

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

**Vitima:** 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](http://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](http://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 inicio 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,



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.

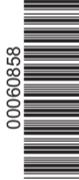
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 10814322

A/C: LUCIANO INACIO DE MELO

Sinistro: 3170155975 ASL-0101668/17  
Vitima: 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 autonômica 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](http://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 FRANÇA DE MELO,**

PORTADOR(A) DO RG Nº 2228-045034-164 EXPEDIDO POR S.S.P - CE EM 28/02/2014  
 CPF 044.025.863-214 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AUTOMOTOR  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUCIANO FRANÇA DE MELO, 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 repreensão de um pagamento, tenha-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 criada 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 (este 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](http://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**

14 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 do dígito de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGENCIA (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 AGENCIA (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.

Passei dia 25 de Janeiro de 2017

LOCAL E DATA

 Luciano França de Melo  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**


• O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.000,00 em caso de morte (valor que só é pago após 60 dias 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 acidente publicada na lei 11.945, 2008) 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 [www.dpvat.gov.br](http://www.dpvat.gov.br) ou entre em contato com 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 PREVISÃO  
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30  
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726-0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725-7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

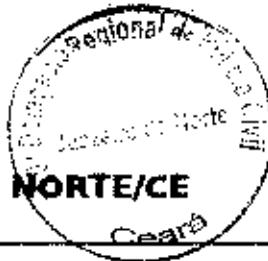




BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 1644 / 2017

*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** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
 Ponto de Referência:



*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 PERBONIO DE MELO**  
 Endereço: **RUA SANTA CECÍLIA, 1311**  
 Bairro: **SALESIANOS**  
 Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
 País: **BRASIL**

LIE: **M B M**  
**SEGURADORA**  
 CEP: **14.300-000**  
 Data: **14 MAR. 2017**

Telefone:

**DPVAT**

*Dados do(s) Veículo(s)*

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

*Histórico*

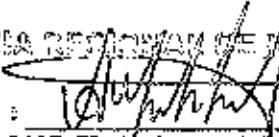
Afirma o NOTICIANTE, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA HORA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS ESTAVA CONDUZINDO O CICLOMOTOR SUPRA DESCrita SOZINHO SEM NENHUM PASSAGEIRO, TRAFEGANDO NORMALMENTE NA VIA OCASIÃO EM QUE OUTRO VEÍCULO (NÃO ESPECIFICADO) CRUZOU DE REPENTE NA VIA (IVADINDO 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 MULTIPLS DA CABEÇA, CONFORME PRONTUÁRIO N° 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 SEGUINtes 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 nade mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por

SECRETARIA DE GOVERNANÇA PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

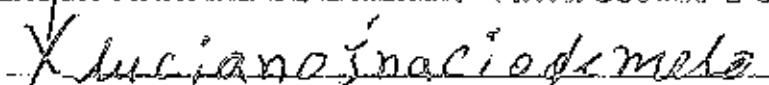
ROUROU DE REGISTRO N° 400 - 4541/2017

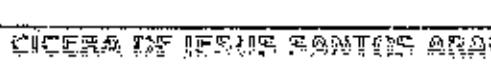
é encaminhado a interessante informante, que depois de lhe é achado conforme, vai  
é enviado o documento anexado.

DELEGACIA DISTRITAL: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

ANDERSON MARTINS DE LACERDA - MAT: 300625-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

METRO DO DELEGACIA: 

CÍCERA DO JESUS SANTOS ARAÚJO - MAT: 198445-1-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Luciano Sáncio de Melo, portador da carteira de identidade nº 2002029034-164 e inscrito no CPF/IML sob o nº 044.025.363-24, residente e domiciliado na Rua Santa Cecília 1331 Sale Manoel, Cidade Guarapari Estado ES, 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 Sáncio de Melo

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Guarapari - ES - 25 Jan/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

Descrição: paciente vítima de acidente de trânsito, chaga na reanimação conduzido pelo samu com rnc.

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: ALTERAÇÃO SÚBITA DE ECONSCIÊNCIA

Nota02: Glasgow: 15 Temps: Glicemia: Régua: Peso/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:

REANIMACAO

Hipótese Diagnóstico: TRAUMA ISQUIMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DA CABECA

Comorbidade:

MDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TCE GRAVE ANISOCORIA. PRESENÇA DE HAMOTOMA SUBGALEAO PARIETAL

COM OTORRAGIA. GLASGOW 6. COM  
SECURADORA

14 MAR. 2017

DPVAT

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/12/2016 17:09:00	TRAUMA MAIOR	ALTERAÇÃO SÚBITA DE ECONSCIÊNCIA	LARANJA	ROSA MARIA GRANGEIRO MARTINS

### EXAME

	Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
IX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)		04/12/2016 17:17	Sim	Pendente
CCRANIO SEM CONTRASTE (0205010079)		04/12/2016 17:17	Sim	Realizado
EMOGRAMA COMPLETO -> RX (0202020380)		04/12/2016 17:17	Sim	Coletado
CCOLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE (0206010010)		04/12/2016 18:09	Sim	Realizado



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luciano Inacio de melo

RG nº 2252.019.034.165-5, data de expedição 29/04/2011, Órgão SSP-CE,

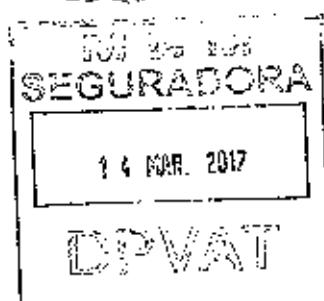
CPF nº 644.028.363-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome da telefonia:

Logradouro (Rua/Avenida/Próx)	<u>RUA SANTA CECILIA</u>
Número	<u>1311</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>SALSERIANO</u>
Cidade	<u>TUAREZIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63.050-202</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-0398 / 99779-2255</u>
E-mail	<u>luciano.inacio@uol.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me. Península / (88) 3572-0398 / 99779-2255

Lugar e Data: tuareziro norte - 26 fevereiro 2013

Assinatura do Declarante: luciano Inacio de melo



Nome do Responsável				EDUCAÇÃO DO FAMÍLIA E DO FOMNISCHERVENTO							
DATAS		Mês de Referência		Data da Apresentação		Província		Veja a legenda no topo dessa conta.			
								Comunidade JULCELE (9) RUI			
								Ano	Sexo	Idade	Estado Civil
Nov/2016	28/11/2016	29/12/2016						2016	BRASIL	12.49	
									100% F	100% F	Agunçado (natividade)
Base de Cálculo (R\$)	Abiquaria	Valor do Impôsto						Mês/Ano	Trim/Ano	Trim/Ano	
144,86	21,02	39,05						01/2016	10,15	20,39	0,39
ÁREA PRESERVADA DO CONTRIBUIR FISCAL				INC	5,07	10,15	20,39	0,39	0,39	0,39	
				INC	5,07	10,15	20,39	0,39	0,39	0,39	
				INC	5,07	10,15	20,39	0,39	0,39	0,39	
				DMIC	0,00						

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const. - Consumo DWH	Const. Ind.	Const. Falt.	Terifa (R\$Wh)	Valor (R\$)
0046	0046	1,00	206	0,00	0,00	0,00

01/06	30/06	31/06	
<b>DESCRIÇÃO</b>			
VALOR CONSUMO DO MES			103,44
ICMS COMP_EMENTAR BAIXA RENDA-CONFAZ 0795			111,17
MULTA MORATÓRIA REF 10/2016			2,14
CORRECAO MONETARIA DO MES			0,19
JUROS DO MES			1,39
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL			28,87
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA			2,43
ADICIONAL BANDEIRA ANARELA MES ( R\$ 2,92 )			

CONTRIBUICAO AO VALOR DE CONSUMO		MÉTODO DO CONSUMO (últimos 12 meses)	
Brasília	44,79		
Transf. para o Exterior	11,11		
Distribuição	15,88		
Indústria e Serviços	7,94		
Produtos Neles Fazidos	47,75		
Total	114,63		

COMPENSANDO O CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA  
Compreende o uso de hidrelétricas para compensação de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Gesso e Cimento Ecológico BYCO<sub>2</sub>  
p.  
p.

CONTAS EM ATRASO

**CONTAS EM ATRASO**  
Previo Ajuste  
DATIFICANDO AS PESOSAS DE REVENIMENTO DE PESO DA ELETRON  
Prevendo (11/1995, contabil -1), as respectivas contabilizações em 10/1995.  
Sendo o pagamento de débitos, o que restou de conta, é feito  
re estabilizada da suspensão da fórmula de cálculo de reajuste em 15 dias  
depois da entrega destas contas. Previsto na Lei nº 9.231, de 10/1995,  
172 e 173. Encaminha-se a seguir as informações ao ANEXO DE FOLHETO  
4. DECRETO DE CÁLCULO DE REAJUSTE, 1995 da forma estabelecida no artigo  
14, inciso II, da mencionada lei.

Consta deste fatur. 23.6.65 referente a PGB a 92PFRS.

Residência para o tipo de refeitório e merenda, com custo de R\$ 1.150 a cada 100 Kcal, que é o equivalente a 100% de caloria.

COMPOSIÇÃO DA VELHA DE CONSUMO		MATERIAIS DE CONSUMO	
Brasileiro	45,39	197	136,62
Transversal	15,12	153	
Distribuição	15,12	171	
Exercícios Sociais	15,12	243	
Impostos (ICMS, PIS, Cofins)	16,43	228	
TOTAL	100,00	209	
		142	
		129	
		119	
		113	
		195	
		263	
		241	



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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 16/10/2017 CPF/CNPJ nº 030.026.984-30, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Luciano INÁCIO DE MELO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Luciano INÁCIO DE MELO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor 

Documentos comprobatórios: Não Possuo

Orlando Oliveira da Silva  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: LUCIANO INACIO DE MELO Admissão: 04/12/2016 17:06  
Front: 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  
Descrição: paciente vítima de acidente de trânsito, chaga na reanimação conduzido pelo samu com rnc.

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: ALTERAÇÃO SÚBITA D ECONSCIÊNCIA

Data02: Glasgow: 15 Temp: 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:

REANIMACAO

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS DA CABECA

Comorbidade:

HOA/Exame Físico:

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

2016-12-04 17:09  
SEGURADORA

14 MAR. 2017

DPVAT

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	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
IX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)		04/12/2016 17:17	Sim	Pendente
CCRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)		04/12/2016 17:17	Sim	Realizado
TEMOGRAMA COMPLETO ->REX (02020203B0)		04/12/2016 17:17	Sim	Coletado
CCOLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE (0206010010)		04/12/2016 18:09	Sim	Realizado



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 DO CRÂNIO

### 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

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:

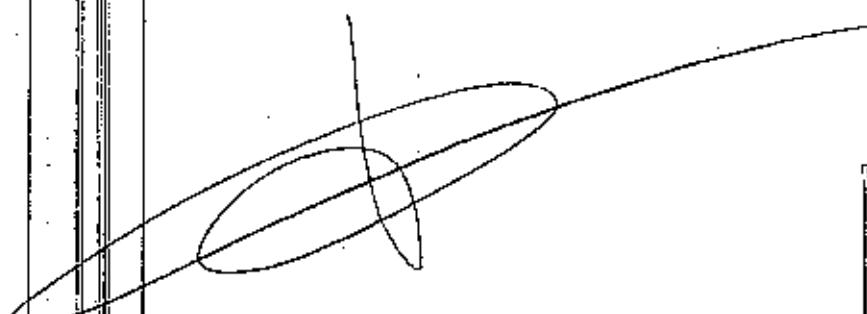
Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento cervical desde base do crânio até T1.

## 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 interespacos 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

MAIS 100  
SEGURADORA

14 MAR 2017



DPVAT

## 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	Lelto: 612	

Internação 2016-12-04 00: 13:51	Alta: * Não Informado *	* Não Informado	
---------------------------------	-------------------------	-----------------	--

Relatório		
Tipo de Saída: Alta	Cancelada	

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 MASTOÍDE DIREITO, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTOPARIETOTEMPORAL DIREITO.

### Exames Realizados

TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU FRATURAS ÓSSEAS COM ENVOLVIMENTO DE CALOTA CRANIANA E DA MASTOÍDE DIREITO, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTOPARIETOTEMPORAL 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

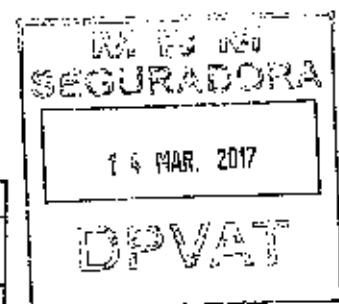
### Observações Complementares

\* Não Informado \*

### Responsável

Médico: CICERO RONALDO FERREIRA DA COSTA

Data: 24/12/2016



Agendamento			
Data: 24/01/17	Data:	Data:	
Hora: 9h	Hora:	Hora:	
Código:	Código	Código	

DR. CICERO FERREIRA  
NEUROLOGO  
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 0403010306 Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO

Principal  
S

### Procedimentos Realizados

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

Principal  
S  
N

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

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

Acidentes e Incidentes:  
\*\* Não Informado \*\*

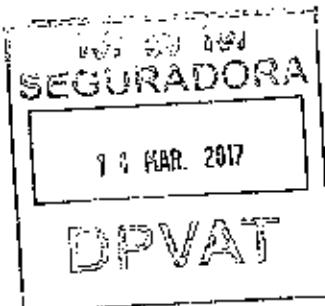
Anestesia I Ocorrências Principais:  
\*\* Não Informado \*\*

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

Grau de Contaminação: Limpa Tipo de Anestesia: Geral

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS  
DECÚBITO DORSAL, COM LATERALIZAÇÃO DA CABEÇA PARA ESQUERDA.  
INCISÃO EM "INTERROGAÇÃO", EXGTENSA, FRONTO-TÉMPORO-PARIETAL DIREITA.  
TREPANACOES E CRANIOTOMIA EXTENSA, COM CRANIECTOMIA TEMPORAL.  
DURA MATER ROTA NA PORÇÃO DE BASE TEMPORAL.  
ABERTURA DURAL, COM VOLUMOSO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.  
ASPIRAÇÃO DO HEMATOMA.  
HÉMOSTASIA DE VASOS ROTOS NA PORÇÃO TEMPORAL.  
PLÁSTICA DURAL COM SUBSTITUTO SINTÉTICO.  
NÃO REPOSIÇÃO DO OSSO DEVIDO A EVISCERACAO ENCEFÁLICA.  
DRENO EPIDURAL EM SUCÇÃO.  
SÍNTESI POR PLANOS.

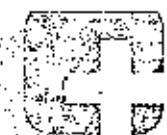


Data 05/12/16

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:

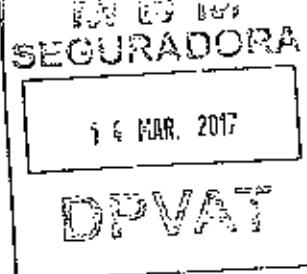
- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região frontoparietotemporal direita apresentando coleção espessa em região parietal direita, medindo 2,2 x 1,2 cm.
- Craniectomia frontoparietotemporal direita sem reposição óssea.
- Fratura linear envolvendo osso parietal e a porção escamosa do 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 lámina hemática temporal direita e surgimento de coleção de partes moles em região parietal à direita (hematoma em resolução).

Dr. GUSTAVO SARAIVA  
MÉDICO RADIOLÓGISTA  
CRM 8782



NOME: LUCIANO NACO DE MELO  
DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1975  
SOLICITANTE: DR. CICERO RONALDO FERREIRA DA COSTA  
SETOR SOLICITANTE: CLINICA CIRURGICA II  
DATA DO EXAME: 23/12/2016  
DATA DO LAUDO: 23/12/2016  
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

PRONTUÁRIO: 140772

ENFERMARIA/LEITO: 03/612

### 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. Hemossínus.



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





*Luciano Inacio de Melo*

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
044.025.363-24

Nome  
LUCIANO INACIO DE MELO

Nascimento  
08/10/1975

VALOR DA INSCRIÇÃO: R\$ 0,00	
DATA DE EMISSÃO: 26/03/2017	
LUCIANO INACIO DE MELO	
ANTONIO FERBONIO DE MELO E NIZ E INACIO DE MELO	
ENDERECO:	DATA DE NASCIMENTO:
BAZEIRO DO NORTE-CE CIPIMCERT MASC. 94 714 L 87 F	08/10/1975
BAZEIRO DO NORTE-CE	
Documentário de identidade	
0012	





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

Dígito Verificador: 00

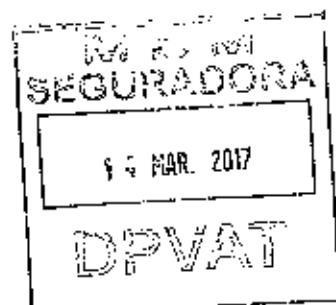
---

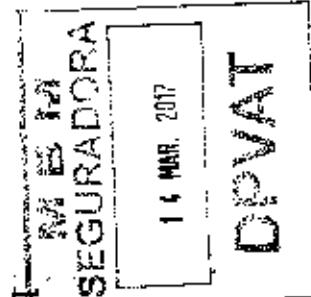
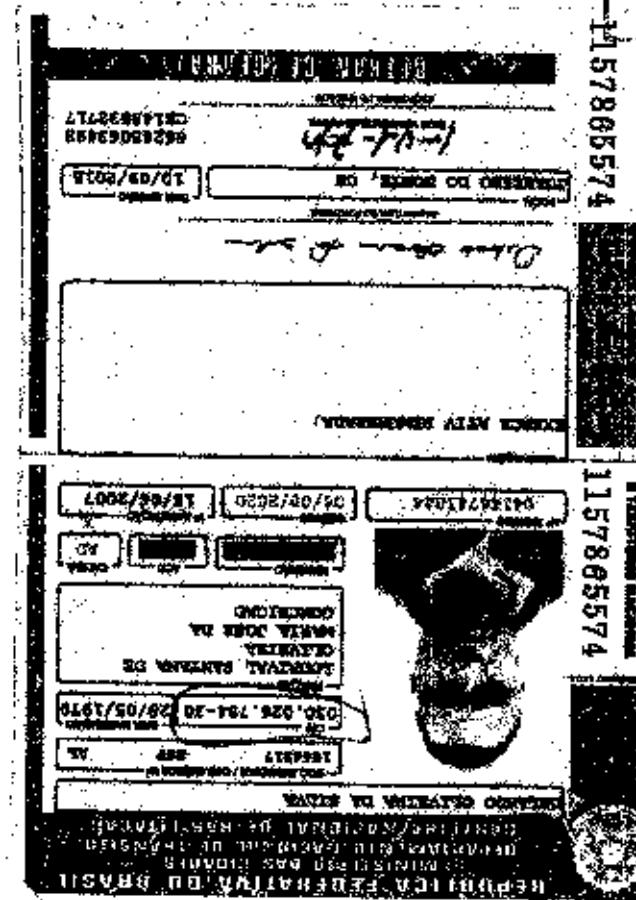
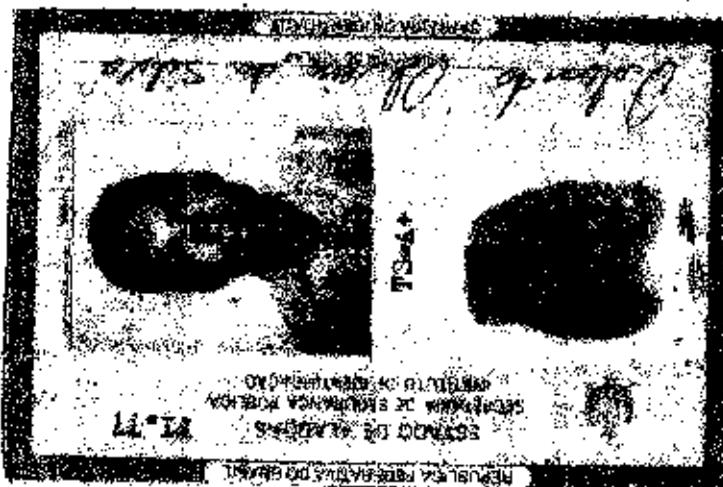
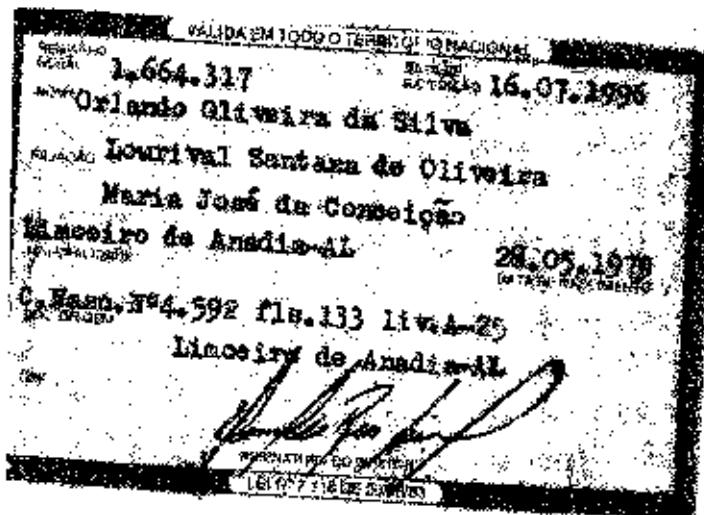
Comprovante emitido às: 09:46:25 do dia 14/03/2017 (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: EDF7.97F7.B37F.9C77



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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







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

Dígito Verificador: 00

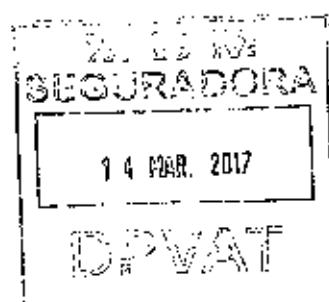
Comprovante emitido às: 09:58:53 do dia 14/03/2017 (hora e data de Brasília).

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** VÍTIMA RELATA CEFALÉIA E VERTIGEM. AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE DA CALOTA CRANIANA NA REGIÃO  
**médico pericial:** 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

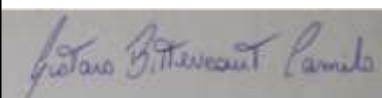
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**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



## 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 Limoelro. 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





# 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

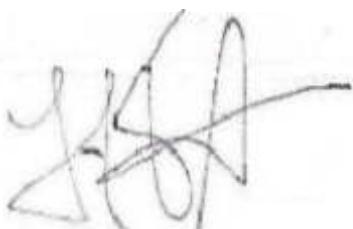
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**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** VÍTIMA RELATA CEFALÉIA E VERTIGEM. AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE DA CALOTA CRANIANA NA REGIÃO  
**médico pericial:** 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

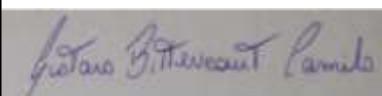
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR



**OUTORGANTE:**

Nome: JUAN CARLOS SANTOS DE MELLO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: Advogado, portador(a) do RG 302.202-9 nº: 104 órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF 144.025.363-24 residente no(a) SANTA CECILIA  
nº 1313, bairro: SALLES, município: 16026-000 no CEP: CE.

## OUTORGAS:

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: Jucazeiro 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

Local e Data: Local: Sede da Fazenda Data: 25 de Janeiro de 2017

5º OFICIO

### Luciano Spacio de gato

**Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)**



**CARTÓRIO PADRE INÁCIO - 5º OFÍCIO**  
Rua do Druck, 402 - Centro - CEP: 03032-217 - Fone: (11) 3202-6300  
www.cartorioinacio.com.br - e-mail: cartorioinacio@uol.com.br - fax: (11) 3202-6300  
Reconhecimento de documento e firma de: LUCIANO INÁCIO  
Data: 2017-01-25 - Juazeiro do Norte - CE, 25/01/2017.

2003-2004 DE QUEIROZ ROCHA

ANEXO DE INTENCIÓN DE



**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 Cecilia, 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. VITIMA RELATA CEFALEIA 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

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

"Exame não permite conclusão"

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):

**Sistema Nervoso Central**

% 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

% 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