

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2017

Carta nº: 10702266

A/C: LUCIANO INACIO DE MELO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170155975 ASL-0101668/17
Vítima: LUCIANO INACIO DE MELO
Data Acidente: 04/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 10708287

A/C: LUCIANO INACIO DE MELO

Sinistro: 3170155975 ASL-0101668/17
Vítima: LUCIANO INACIO DE MELO
Data Acidente: 04/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

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.seguradoralider.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, 11 de Abril de 2017

Carta nº: 10814322

A/C: LUCIANO INACIO DE MELO

Sinistro: 3170155975 ASL-0101668/17
Vítima: LUCIANO INACIO DE MELO
Data Acidente: 04/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

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: LUCIANO INACIO DE MELO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003587

Conta: 0000026571-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autônoma 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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



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, LUCIANO INACIO DE MENEZES

PORTADOR(A) DO RG Nº 3222038034164 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 28/02/2017

CPF 0440025363-29 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUCIANO INACIO DE MENEZES. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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, tem-se-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 ou Salário ou benefício;
- Conta Empresarial -- nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 Lotéricas 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 conta com 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.

SEGURADORA

9 MAR 2017

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3587 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26571-6

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.

Assinatura do(a) 28 de junho de 2017
LOCAL E DATA

Luciano Inacio de Menezes
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO



- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago pelo Segurado Beneficiário, obedecendo a 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 acordo prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse o site www.sisdpvat.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. NOVA JUAZEIRO

DATA: 15/02/2017

HORA: 14:47:54

TERMINAL: 35871009

CONTROLE: 358710090692

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALDRES - TEV

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE

CONTA : 013.00.123.721-3

NOME : ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 3587 / NOVA JUAZEIRO

CONTA : 013.00.026.571-6

NOME : LUCIANO INACIO DE MELO

VALOR

DATA DE EFETIVAÇÃO: 15/02/2017

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

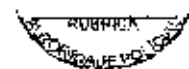
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



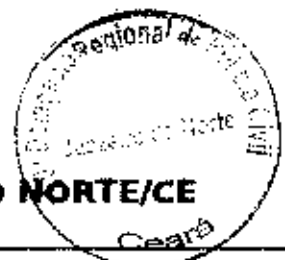


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 1644 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/02/2017 11:16:37**
Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2016 16:41:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA RUI BARBOSA**
Complemento:
Bairro: **LIMOEIRO**
Ponto de Referência:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCIANO INACIO DE MELO**
Nascimento: **08/10/1975** CPF: **044.025.363-24**
RG: **2002029034164** Órgão Emissor:
Filiação: **NIZETE INACIO DE MELO**
ANTONIO FERBONIO DE MELO
Endereço: **RUA SANTA CECÍLIA, 1311**
Bairro: **SALESIANOS**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL**

Telefone:

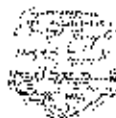


Dados do(s) Veículo(s)

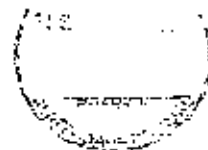
1) Chassi: **LTEXCBLB3F1004142** Tipo do Veículo: **CICLOMOTOR** Marca /
Modelo: **1/CHARMING BRAVAX BX50CC** Ano Fabricação: **2015** Ano
Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário:
CICERA LUCIANA PEREIRA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
ENVOLVIDO

Histórico

Afirma O NOTICIANTE, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA HORA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS ESTAVA CONDUZINDO O CICLOMOTOR SUPRA DESCRITA SOZINHO SEM NENHUM PASSAGEIRO, TRAFEGANDO NORMALMENTE NA VIA OCASIÃO EM QUE OUTRO VEÍCULO (NÃO ESPECIFICADO) CRUZOU DE REPENTE NA VIA (INVADINDO A PREFERENCIAL) E ACABOU COLIDINDO COM O NOTICIANTE/CONDUTOR; QUE O DECLARANTE EM VIRTUDE DA COLISÃO ACABOU PERDENDO O EQUILÍBRIO E CAINDO AO SOLO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO À VÍTIMA; QUE A VÍTIMA NO MOMENTO DO ACIDENTE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI PARA RECEBER ATENDIMENTO MÉDICO EM JUAZEIRO DO NORTE/CE; QUE DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DA CABEÇA, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 140772; QUE A VÍTIMA/CONDUTOR NÃO É PORTADOR DE CNH; QUE O CICLOMOTOR PILOTADO PELO DECLARANTE NÃO POSSUI PLACA DE IDENTIFICAÇÃO; QUE APRESENTOU CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS, OS QUAIS SÃO ANEXADOS AO BO: RG E CPF DO CONDUTOR/VÍTIMA, PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E DOCUMENTO DO VEÍCULO; QUE FOI DEVIDAMENTE CIENTIFICADO QUE A RESPONSABILIDADE DE TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE REGISTRO SÃO DO DECLARANTE, E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 400 - 1544 / 2017

Encerrada a presente ocorrência, que depois de lida é achada conforme. Vai
seguindo para o arquivamento.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

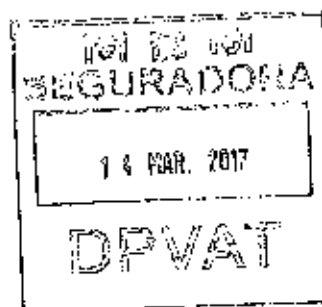
ANDERSON MARTINS DE LACENDA - MAT.: 300625-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Luciano Inacio de Melo

TESTE DO DELEGADO(A):

CICERA DE JESUS SANTOS ARAUJO - MAT.: 198445-1-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, LUCIANO ENÁCIO DE MELO, portador da carteira de identidade nº 2002029034164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 044.025.363-24, residente e domiciliado na RUA SANTA CECÍLIA 1331 São Manoel, Cidade Luiziano de Mello, Estado Goiás, 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.

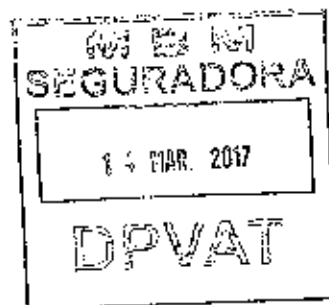
- Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Luciano Enácio de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Luiziano de Mello 25 janeiro 2017

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: LUCIANO INACIO DE MELO Admissão: 04/12/2016 17:05
Pront.: 140772 Data Nasc.: 08/10/1975 Idade: 41 ano(s) 1 mes(es) e 27 dia(s) Tel.: 88
Mãe: NIZETE INACIO DE MELO
Sexo: Masculino RG: 2002029034164 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: PIO XII
Endereço:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador ROSA MARIA GRANGEIRO MARTINS Horário 04/12/2016 17:09
Preixa: paciente vítima de acidente de trânsito, chega na reanimação conduzido pelo samu com rnc.
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: ALTERAÇÃO SÚBITA DE CONSCIÊNCIA
Sato02: Glasgow: 15 Temperatura: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 4366 Nº: 352883 Horário 04/12/2016 17:11
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: REANIMAÇÃO
Hipótese Diagnóstica: TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DA CABEÇA
Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TCE GRAVE COM OTORRÉIA. GLASGOW 6. COM ANISOCORIA. PRESENÇA DE HEMATOMA SUBGALEO PARIETAL.

SEGURADORA

14 MAR. 2017

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
04/12/2016 17:09:00	TRAUMA MAIOR	ALTERAÇÃO SÚBITA DE CONSCIÊNCIA	LARANJA	ROSA MARIA GRANGEIRO MARTINS

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
EX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	04/12/2016 17:17	Sim	Pendente
TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079)	04/12/2016 17:17	Sim	Realizado
EMOGRAMA COMPLETO - REX (0202020380)	04/12/2016 17:17	Sim	Coletado
TC COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE (0206010010)	04/12/2016 18:09	Sim	Realizado



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LUCIANO INACIO DE MELO

RG nº 320249034165, data de expedição 28/02/01. Órgão SSP-CE

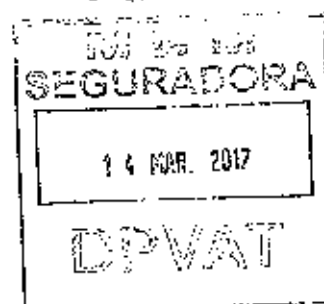
CPF nº 049.025.363-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome do terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA - SANTA CECILIA</u>
Número	<u>1311</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>SALESIANO</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63.050-202</u>
Telefone de Contato	<u>1857 3574.6549 (88) 9.9805.6262</u>
E-mail	<u>lucianoquaracipio@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me. Perícia: (88) 3572.0398 / 99779-2255

Local e Data: Juazeiro do Norte 25 janeiro 2017

Assinatura do Declarante: Luciano Inacio de Melo





6681044-2

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
é concedida pelo Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza, CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 05-105-046-2

Código para o Gato!

CONTO DE ENERGIA ELÉTRICA RESIDENCIAL - 6681044-2

465717499

Rota 10 13000 03 020670 - 9

Data de Emissão 13/02/2017

Nome ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

End. Postal AV PRS CASTELO BRANCO 02001 L A
LIMOEIRO - JUAZEIRO DO NORTE -

63030-205

Município 742411

Parcela 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 030026784-30

CGF

Nome do Responsável

Dados

Nº da Fatura	Data da Apresentação	Proximo Próxima Leitura
Feb/2017	33/02/2017	15/03/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda do índice desta conta.

Conjuntos JUAZEIRO DO NORTE

Período 01/2016 FUSO 54,49

Índice 0,00

Potência Individual Aproximação Individual

Normal	Trm.	Anual	Normal	Trm.	Anual
5,07	10,15	20,30	0,00	1,35	4,35

RC	0,20	6,47	12,35	0,00	2,00	3,00
----	------	------	-------	------	------	------

CRMC	2,36			0,00		
------	------	--	--	------	--	--

ICMS

Base da Cálculo ICS	Alíquota	Valor do Imposto
109,15	29,88%	29,47

ÁREA DE CONTABILIZAÇÃO DO CONTROLE FISCAL

0040.1012.0541.4886.F100.346C.684D.74E4

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA POR UNIDADE DE CONSUMO

Leia. Atual	Leia. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
9457	9384	1,00	153	0,00	0,77240	109,15

13/02/17	16/01/17	20 0448	153			109,15
----------	----------	---------	-----	--	--	--------

Observações

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

109,15

MULTA MORATORIA REF 01/2017

2,44

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,97

JUROS DO MES

2,40

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

15,69

13/02/2017

130,63

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Través	45,39
Transmissão	15,19
Distribuição	16,28
Encargos Setoriais	9,28
Impostos (ICMS FISCAL)	56,42
TOTAL	109,15

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

197	153	171	243	226	209	142	129	119	173	195	263	341
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

100 = 1000 kWh

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA POR UNIDADE DE CONSUMO

Consumo médio mensal pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO₂)

Compensação kg (CO₂)

Compensação Ecológica (tCO₂)

66,13

0,00





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, eu Orlando Oliveira da Silva portador(a) do

RG nº 1664317, expedido por SSP AL, em

16 107 11096 CPF/CNPJ nº 030026784-30,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) LUCIANO

INACIO DE MELO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima LUCIANO INACIO DE MELO, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECURSO Renda Mensal: R\$ RECURSO

Documentos comprobatórios: NÃO POSSUO

SEGURADORA

16 MAR. 2017

DPVAT

Orlando Oliveira da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIANO INACIO DE MELO Admissão: 04/12/2016 17:05
Pront.: 140772 Data Nas.: 08/10/1975 Idade: 41 ano(s) 1 mes(es) e 27 dia(s) Tel.: 86
Mãe: NIZETE INACIO DE MELO
Sexo: Masculino RG: 2002029034164 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: PIO XII
Endereço:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador ROSA MARIA GRANGEIRO MARTINS Horário 04/12/2016 17:09
Causa: paciente vítima de acidente de trânsito, chega na reanimação conduzido pelo samu com rnc.
Exatograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: ALTERAÇÃO SÚBITA D ECONSCIÊNCIA
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MEDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 4366 Nº: 352883 Horário: 04/12/2016 17:11
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: REANIMACAO

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS DA CABECA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TCE GRAVE COM OTORRAGIA, GLASGOW 6, COM ANISOCORIA. PRESENNÇA DE HEMOTOMA SUBGALEAO PARIETAL

SEGURADORA

15 MAR. 2017

DPVAT

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Exatograma	Discriminador	Risco	Profissional
04/12/2016 17:09:00	TRAUMA MAIOR	ALTERAÇÃO SÚBITA D ECONSCIÊNCIA	LARANJA	ROSA MARIA GRANGEIRO MARTINS

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
EX COLUMA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	04/12/2016 17:17	Sim	Pendente
EX CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	04/12/2016 17:17	Sim	Realizado
EX EMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	04/12/2016 17:17	Sim	Coletado
EX COLUMA CERVICAL SEM CONTRASTE (0206010010)	04/12/2016 18:09	Sim	Realizado



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

NOME: LUCIANO NACIO DE MELO
DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1975
SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ
SETOR SOLICITANTE: REANIMAÇÃO
DATA DO EXAME: 04.12.2016
DATA DO LAUDO: 04.12.2016
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

PRONTUÁRIO: 140772

ENFERMARIA/LEITO: EXT. 00

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:
TCE

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

Análise:

- Fratura linear envolvendo osso parietal e a porção escamosa do temporal à direita, sem sinais de afundamento.
- Fratura longitudinal da mastoide direita, com extensão ao teto da caixa timpânica.
- Coleção hemática extra-axial frontoparietotemporal direita, de aspecto côncavo-convexo, com espessura máxima de 0,8 cm, que promove efeito compressivo sobre o parênquima encefálico, com desvio contralateral das estruturas da linha média por uma distância de 0,9 cm, com herniação subfalcina e uncal.
- Não há evidência de calcificações patológicas encefálicas.
- Sistema ventricular com dimensões normais.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Cerebelo sem alterações.
- Material com atenuação de partes moles em seios paranasais.



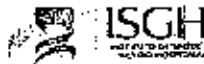
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fraturas ósseas com envolvimento da calota craniana e da mastoide direita (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).
2. Hematoma subdural agudo frontoparietotemporal direito que promove acentuado efeito compressivo sobre o parênquima encefálico, com herniação subfalcina e uncal.
3. Hemossinus.

Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
Médico Radiologista CRM-CE 10485
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

NOME: LUCIANO NACIO DE MELO

PRONTUÁRIO: 140772

DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1975

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

SETOR SOLICITANTE: REANIMAÇÃO

ENFERMARIA/LEITO: EXT. 00

DATA DO EXAME: 04/12/2016

DATA DO LAUDO: 04/12/2016

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:

Politraumatismo.

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento cervical desde base do crânio até T1.

ANÁLISE:

- Formações osteofitárias marginais em corpos vertebrais.
- Corpos e elementos que constituem os arcos posteriores das vértebras focalizadas com mineralização óssea normal.
- Canal raqueano de configuração anatômica e dimensões normais em toda extensão do segmento estudado.
- Ausência de protrusão discal significativa, seja difusa ou localizada ao nível de interespaços estudados.
- Forames de conjugação livres.
- Tecidos moles paravertebrais sem evidência de anormalidades.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Não caracterizamos fraturas em vértebras cervicais.

Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
Médico Radiologista CRM-CE 10485
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: LUCIANO INACIO DE MELO	Prontuário: 140772
Endereço:	Idade: 41 ano(s) 2 mes(es) e 16 dia(s)
Bairro: PIO XII	UF: CEARÁ Sexo: Masculino
CEP: 63010-000	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização	
Clinica: CLINICA CIRURGICA II Enfermaria: 03	Leito: 612
Internação 2016-12-04 00: 13:51	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório	Cancelada
Tipo de Saída: Alta	Não

Resumo Clínico

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 04/12, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 6), PUPILAS ANISOCÓRICAS E OTORRAGIA. REALIZADO TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU FRATURAS ÓSSEAS COM ENVOLVIMENTO DE CALOTA CRANIANA E DA MASTOIDE DIREITA, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTOPIRIETOTEMPORAL DIREITO.

Exames Realizados

TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU FRATURAS ÓSSEAS COM ENVOLVIMENTO DE CALOTA CRANIANA E DA MASTOIDE DIREITA, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTOPIRIETOTEMPORAL DIREITO.

Terapêutica Utilizada

DRENAGEM DE HSDA

Diagnóstico

V299 - MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	V299	MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO
Não	S065	HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 24/12/2016

Observações Complementares

* Não Informado *

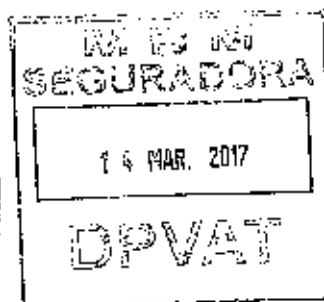
Responsável

Médico: CICERO RONALDO FERREIRA DA COSTA

Data: 24/12/2016

Agendamento			
Data:	24/12/17	Data:	
Hora:	9h	Hora:	
Código		Código	

DR. CÍCERO R. FERREIRA DA COSTA
NEURO CIRURGIÃO
CRM - CE 17.220



Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 05/12/16 00:35

Paciente: LUCIANO INACIO DE MELO
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: JOAO ANANIAS MACHADO FILHO
1º Auxiliar:
Enfermeiro: LIDYANE DE SOUSA CALIXTO
Instrumentador:

Prontuário: 140772 Dt. Nascimento: 08/10/1975
Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 03G
Anestesiologia: ** Não Informado **
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0403010306	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0403010306	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	S
0403010241	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA CRANIANA	N

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:
** Não Informado **

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:
** Não Informado **

Complicações e Incidentes:
** Não Informado **

Anestesia e Ocorrências Principais:
** Não Informado **

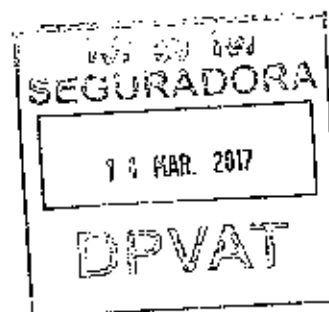
Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:
** Não Informado **

Grau de Contaminação: Limpa Tipo de Anestesia: Geral

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VISCERAS

DECÚBITO DORSAL, COM LATERALIZAÇÃO DA CABEÇA PARA ESQUERDA.
INCISÃO EM "INTERROGAÇÃO", EXTENSA, FRONTO-TEMPORO-PARIETAL DIREITA.
TREPANAÇÕES E CRANIOTOMIA EXTENSA, COM CRANIECTOMIA TEMPORAL.
DURA MATER ROTA NA PORÇÃO DE BASE TEMPORAL.
ABERTURA DURAL, COM VOLUMOSO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.
ASPIRAÇÃO DO HEMATOMA.
HEMOSTASIA DE VASOS ROTOS NA PORÇÃO TEMPORAL.
PLÁSTICA DURAL COM SUBSTITUTO SINTÉTICO.
NÃO REPOSICIONADO O OSSO DEVIDO À EVISCERAÇÃO ENCEFÁLICA.
DRENO EPIDURAL EM SUÇÃO.
SÍNTESE POR PLANOS.



Data 05/12/16

[Assinatura]

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

NOME: LUCIANO INACIO DE MELO
DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1975
SOLICITANTE: Dr. ARTUR MOREIRA ALVES
SETOR SOLICITANTE: UTI III
DATA DO EXAME: 06.12.2016
DATA DO LAUDO: 07.12.2016
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

PRONTUÁRIO: 140772

ENFERMARIA/LEITO: UTI III.33

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:

Controle pós-operatório

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.


Análise:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região frontoparietotemporal direita apresentando coleção espessa em região parietal direita, medindo 2,2 x 1,2 cm.
- Craniectomia frontoparietotemporal direita sem reposição óssea.
- Fratura linear envolvendo osso parietal e a porção escamosa do temporal à direita, sem sinais de afundamento.
- Fratura longitudinal da mastoide direita, com extensão ao teto da caixa timpânica.
- Coleção hemática extra-axial laminar temporal direita, de aspecto côncavo-convexo, com espessura máxima de 0,3 cm, associado a discretos focos gasosos de permeio, sem desvio das estruturas da linha média.
- Sistema ventricular com dimensões normais.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Cerebelo sem alterações.
- Material com atenuação de partes moles em seios paranasais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fraturas ósseas com envolvimento da calota craniana e da mastoide direita descritas em exame anterior (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).
2. Hematoma subdural agudo laminar temporal direito sem desvio das estruturas da linha média.
3. Coleção em partes moles espessa em região parietal direita.
4. Hemossinus.

Obs: A correlação com o estudo tomográfico anterior, realizado em 04.12.2016, evidencia centralização das estruturas da linha média, resolução do hematoma subdural com persistência de fina lâmina hemática temporal direita e surgimento de coleção de partes moles em região parietal à direita (hematoma em resolução).


Dr. GUSTAVO SARAIVA
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM 8782

INSTITUTO DE
SEGURADORA

16 MAR. 2017

DPVAT



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

NOME: LUCIANO NACIO DE MELO

PRONTUÁRIO: 140772

DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1975

SOLICITANTE: DR. CICERO RONALDO FERREIRA DA COSTA

SETOR SOLICITANTE: CLINICA CIRURGICA II

ENFERMARIA/LEITO: 03/612

DATA DO EXAME: 23/12/2016

DATA DO LAUDO: 23/12/2016

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:

Controle pós operatório de hematoma subdural agudo.

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

Análise:

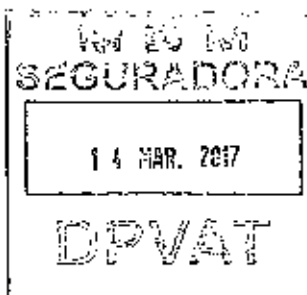
- Craniectomia frontoparietotemporal direita sem reposição óssea.
- Fratura linear envolvendo osso parietal e a porção escamosa do temporal à direita, sem sinais de afundamento.
- Fratura longitudinal da mastoide direita, com extensão ao teto da caixa timpânica.
- Coleção hemática extra-axial temporal direita, de aspecto côncavo-convexo, com espessura máxima de 0.5 cm, que promove efeito compressivo sobre o parênquima encefálico, sem desvio contralateral das estruturas da linha média.
- Focos gasosos em espaço extra-axial temporal direito sem efeito de massa significativo.
- Não há evidência de calcificações patológicas encefálicas ou de lesões intraparenquimatosas hemorrágicas ou isquêmicas.
- Não há desvio das estruturas da linha média.
- Sistema ventricular com dimensões normais.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Cerebelo sem alterações.
- Material com atenuação de partes moles em seio esfenoidal esquerdo.

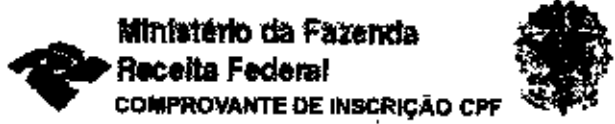
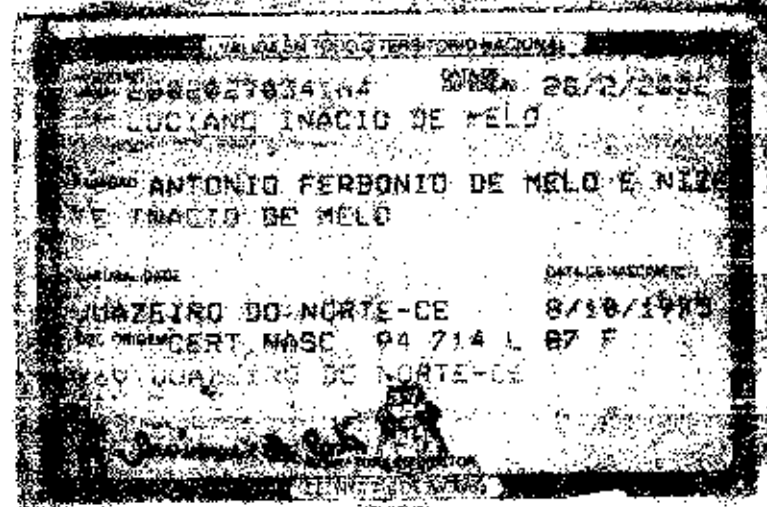
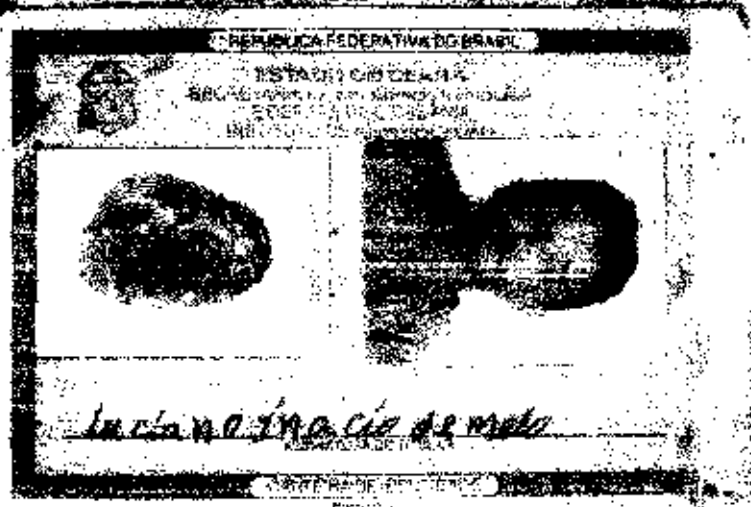
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Controle pós craniectomia frontoparietotemporal direita evidencia:

1. Fraturas ósseas com envolvimento da calota craniana e da mastoide direita descrita em exame anterior.
2. Redução do hematoma subdural agudo frontoparietotemporal direito com centralização das estruturas da linha média.
3. Foco de pneumoencéfalo temporal direito sem efeito hipertensivo.
4. Hemossinus.

Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
Médico Radiologista CRM-CE 10485
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
044.025.383-24

Nome
LUCIANO INACIO DE MELO

Nascimento
08/10/1975





**Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil**

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 044.025.363-24

Nome da Pessoa Física: LUCIANO INACIO DE MELO

Data de Nascimento: 08/10/1975

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 17/09/2007

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:46:25 do dia 14/03/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: EDF7.97F7.B37F.9C77



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documenting de l'Ida: l'Ida

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL

1.664.317

BRASIL
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

16.07.1996

ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

LOURIVAL SANTANA DE OLIVEIRA

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Limoeiro de Anadia - AL

28.05.1978

C. E. 592 Fls. 133 Liv. 4-25

Limoeiro de Anadia - AL

RECEBEMOS DO DELEGADO

16.07.1996

[illegible]

RA E LA
SEGURADORA
14 MAR. 2017
DE VAT



**Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil**

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 030.026.784-30

Nome da Pessoa Física: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 28/05/1979

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 17/12/1996

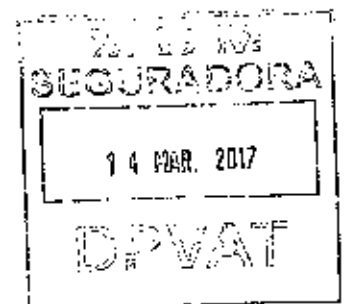
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:58:53 do dia 14/03/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: D426.FA37.0414.557B



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170155975

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCIANO INACIO DE MELO

Data do acidente: 04/12/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO E FRATURA DE CALOTA CRANIANA E DO PROCESSO MASTOIDE.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA RELATA CEFALÉIA E VERTIGEM. AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE DA CALOTA CRANIANA NA REGIÃO FRONTO PARIETAL DIREITA E SÍNDROME VERTIGINOSA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM DE HEMATOMA E CRANIECTOMIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Renan de Almeida Silva

CRM do médico: 12076

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

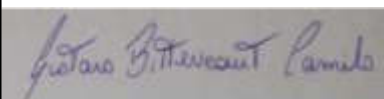
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

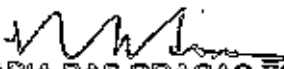


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192-CEARÁ, prestou atendimento ao Sr. LUCIANO INÁCIO DE MELO, portador do RG Nº 2002029034164 e inscrito no CPF sob o Nº 044.025.363-24, no dia 4/12/2016 às 16h41min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na rua Rui Barbosa, no bairro Limoeiro. Paciente vítima de colisão moto com moto, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital Regional do Cariri - HRC. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 31 de janeiro de 2017

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samucolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170155975

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCIANO INACIO DE MELO

Data do acidente: 04/12/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

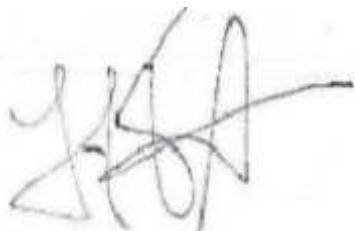
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170155975

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCIANO INACIO DE MELO

Data do acidente: 04/12/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO E FRATURA DE CALOTA CRANIANA E DO PROCESSO MASTOIDE.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA RELATA CEFALÉIA E VERTIGEM. AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE DA CALOTA CRANIANA NA REGIÃO FRONTO PARIETAL DIREITA E SÍNDROME VERTIGINOSA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM DE HEMATOMA E CRANIECTOMIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Renan de Almeida Silva

CRM do médico: 12076

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

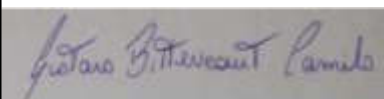
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: LUCIANO INACIO DE MELO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: Autônomo portador(a) do RG 2422025 SS 164 órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 644.025.363-24 residente no(a) SANTA CECILIA
nº 1313, bairro: SALESIANO, município: JUAZEIRO DO NORTE CE.

OUTORGADO:

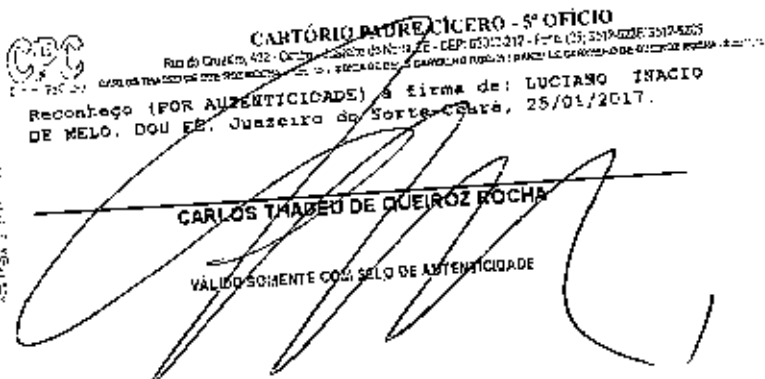
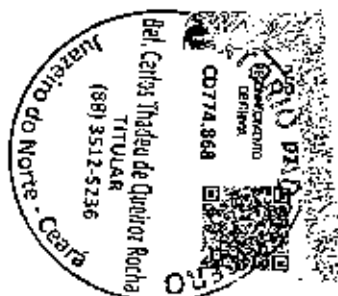
Nome: Orlando Oliveira da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Recuso informar, portador(a) do RG 1664317, órgão expedidor SSP-AL
e do CPF: 030.026.784-30, residente no(a) Av. Presidente Castelo Branco
nº 2001, bairro: Limoeiro, município: Juazeiro do Norte / CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima LUCIANO INACIO DE MELO.

Local e Data: Juazeiro do Norte 25 Janeiro 2017

5º OFÍCIO

Luciano Inacio de Melo
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



**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

Nome do(a) Examinado(a): **LUCIANO INACIO DE MELO** Sinistro: **3170155975** Data: **04/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Santa Cecília, 1311 - Salesianos - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63028-370**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2002029034164**

Data local do exame: [**31/03/2017**] **Juazeiro do Norte** [**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 CRANIOENCEFÁLICO GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO E FRATURA DE CALOTA CRANIANA E DO PROCESSO MASTOIDE. VÍTIMA RELATA CEFALÉIA E VERTIGEM. AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE DA CALOTA CRANIANA NA REGIÃO FRONTO PARIETAL DIREITA E SÍNDROME VERTIGINOSA.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM DE HEMATOMA E CRANIECTOMIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] 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.

Dano neurológico

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



Renan de Almeida Silva - CRM: 12076 - CE