no entanto, vieram a se desequilibrar e cair; Que na queda o declarante sofreu apenas escoriações e SABRINA se queixa de dores na mão esquerda; Que a levou ao Hospital Regional de Limoeiro do Norte-Ce, mas como lá não tinha muitos recursos, acharam por bem ir para a cidade de Russas-Ce no dia seguinte; Que lá foi constatada fratura no Braço e na mão esquerda de SABRINA; Que não foi necessário fazer cirúrgica, mas o membro ficou imobilizado com gesso por cerca de 3 meses; Que o declarante é habilitado

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

LUCINILDA DE MOURA
ESCRIVÃ DE POLÍCIA
MAT 404567 1-6



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3539 / 2016

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837919

X Sabrina Ferreira da Silva

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃOA presente fotocópia confere com o
original exibido nestas notas. Dou fé.
Limoeiro do Norte-CE, 23 11/2016

Avani Fernandes Maia - Tabelião

Bel. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto

Bel. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituto

Elyhenária Magalhães Gomes - Esc. Original

Fátima Fernandes Maia - Esc. Original

VPL 030426 201602106 Autenticações

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Ge.ito Seguradora S/A
Av. Odir Luis, 300 - Lapa 147
Atlixora - Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Gabrina Pinheiro da Silva, portador da carteira de identidade nº 2008103436-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 065.908.803-35, residente e domiciliado na Rua Cel Alexandrino, 2098, St. Tabuleiro Alto, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Pernambuco, 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 5.194/74), 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 5.194/74.

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.

Gabrina Pinheiro da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Ge.nte Seguradora S/A Av. Dom Luis, 3000 - Loja 147 Atorres - Fortaleza - CE

Limoeiro do Norte - CE, 04.01.2017

Local e data



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

DIGITADO

Nº Atendimento: 5047	CNS: 898003000791347	Data do Atend.: 26/06/2016	as 00:43:37
Nome do Paciente: SABRINA PINHEIRO DA SILVA		Data de Nasc.: 14/07/1997	
Endereço: CORONEL CLOVIS ALEXANDRINO 2098	LIMOEIRO DO NORTE Op: SAMARA		
Convênio: SUS	PSF: CENTRO	Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDU	
Sexo: F	Idade: 18a 11m 12d	Estado Civil:	Profissão: Escolaridade: 3
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)			
<i>Tramite pré-hb @ - queda de motor</i>			
Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento			Data 1º Sintomas
Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção <i>Rx rodízio + encefalograma @</i> () 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			
(x) Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF			
() Alta <i>brtop</i> () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos			
() Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana			
Parceria com Departamento Municipal de Trânsito:			
FOI ACIDENTE DE TRÂNSITO? Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:			
(x) SIM () NAO (x) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS			

Assinatura do Paciente ou Resp.

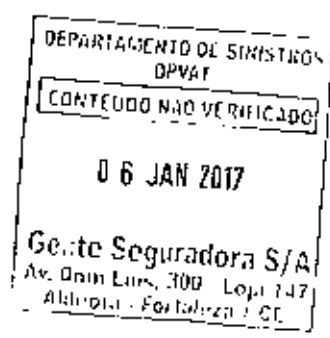
Assinatura do Profissional Executor

- RAO-X Braço e antebraço E

1) Depressão em *Cláudia A. Nêo* *01:40*
Enfermeira *COREN 401953*

2) Rota gestada (sem compressão)

3) Trauma crânio (1:30)



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: 03/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000012923-2

Nr. Autenticação

BRDESCO0302201705000000000023701781000000012923236250 PAGO

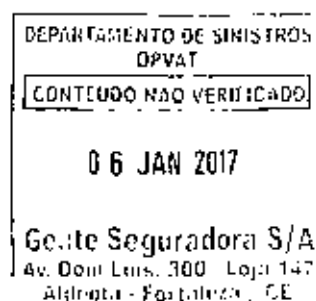
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sabrina Pinheiro da SilvaRG nº 200810436-3, data de expedição 02/02/2012, Órgão SSP-CE,

CPF nº 065.908.803-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Cel Alexandrino</u>
Número	<u>2098</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>St. Tabuleiro Alto</u>
Cidade	<u>Limoeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.930-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99639-6425 (88) 99470-7145</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limoeiro do Norte-CE, 04.01.2017Assinatura do Declarante: Sabrina Pinheiro da Silva

Nº DO CLIENTE

5852675-7

Para melhor seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tenda Social de Energia Elétrica
está criada pela Lei nº 10.423,
de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdemar, 259
CEP 60135-040 / Fortaleza - CE
CNPJ 07042261/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enel



0015

Rote 10 25060 07 805000 - 6 Data de Emissão 17/12/2016

Nome PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

End. Postal RU VALDEREZ GURGEL 00932

CENTRO - LIM. DO NORTE - 62930000

Medidor 2538939

Potência 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 000538743-40

CGF

Nome do Responsável

Vejá a leitura no verso desta conta.
Consumo LINCEUS DO NORTE 219 73,7
Mês 01/2016 219 73,7
BICOP 0,00 P

Banco de Crédito (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Preço Médio Mensal	Tarif. Mensal	Atual Mensal	Tarif. Mensal	Atual Mensal
162,71	21,00%	40,37	5,31	10,62	21,24	0,00	0,00
			3,30	6,60	13,20	0,00	0,00
			3,03			0,00	

NOTE 6768,8170,5722,7853,2164,6597,5802

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa Descontada	Valor (R\$)
11534	11389	1,00	225	0,00	225	0,72316	162,71

17/12/16	17/11/16	26/11/16	225	162,71
----------	----------	----------	-----	--------

VALOR CONSUMO DO MES 162,71
MULTA MORATORIA REF 11/2016 3,21
CORRECAO MONETARIA DO MES 0,38
JUROS DO MES 2,83
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 27,46
MAVI PAPELARIA 88-3423.4514 5/5 65,15

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
Energia 79,04	
Transmissão 1,73	
Distribuição 24,26	
Encargos Salariais 12,25	
Tributos (ICMS PIS-COFINS) 54,90	
TOTAL 162,71	
Compensação sobre emissões pelo consumo de energia elétrica	
Emissão kg (CO2) 97,25	Compensado kg (CO2) 0,00
Condição Ambiental (CO2) 0,00	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
06 JAN 2017
Geate Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 137
Aldesoto - Fortaleza / CE



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados 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, previdência privada aberta, capitalização 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. Pelo exposto,

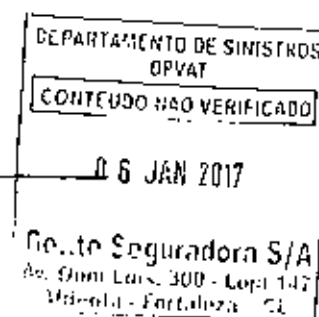
Pelo exposto eu Pedro Ernesto Amancio Gomes, portador(a) do RG nº 2001019006704, expedido por SSP-CE, em 10 / 07 / 2003, CPF/CNPJ nº 000.538.743-40

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Sabrina Pinheiro da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Sabrina Pinheiro da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ME RECUSO INFORMAR, Renda Mensal: R\$ ME RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RG e CPF

Pedro Ernesto Amancio Gomes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wanderson Cesar da Silva,
RG nº 200309904250, data de expedição 02/09/2011,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 053.628.523-37, com
domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Estevão Romário, nº 2149,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sabrina Pinheiro da Silva, cujo o condutor era
Wanderson Cesar da Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG-160 FAN ESDI
Ano: 2015 / 2016
Placa: PNP-0702-CE
Chassi: 9C2KCA22006R006111
Data do Acidente: 26/06/2016
Local e Data: Limoeiro do Norte-CE

Wanderson Cesar da Silva
Assinatura do Declarante

Wanderson Cesar da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma autêntica Wanderson
Cesar da Silva - Dou fé
Limoeiro do Norte-CE, 26 NOV, 2016
Em testemunho lote da verdade:
Wanderson
Avanti Ferraz de Melo - Tabelião
Bel. Cláudio José Fernandes Melo - Substituto
Bel. Chellete Maria Fernandes Melo - Substituto
Elyonara Magalhães Gomes - Esc. Compromissado
Leandro Fernandes Melo - Esc. Compromissado
VÁLIDO SOMENTE ITENS DE REGISTRO DE AUTENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Ge. de Seguradora S/A
Av. Dom Elói, 300 - Lda 1-17
Atliana - Fortaleza - CE



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

DIGITADO

Nº Atendimento: 5047 CNS: 898003000791347 Data do Atend.: 26/06/2016 as 00:43:37
Nome do Paciente: SABRINA PINHEIRO DA SILVA Data de Nasc.: 14/07/1997
Endereço: CORONEL CLOVIS ALEXANDRINO 2098 LIMOEIRO DO NORTE Op: SAMARA
Convênio: SUS PSF: CENTRO Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDU
Sexo: F Idade: 18a 11m 12d Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 3
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)

Tramete pra UBS - queda de motor

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento

Data 1º Sintomas

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção
Ex. radiol + esopelido () 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
(x) Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
() Alta *brtop* () 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.

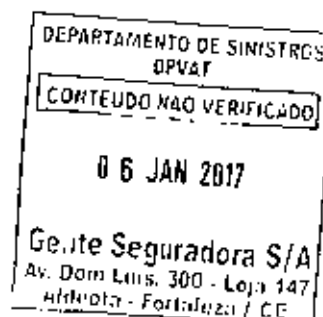
Assinatura do Profissional Executor

- Rou-x braco e antebraço E

1) Dep. de Sin. - Clarissa A. Nêe 01:40
Enfermeira COREN 401953

2) Sala gestação (sem acompanh)

3) Dm de GEBUS (1:30)





28/06/2016 11:43:25 1600154672 GUIA DE: () ATENDIMENTO () OBSERVAÇÃO - DIURNO - 12
Paciente: 00100372 - SABRINA PINHEIRO DA SILVA Data: 14/07/1997 - 18 A 11 M 12 D Sexo: F - Est. Civil: Solteira(a)
Identidade: 20081034363 - SSPCE - Raça/Cor: Parda - CPF: Ocupação: ESTUDANTE
Endereço: RUA - 14 - 717 - LAGOA DO TOCO - RUSSAS - CE CEP: 82.900-000 Nat.: LIMOEIRO DO NORTE - CE
Contato: (88) 97427-762 Mãe: MARIA DAS DORES PINHEIRO Pai: MARIO CELIO NOGUEIRA DA SILVA
Convênio: SUS - SUS Carteira: Validade:
Autorização: Sisprestat: CNS: Caráter Atend.: URGÊNCIA
Motivo: URGÊNCIA / EMER Especialidade: CLÍNICA MÉDICA Profiss. Atend.: DRA MARIA JO Setor: EMERGÊNCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)
Peso: _____ KG. Temp.: _____ °C. Pressão: _____ mmHg. D. X.: _____
Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO
Paciente relata queda de um objeto pesado
(um canudo) por trás das costas e
sintoma de dor e inchaço. Nega
lesões e fraturas.

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436
CNPJ nº 17.030.0001-64
CONFERE COM ORIGINAL
11/08/2016
ARQUIVO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO
Fratura de um osso (fêmur) (E)

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES
☐ RAIO X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1. R-X de fêmur direito e esquerdo		Dor em 14 e 15
2. Referir o paciente para o tratamento adequado		após
3. Orientar o paciente sobre a importância da fisioterapia		
4. Orientar o paciente sobre a importância da medicação		
5. Orientar o paciente sobre a importância da hidratação		
6. Orientar o paciente sobre a importância da mobilização	OK	

CONDIÇÃO:
☒ ALTA POR DECISÃO MÉDICA ☐ AMBULATÓRIO ☐ ALTA A PEDIDO
☒ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas) ☐ ALTA A REVELIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ TRANSFERÊNCIA PARA: DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 26/06/16 13:35

ÓBITO
Antes do 1º Atendimento? () SIM () NÃO Destino: () Família () JML () Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: M^o Claudete N. Serreire
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Ativada Fortaleza / CE
Carimbo e Assinatura do Médico: Dra. Maria Pires Lopes
Atendimento registrado por: Ianice Fonseca



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: _____
Nome: Sabrina Pichinho de Menezes Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☒ Idade: _____ Ocupado: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Tramite em processo @ após queda de um to
Resultado de Exames: _____
Consultas já realizadas: _____
Impressão Diagnóstica: Trx no duto distal a esofínd (B) CID: _____
Assinatura do Encaminhamento - Nº registro _____ Função _____ Data 26/01/16 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒
Especialidade: Psicologia Profissional: _____
Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Nome: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____
Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____
Condução Realizada: _____
Proposta e Conduta para Segmento: _____

O Problema justificou a referência? ☐ SIM ☐ NÃO
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ SIM ☐ NÃO

Assinatura do consultante - Nº registro _____

Função _____

Data ____/____/____



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: Sabrina P. M. de Almeida Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☒ Idade: _____ Ocupado: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Procurar um médico @ após queda de moto
Resultado de Exames: _____
Consultas já realizadas: _____
Impressão Diagnóstica: Ex. não deu resultado a exames CID: _____
Assinatura do Encaminhamento - Nº registro _____ Função _____ Data 26/06/16 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒
Especialidade: Ortopedia Profissional: _____
Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Nome: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____
Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 1-17
Aldeota - Fortaleza - CE

Proposta e Conduta para Segmento: _____

O Problema justificou a referência? ☐ SIM ☐ NÃO
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ SIM ☐ NÃO

Assinatura do consultante - Nº registro _____

Função _____

Data ____/____/____



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
065.908.803-79

NOME
SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Nascimento
14/07/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FED

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - DEFESA SOCIAL
PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
CONJ. ESTADUAL DE IDENTIFICAÇÃO KILOM. 16 KM. 05 - RUA 120

Polícia Dileta

Sabrina Pinheiro da Silva

065.908.803-79

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉDOR SÃO VEREDOR

06 JAN 2017

Gele Seguradora S.A.
Av. Duque de Caxias, 100 - Loja 101
Praia de Faro, Fortaleza - CE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
2008302154 - 3

DATA DE EMISSÃO
02/02/2007

NOME
SABRINA PINHEIRO DA SILVA

RELACAO
MARTAL DO MORTO DA SILVA

MARTAL DAS BORGES PINHEIRO

MODALIDADE
LIVRO DO MORTO - CE

DATA DE NASCIMENTO
14/07/1997

DOL. ORDEM
CERT. NASCIMENTO - LIVRO DO MORTO - 426, FOLHA: 128
LIVRO: 088 - LIVRO DO MORTO - CE

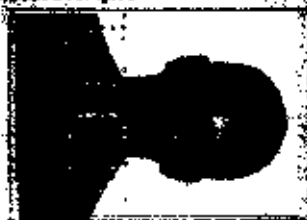
ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA: 2008302154

P. 155

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
E DESENVOLVIMENTO
INSTITUIÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

10/10/2001



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL: 001019004704 DATA DE EMISSÃO: 10/7/2001

NOME: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

FILIAÇÃO: FRANCISCO SOLOM GOMES E VITÓRIA AMANCIO GOMES

NATURALIDADE: LIMOEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO: 4/5/1983

DOC. ORIGINÁRIO: 11864-1 ATIL F

219V LIMOEIRO DO NORTE-CE

CPF: [REDACTED]



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF



PROVIMENTO DE 15/11/2001
DE 15/11/2001
[REDACTED]

06 JUN 2007

Coste Seguradora S.A.
[REDACTED]



GENE REX

ESPACE TEM : _____, d'altitude : _____

—COTA LINICA—

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

40,06/0000

[illegible]

12/04/2010

LEARNING-TO-BE

以下

• • • • •

5. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1037.

MAP

5102-7015

Grate Seguradora S.A.
 c/o Departamento de Recursos Humanos
 Rua da Liberdade, 100
 01305-900 - São Paulo - SP

05 JAN 2017

CONFIDENTIAL

DEPARTMENT OF SCIENCE
CPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERILASISTÊNCIA

Polícia Dileta

Wanderson Cesar da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO

REGISTRO GERAL 2003099034250 DATA DE EMISSÃO 02/09/2011

NOME
WANDERSON CÉSAR DA SILVA
FILIAÇÃO
JOSÉ CARLITO DA SILVA
ILMA TEIXEIRA DA SILVA
NATURALIDADE
FORTALEZA - CE
DATA DE NASCIMENTO
20/01/1992

DOC. ORDEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 20339 FOLHA: 240V
LIVRO: A-18 LIMOEIRO DO NORTE - CE
CPF 053.628.523-37

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/68

P.: 176

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
053.628.523-37
Nome
WANDERSON CESAR DA SILVA
Nascimento
20/01/1992

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
MAI/2009

CORREIOS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Geleto Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 Loja 1-17
Alameda Fortaleza - CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170027818 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 26/06/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MEMBRO AFETADO PELO TRAUMA NO SINISTRO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO ESQUERDO 50%

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

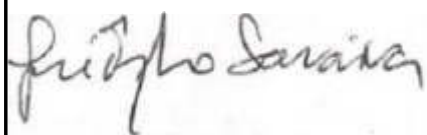
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170027818 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 26/06/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO DO PUNHO ESQUERDO COM FRATURA SEM DESVIO DO RÁDIO DISTAL E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DOR À MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO E MÃO ESQUERDOS E Á PALPAÇÃO DA ÁREA DA TABAQUEIRA ANATÔMICA COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DA FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRAUMATISMO COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL SEM DESVIO E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO TRATADAS CONSERVADORAMENTE COM GESSO AXILOPALMAR POR 30 DIAS, SEGUIDO DE LUVA GESSADA POR 60 DIAS. EVOLUINDO POSTERIORMENTE COM DOR, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS. FRATURA DO ESCAFÓIDE CONSOLIDADA VICIOSAMENTE

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/01/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO E CONSENSO

Médico examinador: FRANCISCO FROTA PINTO JUNIOR

CRM do médico: 5300

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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Sabrina Pinheiro da Silva, brasileira, solteira, portadora da identidade RG nº 2008103436-3 – SSP-CE, CPF: nº 0065.908.803-79, residente e domiciliada na Rua Cel Alexandrino, 2098, Sítio Tabuleiro Alto, Limoeiro do Norte, Estado do Ceará, Cep: 62.930-000

Outorgado: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES, brasileiro, casado, autônomo, portador da identidade RG nº 2001019006704 – SSP – CE, CPF nº 000.538.743-40, residente e domiciliado na Rua Valderes Gurgel, 932, Bairro Brotolandia, Limoeiro do Norte – CE, CEP: 62.930-000. Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER**, referente ao **Seguro Obrigatório DPVAT**, podendo assinar quaisquer documentos, receber e passar recibos, dar quitações, requerer e assinar o que for necessário.

2º OFÍCIO
LIMOEIRO DO NORTE

Limoeiro do Norte - CE 23 / 11 / 2016
LOCAL DATA

Sabrina Pinheiro da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE

OBS: (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2º OFÍCIO
LIMOEIRO DO NORTE
Camilo Rêgo Lima, 353 - Centro
CEP: 62.930-000 - Limoeiro do Norte - CE
FONE/FAX: (85) 3423-1151
Zelo e respeito às normas, autenticidade)
Sabrina Pinheiro da Silva
Limoeiro do Norte - CE
Em testemunho com da verdade
Pedro Evandro Amancio Gomes
Av. Fátima das Mães - Tabuleiro
Rua José Fátima das Mães - Tabuleiro
Limoeiro do Norte - Ceará

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Ge. te Seguradora S/A
Av. Dom Lins. 300 - Lapa 117
Atlixo - Fortaleza - CE