



Número: **0010753-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BIANCA MARIA OLIVEIRA LOPES (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65382994	28/07/2020 14:14	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Pag. 01349/01350 - carta_01





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

Pag. 014/19/01420 - carta_02



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10477732

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170027818 ASL-0008300/17
Vitima: 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

Pag. 01167/01168 - carta_15R



00030584



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 ESCAFÓIDE 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 ESCAFÓIDE 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 ESCAFÓIDE CONSOLIDADA VICIOSAMENTE

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.

DOR À MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO E MÃO ESQUERDOS E À 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 sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 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 OF. 24930/5343-87



Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 14:14:37
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072814143708800000064158069>
Número do documento: 20072814143708800000064158069

Num. 65382994 - Pág. 5



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



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, Sabrina Pinheiro da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 2008103436-3 EXPEDIDO POR SSEP-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 Sabrina 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, **DEPARTAMENTO DE SINISTROS PREVIDÊNCIA SOCIAL** ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa), **CONTINUA NÃO VERIFICADO**
- 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 FIDC como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no 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) _____

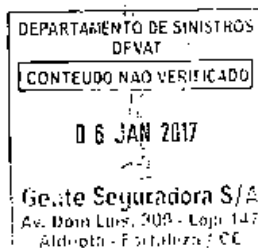
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Aracaju do Norte 04 de Março de 2017 Sabrina Pinheiro da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

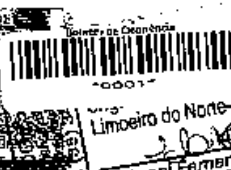
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.







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



Interesse com o
Estado do Ceará
13/01/2016

Limoeiro do Norte-CE.

Avanil Fernandes Maia - Tabelão
Bel. Claudio José Fernandes Maia - Substituto
Bel. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituto
Cybeleirza Magalhães Gomes - Esp. Compromissado
Laboratório de Análise de DNA - Fís. Compromissado
Laboratório de Análise de DNA - Fís. Compromissado

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3539 / 2016

Dados da Ocorrência

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:

Dados da(s) Vítima(s)

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN 2017

Noticiante(s)

Nome: **WANDERSON CESAR DA SILVA**
Nascimento: **20/01/1992** CPF:
CNH: **1004321515** Órgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
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:

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 Loja 107
Alfândega Fortaleza - CE

Histórico

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Lucinda de Moura

LUCINDA DE MOURA
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT 444567 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.: 404587-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X. Sabina Pinheiro da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

X. Sabina Pinheiro da Silva



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
 Limoeiro do Norte-CE, 23 MAR. 2016

[Assinatura]
Avani Fernandes Maia - Tabelião
 Bel. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
 Bel. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituto
 Elybenária Magalhães Gomes - Esc. Oficial
 Av. João Fernandes Maia - Esc. Oficial

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Ge.ito Seguradora S/A
 Av. Dom Luís, 300 - Lapa 142
 Aracaju - Foz de Iguaçu - 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 065.908.803-79, 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 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.

Gabrina Pinheiro da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Limoeiro do Norte - PE, 04.01.2017

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Ge. de Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Atoriz. - 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)							
Trauma por queda de altura - queda de um metro							
Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento						Data 1º Sintomas	
Procedimentos complementares solicitados:				() Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção			
Rx radiol + espinhal C				() Ultrassom Obstetico () 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 b.R.T.P. () 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 () NÃO				(X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS			

Assinatura do Paciente ou Resp.

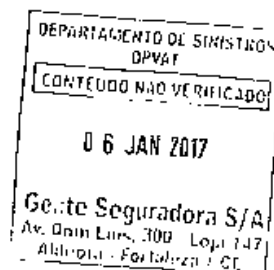
Assinatura do Profissional Executor

- RAO-X braço e antebraço E

1) Depressão em - Cláudia A. Nêo
Enfermeira COREN 402863

2) Rota grande (sem compressão)

3) Trauma crânio (1-307)



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

BRADESCO0302201705000000000023701781000000012923236250 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Sabrina Pinheiro da Silva

RG nº 2008103436-3, data de expedição 02/02/2012, Órgão SSP-CE,

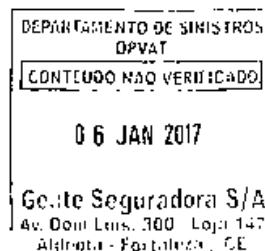
CPF nº 065.908.803-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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, 04.01.2017

Assinatura do Declarante: Sabrina Pinheiro da Silva



Nº DO CLIENTE
5852675-7

A Rede Social de Energia Elétrica
no âmbito da Lei nº 10.428
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética de Goiás
Rua Pedro Valdemar, 150
CEP 68126-000 / Fortaleza - CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.155.649-3



Nota 10 25060 07 805000 - 6 **Data de Emissão** 17/12/2016
Nome PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES
End. Postal RU VALDEZ GURGEL 00932
CENTRO - LIM. DO NORTE - 62930000
Medidor 2538939 **Fuseio** 0000 0000
Class 01-RESIDENCIAL MONOFASICO **Fator de Potência** 0,99
RG/CPF/CNPJ 000538743-40 **CGF**
Nome do Responsável

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letura	Consumo	Valor do Imposto	Valor do Imposto
Dez/2016	17/12/2016	16/01/2017	21,68kWh	43,93	162,71

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
162,71	21,68kWh	43,93	0,00	0,00	0,00

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 48-3423.4514 5/5 65,15

VENCIMENTO	TOTAL PAGAR (R\$)
Energia	79,00
Transmissão	1,70
Distribuição	24,20
Impostos Selo	12,20
Tributos (10% PIB-CEG)	54,90
TOTAL	162,71

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
06 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 137
Aldéa - 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.

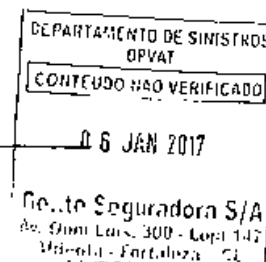
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade 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 Pinho Branco 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

Pinho Branco Amancio Gomes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wanderson Cesar da Silva,

RG nº 2003099074250, 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 Leônidas Remigio, nº 2149,
complemento Casa, 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: DC2KC22006R006111

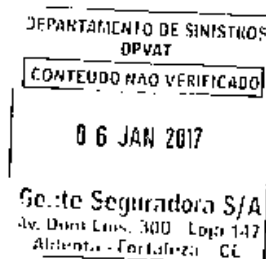
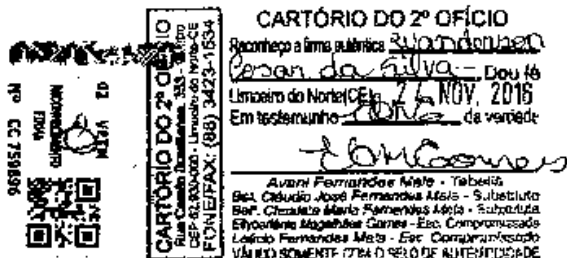
Data do Acidente: 26/06/2016

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)





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

DIGITADO

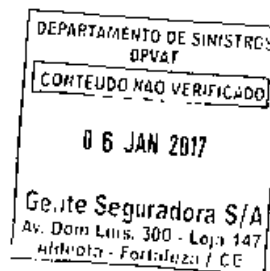
Nº Atendimento:	5047	CNS:	898003000791347	Data do Atend.:	26/06/2016	as	00:43:37
Nome do Paciente:	SABRINA PINHEIRO DA SILVA			Data de Nasc.:	14/07/1997		
Endereço:	CORONEL CLOVIS ALEXANDRINO 2098			LIMOEIRO DO NORTE Op:	SAMARA		
Convênio:	SUS	PSF:	CENTRO	Tipo Atend.:	AMBULATORIAL - INDIVIDU		
Sexo:	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>Trauma pulso @ - queda de motor</i>							
Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento						Data 1º Sintomas	
Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevencao <i>Ex. artro + radiol. @</i> () Ultrassom Obstetrico () 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 b. r. d. p. () 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 conducao da vítima: (X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS							

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

- Rano-X braço e antebraço e

1) Dep. em an. - Cláudio A. Nêe
2) Rota giratória (sem arrancada)
3) Zonas graves (1-30)





26/08/2016 11:43:25	1600154672	GUIA DE: () ATENDIMENTO (/) OBSERVAÇÃO	- DIURNO - 12 -
Paciente: 03100372 - SABRINA PINHEIRO DA SILVA	DN: 14/07/1997 - 10 A 11 M 12 D Sexo: F - Est. Civil: Solteira(a)		
Identidad: 20081034363 - SSPCE - Raca/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) 97427-782	Mãe: MARIA DAS DORES PINHEIRO	Pat: MARIO CELIO NOGUEIRA DA SILVA	
Convênio: SUS - SUS	Carteira:	Validade:	
Autorização:	Sispre natal:	CNS:	Caráter Atend.: URGÊNCIA
Motivo: URGENCIA / EMER	Especialidade: CLINICA MEDICA	Profiss. Atend.: DRA MARIA JO	Sector: EMERGENCIA

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

ANÂMNESE E EXAME FÍSICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Pte relata queda de umto hagedo
(um cardugo) do torax, dor e
distal de a dor e visto. No
urgência a insalção.

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Roberto, 1436
CNPJ 07.775.001/0001-64
CIENCE COM ORIGINAL
08/1/2016

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Rua Dr. João Ribeiro, 1436
CNPJ nº 175.501/0001-64
CONFERE COM ORIGINAL
11 / 08 / 2016
ARQUIVO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO
Infarto
 SÓD - EXAMES COMPLEMENTARES
☐ RAOX ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1) R-x gentisinas + limão Experiência	1) R-x gentisinas + limão Experiência	Da em 14/10/1978 após
2) Referencial de 1978 de Avaliação de Fratura Biológica?	2) Referencial de 1978 de Avaliação de Fratura Biológica?	Atyno Sara Maia Cruz ENFERMEIRA COREN: 276.928
3) Osteotomia 4) Mobilização	OK	

CONDUTA:

☒ ALTA POR DECISÃO MÉDICA	☐ AMBULATÓRIO	☐ ALTA A PEDIDO
☐ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)	☐ ALTA A REVELIA	☐ INTERNAÇÃO
☐ TRANSFERÊNCIA PARA:	DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 26.06.10 13:35	

ÓBITO
Antes de 1º Atendimento? ☐ SIM ☐ NÃO Destino: ☐ Família ☐ IML ☐ Anatomia Patológica

1.º Claudio M. Ferreira
Assinatura do Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTENIDO NA VERIFICAO
06 JAN 2017
Geite Seguradora S/A
Av. Duar Luis, 300 - Lapa 147
Arbitria Fortaleza CE

Atendimento registrado por: Ienice, 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 dia 26/01/16 a exoforia (B) CID: _____
Assinatura do Encaminhamento - Nº registro _____ Função _____ Data 26/01/16 Hora _____

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: _____
Conduta 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 A. Silva Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☒ Idade: _____ Ocupado: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Transtorno de ansiedade @ após queda de moto
Resultado de Exames: _____
Consultas já realizadas: _____
Impressão Diagnóstica: Ex. não desc. dist. de ansiedade @ CID: _____
Assinatura do Encaminhamento - Nº registro _____ Função _____ Data 26/06/16 Hora _____

AGENDAMENTO
Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒
Especialidade: Psiquiatria 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: _____
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

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - POLÍCIA MILITAR
 PERÍCIA POLICIAL DO ESTADO DO CEARÁ
 COLETA DE IMPRESSÃO DE DADOS BIOMÉTRICOS - BANCO DE DADOS

Polícia Militar

Sabrina Pinheiro da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Gerente Seguradora S. A.
 Av. ...
 ...

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - GOV. DO CEARÁ

REGISTRO CIVIL - 2009302156 - 3

DATA DE EMISSÃO: 02/02/2017

NOME: **SABRINA PINHEIRO DA SILVA**

RELACÃO: **MARIDO: GUSTAVO DA SILVA**

MARIA DAS BONS PINHEIRO

NACIONALIDADE: **BRASILEIRO DO NORTE - CE**

DATA DE NASCIMENTO: **14/07/1997**

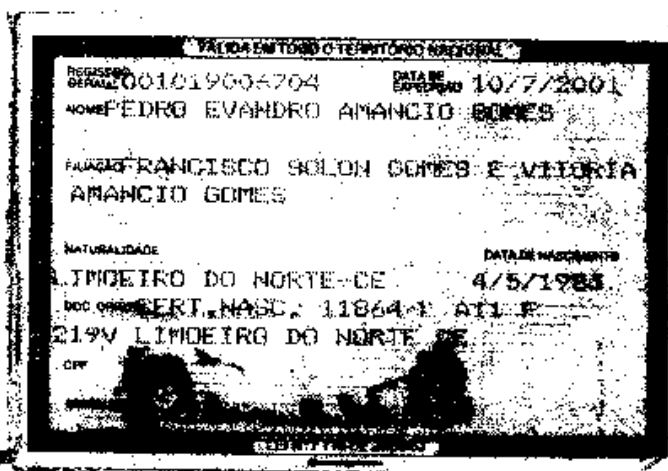
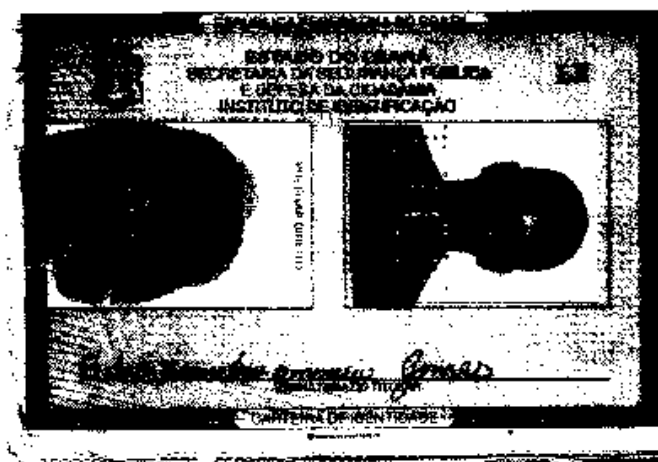
DOC. ORDEM: **CERT. NASCIMENTO - CARTÃO: 1 - DEPARTAMENTO DE SINISTROS - 128**

LIVRO: 084 - FOLHA: 14 - DO NORTE - 12

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.100 DE 2006





PROCURADOR DE JUSTIÇA
GROSSO
[Assinatura]
06 JUN 2007
Geste Seguradora S.A.
[Assinatura]



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 REGISTRO CIVIL

Polícia Dento

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 LIXOEIRO DO NORTE - CE
CPF 053.628.523-37

ASSINATURA DO DETENTOR

P.: 176

LEI Nº 7.116 DE 29/06/65

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 147
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

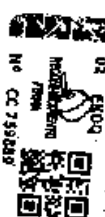
Outorgado: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES, brasileiro, casado, autônomo, portador da identidade RG nº 2001019006704 – SSP – CE, CPF nº 000.538.743-40, residente e domiciliado na Rua Valderes Gurgel, 932, Bairro Brotolandia, Limoeiro do Norte – CE, CEP: 62.930-000. Pelo presente instrumento Particular de 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.



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

Sabrina Pinheiro da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE

OBS: (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2º OFÍCIO DO PROMOTOR DE JUSTIÇA
Câmpio Rêchunha, 353 - Centro
62.930-000 - Limoeiro do Norte - CE
TELEFAX: (85) 3423-1511

Em 23 de Novembro de 2016, a Sr. 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, constituiu e nomeou seu 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.

