

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

Nº Sinistro: **3180290982**

Vitima: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

Data do Acidente: **14/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180290982**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13014045



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

Sinistro: **3180290982**

Vítima: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

Data do Acidente: **14/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180290982** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

Nº Sinistro: **3180344064**

Vitima: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

Data do Acidente: **14/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180344064**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13154069



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

Sinistro: **3180344064**
Vítima: **ANTONIA PEREIRA GOMES**
Data do Acidente: **14/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180344064** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Carta nº: 13219337

A/C: ANTONIA PEREIRA GOMES

Nº Sinistro: 3180344064
Vítima: ANTONIA PEREIRA GOMES
Data do Acidente: 14/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO

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: ANTONIA PEREIRA GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003812

Conta: 0000020280-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 841.571.193-04 CPF da Vítima: 841.571.193-04 Nome completo da vítima: Antônia Pereira Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Antônia Pereira Gomes		CPF titular da conta: 841.571.193-04	Profissão: Hom. Retic. Retic.
Endereço: Rua São João Batista		Número: 88	Complemento:
Bairro: Baraleta	Cidade: Itapagé	Estado: CE	CEP: 62600-000
Email: 		Telefone (DDD): (85) 99989109	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ **RECUSO INFORMAR** ☐ **SEM RENDA** ☐ **ATÉ R\$ 1.000,00** ☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**
☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00** ☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ **BRASESCO (237)** ☐ **BANCO DO BRASIL (001)** ☐ **ITAÚ (341)**
☐ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: Caixa Econômica		NRO: 304	
AGÊNCIA NRO: 3812	D/V: 	CONTA NRO: 20280	D/V: 1

(Informar dígito se existir)

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

Itapagé, 19 de junho de 2018
Local e Data

UBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

25 JUN. 2018

Antônia Pereira Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Horários e Limites



Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione **CONFIRMAR** e aguarde o comprovante.

Conta origem:	
Conta destino:	3812 / 001 / 00020280-1
Agência destino:	ITAPAJE
Nome destinatário:	ANTONIA PEREIRA GOMES
Valor:	

Digite sua assinatura eletrônica para efetuar a operação.

RETORNAR

3406852971

CONFIRMAR

CAIXA CORRETORA DE SEG. LTD.

25 JUN. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 465 - 589 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/05/2018 09:53:21**
Data / Hora da Ocorrência: **14/04/2018 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR-222**
Complemento:
Bairro:
Município: **ITAPEJÉ/CE**
Ponto de Referência: **ALTO DO SÃO CRISTÓVÃO**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIA PEREIRA GOMES**
Nascimento: **27/06/1959** CPF:
RG: **2005005116092** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA GESSINA SOUSA PEREIRA**
JOSE RODRIGUES PEREIRA
Endereço: **RUA VILA JOAO BATISTA, 66** CEP:
Bairro: **BARATEIRO**
Município: **ITAPEJÉ/CE** Telefone: **(85) 99411-5460**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCM1879** Uf: **CE** Município: **ITAPEJÉ** Chassi:
9C2HB0210CR011683 Renavam: **407911880** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2011**
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
ANTONIA PEREIRA GOMES Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
NORMAL

Histórico

NARRA A NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇOS A CIMA MENCIONADOS, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA QUALIFICADA, A QUAL ERA CONDUZIDA PELA LARISSA PEREIRA RODRIGUES FONTELLES, QUANDO AO DESVIAR DE UM VEICULO QUE VINHA EM DIREÇÃO CONTRÁRIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO CAIR AO SOLO; QUE A CONDUTORA DA MOTOCICLETA CONDUZIU A NOTICIANTE PARA O HOSPITAL LOCAL "FUSEC", E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA HOSPITAL ABELARDO GADELHA, EM CAUCAIA; QUE A NOTICIANTE SOFREU FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E VARIAS E ESCORIAÇÕES PELO O CORPO

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJÉ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:


METUSALEM ROCHA BRANDÃO - MAT.: 133963-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antônia Pereira Gomes

VISTO DO DELEGADO(A):


ANDRÉ CICERO FIRMINO DA SILVA - MAT.: 30117611

Larissa Pereira Rodrigues Fontelles

DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJÉ

Pág. 1 de 1

IA CORRETORA DE SÉG. LT

25 JUN. 2018

25/06

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Pereira Gomes

CPF da Vítima

841.571.193041

Data do Acidente

14.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Itapetininga, 19 de Junho de 2018

Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

Antonio Pereira Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DIA / MÊS / ANO

REG

121

NOME DO PACIENTE

IDADE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

59

F

270659

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

ENDEREÇO

BAIRRO

MUNICÍPIO

Rua João Batista 70

Baratino

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO: ___ KG TEMPERATURA: ___ °C PRESSÃO ARTERIAL: ___ mmHg GLICEMIA: ___ mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T. (EXAMES COMPLEMENTARES)

DESTINO

RESIDÊNCIA

TRANSFERÊNCIA

RESIDÊNCIA

RECUSOU INTER.

LEITO OBSER.

REFERÊNCIA

CÓD. DO PROCEDIMENTO

CREMEC 18.17

ASSINATURA DO MÉDICO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA PEREIRA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03812

CONTA: 000000020280-1

Nr. da Autenticação CE304EB6BC7A89E2



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE ITAPAJÉ
RUA DOM AURELIANO MATOS, 1019 - CENTRO - ITAPAJÉ/CE
CEP: 62.600-000 CNPJ: 07.544.786/0001-57
FONE/FAX: (081) 3346-0188/3346-1161/3346-1255
WWW.SAAEITAPAJE.COM.BR

RECEITA Nº 0005058.4 CLASSE PAR R-1 RES COM IND PUB OUT 03/2018

HIDROMETRO 211995 INSTALAÇÃO 01/07/96 LOCALIZAÇÃO 00.00.04.0000015420 FOLHA 180022623

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ANTONIA PEREIRA GOMES
VILA JOAO BATISTA, 66, BARATEIRO
CEP: 62.600-000 ITAPAJÉ-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

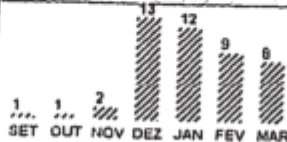
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	TARIFA DE AGUA	01/01	17,68
16	MULTA POR ATRASO - 01/2018	01/01	0,49

HIDROMETRIA

ULTIMOS CONSUMOS

LEITURA DATA
ANTERIOR.: 2398 07/02/18
ATUAL.: 2406 06/03/18
CONSUMO.: 08 DIAS: 27
LEITURISTA: 01 OCO: 00

MÉDIA: 6 m³



DÉBITO(S):
FEV/2018

VENCIMENTO 27/03/2018 VALOR R\$ 18,17

CONFORME ABAIXO INFORMADO, EXISTE DÉBITO PARA COM
S E R V I Ç O SOLICITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO MESMO ATÉ
15/03/2018, QUANDO SERÁ EFETUADO O CORTE.
CASO JÁ TENHA EFETUADO O PAGAMENTO, DESCONSIDERE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

25 JUN. 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B [Série B-4 | N° 529324314

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
6252194 DV **2**

VENCIMENTO
23/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
45,42

Rota 31 035092 06 087600

Medidor

Poste

Nome RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO

23009458

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST SERRA DA PELONIA 00001 SANTA LUZIA URUBURETAMA
62650000

RG / CPF / CNPJ 813.336.413-20 CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 5611 5587 1 24 0 30

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura

16/07/2018 16/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F89C.F60F.9968.F178.6C1B.C975.77ED.B12C

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,27

JUROS DO MES

0,28

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,41

JUROS DO MES

0,54

COR. SALDO FATURA ANTERIOR

32,25

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,92)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

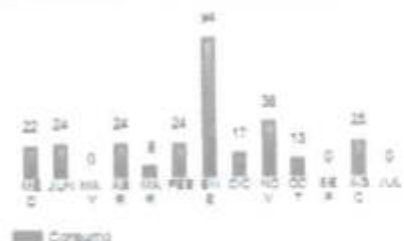
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,73

Conjunto ITAJAJÉ

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual		Apuração Individual		
	Mensal	Trim. Anual	Mensal	Trim. Anual	
DI (h)	10,44	20,88	41,76	4,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:
Data de Emissão:

6252194-2
20/06/2018

N° da Nota Fiscal: 529324314
Referência: JUN/2018

Total a Pagar (R\$): 45,42
N° de Controle: 0006252194 00047 4348 2 46

83800000000-9 45420031000-8 00062521940-6 00474348204-5



IBIA CORRETORA DE SEG. LTD

25 JUN. 2018

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 mensal, além da 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Rodrigues Briho inscrito (a) no CPF sob o Nº 813.336.443 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônia Pereira Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 841.571.493 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura qualidade da Vítima Antônia Pereira Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 841.571.493 / 04, 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 Líder-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 <u>Sítio Serra da Pelourna</u>		Número <u>00001</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Santa Luzia</u>	Cidade <u>Uruburetama</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62650-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(85) 999890779</u>

Itapicé, 19 de junho de 2013
Local e Data

Raimundo Rodrigues Briho
Assinatura do Declarante

Celso Pinheiro
(85) 99989-0779
(85) 98721-2741

IA CORRETORA DE SEG. LTD.



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **14/04/2018**. **SOFREU FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL A ESQUERDA**. PACIENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 60 DIAS, SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM **DOR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO**. APRESENTA, AINDA, DÉFICIT DE FORÇA E INCAPACIDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

DATA 17/08/18

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

26 JUL. 2018

ASS: _____

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM 10184
TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

26/07



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIA / MÊS / ANO

1	6	0	4	1	8
---	---	---	---	---	---

REG

1	2	1
---	---	---

NOME DO PACIENTE

Antônia Pereira Gomes

IDADE

59

SEXO

F

DATA DE NASCIMENTO

2	7	0	6	5	9
---	---	---	---	---	---

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

maria Gessina Sousa Pereira

ENDEREÇO

Rua João Batista 70

BAIRRO

Baratino

MUNICÍPIO

Ilheus

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO: ____ KG TEMPERATURA: ____ °C PRESSÃO ARTERIAL: ____ mmHg GLICEMIA: ____ mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO☐ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T. (EXAMES COMPLEMENTARES)

DESTINO

RESIDÊNCIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

RESIDÊNCIA

☐

RECUSOU INTER.

☐

LEITO OBSER.

☐

REFERÊNCIA

☐

CÓD. DO PROCEDIMENTO

1	8	1	7	2
---	---	---	---	---

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

ISS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS
FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher com letra legível.
2. Preencher esta ficha em 3 vias.
3. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, entregando a 3ª via para (retornar) com a unidade de origem.

Unidade de Origem: H.M. 9.4.6
Distrito Sanitário: 2º Distrito Sanitário
Nome: Out. Lúcia Prontuário N°: _____
Sexo: M () F () Data de Nascimento: 27.10.1978 Ocupação: _____
Pai: _____ Mãe: _____
Endereço: Rua João Batista Bairro: _____ Fone: _____
Agente de saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Motivo do Encaminhamento: Pto. Dor no quadril - fratura fechada
do fêmur
Exames solicitados e resultados: Tudo normal. na flexão 30°
do joelho
Medicamentos utilizados: _____
Impressão Diagnóstica: fratura fechada do fêmur
Assinatura do Encaminhamento - N° do Registro: _____ Função: Medico Data: 10/04/13 Hora: _____
Encaminhamento para atendimento: AMBULATORIAL ☐ AGENDAMENTO HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐
Procedimento: Ortopedia Profissional: Dr. Carlos
Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta: _____

RESUMO CLÍNICO - CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO - Principal: _____ C.I.D. _____
Secundário 1: _____ C.I.D. _____
Secundário 2: _____ C.I.D. _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O problema Justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()

Assinatura do Consultante - N° do Registro

Função:

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

(*) Utilizar também como resumo de alta

25 JUN. 2018



	SINAIS VITAIS		
Horário:			
P.A.			
Temperat.:			
Peso:			
Estado:			

Data: 8/04/18	Horário: 18:51	Paciente chegou:	<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Automóvel
			<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Outros
Paciente: Antonio Pereira Gomes				
Nome da Mãe: Maria Glória Sousa Pereira				
Idade: 58	Sexo: F	Data de Nascimento: 27/06/59	Identidade: 2005005116040	Telefone p/ contato: 912381940
Endereço (Rua, nº): Rua Manoel José Botelho N.º 6				
Bairro: Pimenteiras	Cidade: Manaus	Estado: A	Nome do Funcionário SAME: [Assinatura]	

PROCEDIMENTOS		OUTROS		TIPOS DE ATENDIMENTOS
				Clinica Médica
				Clinica Pediátrica
				Clinica Cirúrgica
História Clínica:	Paciente admitido no dia 16/04/2011			Clinica Obstetrícia
	Exame físico normal			Traumatismo / Ortopedia

História Clínica

Diagnóstico

EXAMES SOLICITADOS

1) _____ 3) _____
2) _____ 4) _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE			DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito		

Motivo da Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

25 JUN. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr. (a) Ante Perena
Cônes

foi atendido (a) _____
do _____
no dia 17, 04, 18 às _____ Horas, necessitando de
14 (quatorze) dias de repouso, por motivo de doença.
CID: 582

Assinatura do Paciente ou Responsável

17/04/18

Local e Data

17 ABR 2018

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo contendo Nome completo e Registro CRM/CRO)

NOTE _ Este atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312, de 23/01/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

SS:



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 07.683.956/0001-84

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Srt^a Fátima Gomes
ENDEREÇO: _____
IDADE: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____

Retorno
15-20 dias
Frotoma de joelho

17 ABR 2018

ITAPAJÉ: _____

Assinatura e Carimbo Profissional

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 JUN. 2018



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 07.683.956/0001-84

RECEITUÁRIO

Dr.ª Perera Lima

UNIDADE DE SAÚDE: _____

gestos
20-30
velho

LÍRIA CORRETORES DE SEG. LTDA

25 JUN 2018

17 JUN 2018

ITAPAJÉ: _____

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Dr.ª Perera Lima

ENDEREÇO: _____

IDADE: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____

R. de velho (E)
2018

cl. geral

17 JUN 2018

ITAPAJÉ: _____

Assinatura e Carimbo Profissional



25 JUN. 2018

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr. (a) Antônio Perreira
Coelho

foi atendido (a) Ortopedia
Clinica do serviço
do Hospital Ambulatório
no dia 29 / 05 / 18 às Horas, necessitando de
45 (quarenta e cinco) dias de repouso, por motivo de doença.
por estenose
CID: S82.1

Assinatura do Paciente ou Responsável

29/05/18

Local e Data

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Otimbo contendo Nome completo e Registro CRM/CRO)

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Otimbo contendo Nome completo e Registro CRM/CRO)

NOTE _ Este atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312, de 23/01/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

PARECER DA JUNTA MÉDICA
LEI Nº 1.615, DE 29 DE NOVEMBRO DE 2006

Art. 36 - O auxílio-doença será devido ao segurado que ficar incapacitado para o seu trabalho por mais de quinze dias consecutivos e consistirá no valor de seu último subsídio ou remuneração.

§ 1º - Será concedido auxílio-doença, a pedido ou de ofício, com base em inspiração médica.

Art. 31 - A aposentadoria por invalidez será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz de readaptação para o exercício de seu cargo e ser-lhe-á paga a partir da data do laudo médico pericial que declarar a incapacidade e enquanto permanece nessa condição.

Senhor Diretor:

Apresentamos abaixo o Laudo do exame realizado pela Junta Médica da CAPESI com as respectivas indicações com vistas às providências administrativas correspondentes.

Nome: Roberto Pereira da Silva

End.: Rua João Batista #100 Barão Fone: 9941546

Cargo: ASG Lotação: Delegacia de Administração

História Clínica: paciente com dor de cabeça e febre, no dia 24/05/18, remaneceu-se com 38,5°C, mobilidade por quedas graves.

Diagnóstico: CID(S) D82.1

Resultados do Exame:

☒ Incapacidade temporária para o trabalho-Auxílio -Doença-Art. 36

☐ Incapacidade definitiva para o trabalho-Aposentadoria por Invalidez-Art. 31

Proventos: ☐ Integral ☐ Proporcional

Tempo de Afastamento: 60 Dias Início a partir de 24/05/18

Itapajé 05/06/18

Dr. Raimundo de A. Bastos Junior
CRM - 4128
Médico Perito - CAPESI

Médico-Carimbo

Médico-Carimbo

Cliente: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

25 JUN. 2018
SIA CORRETORA DE SEG. LTDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RAIMUNDO RODRIGUES BARROS FILHO
CPF: 013.135.413-20
Data de Nascimento: 28/03/1978
RG: 130025358
CE: 02

RAIMUNDO RODRIGUES
MARIA EUNICE RODRIGUES
BARROS

16/04/1988
Data de Emissão
Data de Validade

582580644
Número de Registro

582580644
Número de Registro

PROFISSÃO: PASTORAL

582580644
Número de Registro

0270
Assinatura

17/05/2012
Data de Emissão

00314093406
Número de Registro

0130223211
Número de Registro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 9242563957

VIA: 907911980 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

ANTONIA PEREIRA GOMES

ITAPAJÉ/CE

CPF / CNPJ 84157119304 PLACA CCM1879

PLACA ANT. / UF 907911980 CHASSI PC2HE0210CR011683

ESPÉCIE TIPO FAS/MOTOCICLO/INO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. POT. / CL 25 / 6CV / 97CC CATEGORIA PARTIC. COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.63 JOE (R\$) 0.00 PREMIO TOTAL (R\$) 180.63 DATA DE PAGAMENTO 28/02/2018

OBSERVAÇÕES

ITAPAJÉ

LOCAL

DATA 04/03/2018

EXEMPLO

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

CE Nº 9242563957 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018 EXERCÍCIO

CPF / CNPJ 84157119304 PLACA CCM1879

242563957 02151675864

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 9242563957 2018 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 02/03/2018

VIA 907911980 CPF / CNPJ 84157119304 PLACA CCM1879

RENAVAM 907911980 MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB. 2011 CAT. TARE 02 CHASSI PC2HE0210CR011683

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) 1.29 DENATRAM (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO DPVAT 30.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 115.00 IQF (R\$) 0.70 TOTAL DO SEGURO DPVAT 185.80

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 28/02/2018

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

414 CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 JUN. 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180344064

Cidade: Itapajé

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA PEREIRA GOMES

Data do acidente: 14/04/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO. HIPOTROFIA DE QUADRÍCEPS COM REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR. MARCHA CLAUDICANTE COM PRESENÇA DE DERRAME ARTICULAR NO COMPARTIMENTO MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE APARELHO GESSADO POR APROXIMADAMENTE 60 DIAS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: ANTÔNIA PEREIRA GOMES
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRA
Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA
Identidade: 2005005216032 CPF: 813.336.413-20
Endereço: VILA SOUZA ZATISTA
Bairro: REATINO
Cidade: ITAPAJÉ CEP: 62600-000

OUTORGADO (Procurador)

Raimundo Rodrigues Bastos Filho, CPF nº 813.336.413-20, com endereço na Rua Damiano Martins Sales, 39, Bairro: Santa Rita: Cidade: Itapagé- Ceará, CEP: 62600-000, Fone: (85) 99224-9280, E-mail: raimundoevabastos@gmail.com

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Antônia Pereira Gomes

Local e data:

Itapagé, 18 de maio de 20 18

Antônia Pereira Gomes
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



CARTÓRIO ZÉLIA MOTA 1º OFÍCIO DE ITAPAJÉ CE
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: ANTONIA PEREIRA GOMES. CONFERIDO
Itapagé-Ceará, 18/05/2018.

CAROLINE GOMES MOTA

autenticidade

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180344064**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIA PEREIRA GOMES**

Endereço do(a) Examinado(a):

VL JOAO BATISTA, 66 - BARATEIRO - Itapagé - CE - CEP 62600-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2005005116092**

Data e local do acidente: [**14/04/2018**] **ITAPAGÉ, CE.**

Data e local do exame: [**01/08/2018**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

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

AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO. HIPOTROFIA DE QUADRICEPS COM REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR. MARCHA CLAUDICANTE COM PRESENÇA DE DERRAME ARTICULAR NO COMPARTIMENTO MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE APARELHO GESSADO POR APROXIMADAMENTE 60 DIAS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do joelho esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 - CPF 128.879.68-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE