

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ PINTO CORDULINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000019986-0

Nr. da Autenticação 5089B63B265048C0

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2016

Carta nº: 8800696

A/C: LUIZ PINTO CORDULINO

Sinistro: 3160171086
Vitima: LUIZ PINTO CORDULINO
Data Acidente: 05/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2016

Carta nº: 8883972

A/C: LUIZ PINTO CORDULINO

Sinistro: 3160171086 ASL-0124439/16
Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO
Data Acidente: 05/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2016

Carta nº: 8952623

A/C: LUIZ PINTO CORDULINO

Sinistro: 3160171086 ASL-0124439/16
Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO
Data Acidente: 05/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: LUIZ PINTO CORDULINO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 0000019986-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Luiz Pinto Cordulino
Endereço do(a) Examinado(a): R VI Teles, 70 000
Centro Senador Pompeu CE CEP: 63600-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / CE] 165831988
Data local do exame: [28/03/2016] Jaguaribe [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)

Fratura proximal cominutiva do úmero esquerdo. Presença de bloqueio ativo do movimento de extensão do cotovelo direito. Apresentando bloqueio ativo dos movimentos de elevação e abdução do MSE. Presença de diminuição da força muscular do MSE. Apresentando atrofia da musculatura do MSE.

- 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.

Paciente deu entrada no hospital de origem aonde foi transferido para o hospital de referência e realizou tratamento conservador com colocação de imobilizador ortopédico. Recebeu alta e realizou fisioterapia.

Data da alta: 12/2015.

Realizou tratamento conservador com colocação de imobilizador ortopédico por um período de 45 dias. Presença de bloqueio ativo do movimento de extensão do cotovelo direito. Apresentando bloqueio ativo dos movimentos de elevação e abdução do MSE. Presença de diminuição da força muscular do MSE. Apresentando atrofia da musculatura do MSE.

Complicações: Sem complicações.

- 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.

Presença de bloqueio ativo do movimento de extensão do cotovelo direito. Apresentando bloqueio ativo dos movimentos de elevação e abdução do MSE. Presença de diminuição da força muscular do MSE. Apresentando atrofia da musculatura do MSE.

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):

Membro superior - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. José Gerardo V. Matos
Médico | CRM - 3216
CPF: 073.762.353-53



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMIL

Eu, Souza Pinto Condulino, portador da carteira de identidade nº 3698319-88 e inscrito no CPF/MF sob o nº 870.839.333-00, residente e domiciliado na VELA TELES N.º 70 - PAVÃO VELHO, Cidade Senador Pompeu, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMIL para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ (X) Não há estabelecimento do IMIL no município da minha residência; ou

☐ () O estabelecimento do IMIL localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IMIL 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-IMIL, 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.

Edna Maria da América

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Senador Pompeu - PR 29/09/15

Local e data

05 MAR 2015

Pesoa do ATO



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

830135333-00

D.M. 06/11/1970



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

Leis Pinto Cardeleiro

Profissão Agricultor	Idade 45	Cor PD	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade Senador Pompeu	Nac. BRA
-------------------------	-------------	-----------	-----------	------------------------	--------------------------------	-------------

Residência
Vila Selen

Pai
Manuel Paulo Cardeleiro

Mãe
Maria de Nazare' Pinto Ferreira

Responsável
Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Andando | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> De Automóvel | <input type="checkbox"/> Passando Mal |
| <input type="checkbox"/> Ambulância | <input type="checkbox"/> Comatoso |
| <input type="checkbox"/> Aparentemente bem | <input type="checkbox"/> Com Hemorragia |

Atendimento

SUS

Data

02/05/15

Hora

13:58

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente relatou acidente com moto bicicleta
há 2 dias relatando dor nas costas

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AXILAR	RETAL	
130	100				

DIAGNÓSTICO

Trauma por m.b.

TRATAMENTO:

1) Voltaram 1AMP 1h. e 16.15
4 Plase 1AMP + AD EV

05 MAR 2015

DESTINO DADO AO PACIENTE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Internado |
| <input type="checkbox"/> Em Observação | <input type="checkbox"/> Transferido |
| <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório | |
| <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento | |

CONFERE COM ORIGINAL
22/02/2015
RESPONSÁVEL: SAME
M.H.S.
CNPJ 07.802.897/0002-01

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico

Dr. João Tadeu C. C.
CRM-15821
MÉDICO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Spuriz Pinto Condulino

RG nº 1698319-88, data de expedição 38/10/88, Órgão SSP-EE

CPF nº 870.135.333-00, venho perante a este Instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>VELA TELES</u>
Número	<u>70</u>
Apto / Complemento	<u>CENTRO</u>
Bairro	<u> </u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>ESPIRITO SANTO</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 90980-0779 / 98721-2741</u>
E-mail	<u> </u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu - ES 29/09/15

Assinatura do Declarante: Sra Maria de Almeida



05/10/15
10h17
Luz

DADOS DO CLIENTE

Nome: LUIZ PINTO CORDEIRO
End. Loteamento: VLS TELES, 70, CENTRO
Cidade: SENADOR POMPEU

CEP: 63500-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 016

Setor: 002

Quadra: 0135

Lote: 0738

Causa: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Script	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^h	Medida Semestral ^h
RJUR	R15F012123	10	15	5	2

DADOS

Leitura Atual: 19/09/2015 | Leitura Anterior: 19/09/2015 | Leitura Anterior: 19/09/2015
Leitura Anterior: 19/09/2015 | Próxima Leitura: 20/10/2015 | Leitura Anterior: 19/09/2015

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA EM 08/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bactérias Col
1	0,25	0,25	0,10	0,25	0,25
2	0,25	0,25	0,12	0,25	0,25
3	0,25	0,25	0,12	0,25	0,25

IMAGENS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAR-SE-ÃO OUTROS R\$ FUTUROS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCÍVEIS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTROS QUITAÇÕES DO PERÍODO. CONSTATAMOS DÉBITO DE R\$ 11,33 CASO PAGO, DESCONSIDERAR.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Exigência (m³)
RJUR	4,00	JUN/15	1	0
PROJECLAMENTO DE DEB 9/36	8,73	FEV/15	3	0
MULTA DE 27	0,22	FEV/15	2	0
JUROS DE 0,0337 AO DIA	0,09	FEV/15	3	0
		FEV/15	3	0
		MAR/15	0	0
		ABR/15	0	0
		MAY/15	0	0
		JUN/15	0	0
		JUL/15	0	0
		AGO/15	3	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Descrição		Descrição	
PIS	0,12	VALOR DO SERVIÇO	22,39
COFINS	0,62	VALOR DO SUBSÍDIO	9,35
		VALOR TOTAL A PAGAR	13,04
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
09/2015	06/10/2015	13,04	

ONDE PAGAR SUA MULTA

Banco Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tróvão, Outros Pagafact. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Atue já com segurança. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resolução das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800-275-0195, nos dias de funcionamento de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101-1818, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155, Site da ANAC: www.anac.gov.br

Instituições Reguladoras: Funções: ACROR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800-285-1319 - Denúncia Localidades: ANAC - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800-275-3818.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 020396007

Código de identificação: 352987053937864 - 0433

Mês/Ano: 09/2015

Local: 016

Setor: 002

Quadra: 0135

Lote: 0738

Causa: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade:

Vencimento:

Total (R\$):

82640000000 4 13040009200 8 02039600701 3 00065722015 8





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO VIRGINIO DE OLIVEIRA MARIEL,
 RG nº , data de expedição
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 022.050.643-47,
 com domicílio na cidade de SENADOR POMPEU, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JOÃO BRONZINHA, nº , complemento
CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado ainda consta/constava em meu nome na data do acidente ocorrido com a
 vítima LUIS PENTO CORADILINO.

Veículo: MOTOCICLETO
 Ano: 2012/2012
 Modelo: HONDA/POP 100
 Placa: PAX 4638
 Chassi: 9EE4B0210CR473884
 Data do Acidente: 05/05/2015

05 MAR 2015

Local e Data: SEN. POMPEU - CE, 24/09/2015

Francisco Virgínio de I. Mariel

Assinatura do Declarante



RECONHEÇO FIRMA Sen. Mariel
FRANCISCO VIRGINIO DE OLIVEIRA MARIEL
 O Referido é verdade. Dou Fé.
 Senador Pompeu
 Em testemunha da verdade
 DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
 Titular Interina
 Fca. Lindete de Sousa Saraiva
 Escrevente Autorizada



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

870.136333-00



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 06/11/1970

Leis Pinto Cardelino

Profissão Agricultor	Idade 45	Cor PD	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade Senador Pompeu	Nac. BRA
-------------------------	-------------	-----------	-----------	------------------------	--------------------------------	-------------

Residência
Vila Seler

Pai
Manoel Paulo Cardelino

Mãe
Maria de Nazare Pinto Ferreira

Responsável
Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Andando | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> De Automóvel | <input type="checkbox"/> Passando Mal |
| <input type="checkbox"/> Ambulância | <input type="checkbox"/> Comatoso |
| <input type="checkbox"/> Aparentemente bem | <input type="checkbox"/> Com Hemorragia |

Atendimento

SUS

Data

02/05/15

Hora

13:58

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente relatou acidente com bicicleta
há 2 dias relatando dor na região

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AXILAR	RETAL	
130	100				

DIAGNÓSTICO

Trauma por queda

TRATAMENTO:

1) Voltaram 1 AMP IM. 2 16/15
4 Plasele 1 AMP + AD EV

05 MAR 2015

DESTINO DADO AO PACIENTE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Internado |
| <input type="checkbox"/> Em Observação | <input type="checkbox"/> Transferido |
| <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório | |
| <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento | |

CONFERE COM ORIGINAL
22/02/2015
RESPONSÁVEL: SAME
M.H.S.
CNPJ 07.802.497/0002-14

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico

Dr. João Tadeu C. C.
CRM-15821
MÉDICO

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

RG: 16.583.19-88

D.N. 06.11.70



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

Luiz Paulo Cordelino

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nat.
Agricultor	44	Pd	M	Casado	Sen. Pompeu	Bras
Residência	Vila Teles - Pavãozinho					
Pai	Manoel Paulo Cordelino					
Mãe	Maria de Nazaré Pinto Ferreira					
Responsável						Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Andando | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> De Automóvel | <input type="checkbox"/> Passando Mal |
| <input type="checkbox"/> Ambulância | <input type="checkbox"/> Comatoso |
| <input type="checkbox"/> Aparelmente bem | <input type="checkbox"/> Com Hemorragia |

Atendimento

Sus

Data

29.06.2015

Hora

11:59

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente em estado de choque com trauma
no braço esquerdo com fratura de úmero proximal

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
130	100				

DIAGNÓSTICO

fratura úmero frag.

TRATAMENTO:

Bumex 100 100 mg + par. 34/25

05 JUN 2015

DESTINO DADO AO PACIENTE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Internado |
| <input type="checkbox"/> Em Observação | <input type="checkbox"/> Transferido |
| <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório | |
| <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

[Assinatura]

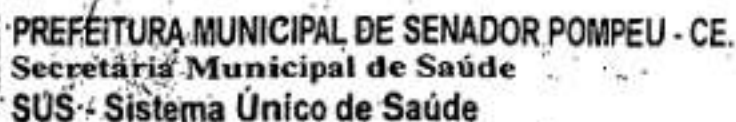
Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Dr. Fernando Higuer Fayad F. Vieira
CREMEC 12721
MÉDICO



на протяжении
03/02/75

Senador Pompeu



Nome: Am. Pinto Condulino

Sexo: M Idade: 45 Profissão: Engenheiro

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Unidade Adscritiva: _____

Agente de Saúde: _____

Encaminhado do(a): 121

Para: Alm. Lauro

Motivo do Encaminhamento: 1

Dr. Fernando Higien Fayad F. Vieira
CREMEC - 12721
MEDICO

Encaminhamento

Função

Date 01/02/15

CONTRA REFERÊNCIA OU CONDUTA REALIZADA
(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome: Armando

Procedimentos: *afixar c/c, unificar o, 150 pág, av*

Data: DSI DAFNIS _____

Consultante

"SAÚDE DIREITO QUE SE CONQUISTA. DEVER DO ESTADO"

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

Luiz Pinto Jordani

no.

recebeu atendimento médico em:

03/07/15 com diagnóstico de: fratura do úmero

proximal e

CID: 5.42.2.

o(a) mesmo(n) está necessitando de: 90 (noventa) dias de licença do

trabalho, a parti da data do atendimento.

Senador Pompeu-Ce, 03/07/2015


MÉDICO/CRM

Dr. Guilherme Neto
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC 8448

05 JUL 2015



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu

Receituário Médico

Nome

Mu 2 Diato Sordobu
Oxido Oxid

I bu profuro boany
Oxid

1 comp 12/12L

03/07/15

A saúde é sua maior riqueza. cuide dela com carinho.

05 MAR 2015



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde



Recetário Médico

Nome:

Taf. Pina de
conferência

[Signature]
Dr. Guilherme Neto
ORÇEOL - FARMACOLOGIA
CREALC 0448

A saúde é sua maior riqueza, cuide dela com carinho.

05-10-2019

Dr. Fernando Higor Faya Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude SM Senador Pompeu - Ce

Relatório Médico

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT. Que o Sr. (a):

Leis
Pinto Cordulino

Foi vítima de acidente de trânsito dia 04/05/15 onde o mesmo sofreu:

Acidente Motorista com Trânsito U.S.E. com fraturas
cominativas U.S.E. e

E submeteu-se a tratamento: ☒ Clínico; ☐ Cirúrgico; ☐ Fisioterapêutico; ☐

Conservador, complementando com: Analgesia, Tiquis, Anestesia local

Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de: 86% Debilidade U.S.E

26/10/2015.


Dr. Fernando Higor
CRM 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721

05/10/2015



NOTAÇÕES GERAIS A CARGO DO INPS

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO
Coordenação de Identificação e Registro Profissional

FICHA DE DECLARAÇÃO

AO PORTADOR:
- GUARDE ESTA FICHA E APRESENTE-A
AO NECESSAR DE NOVA CARTeira.



Polegar direito



Assinatura do portador

50097-SP

025234

Número

Compareça e registre no Centro de Serviço Gratuito do INPS
Rio de Janeiro, RJ, entre as 8h e 18h - D.E. 1520

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Loc. Nasc. *Curitiba*

Ex. *30.12.1940*

Filhos *Marcelo Paulo*

Spencelino e Maria

Mayra Lúcia Ferraz

Est. Civil *Solteiro* Doc. N.º

Pa. *Brasil* Lib. *Sim* Reg. Civil

Outro doc. *CPF 264546*

Serviço Militar *Ex. 9.1.5.11*

N.º *9.1.5.11* Ex. *3*

Naturalizado Doc. N.º

ESTRANGEROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. N.º

Estado

Cia

Data Emissão *20/5/84* DRT *DM*

Paulo

Assinatura do portador

05 MAR 1984



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011356678780
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

JOSE, 01 1031792985 3000000000 2014

FRANCISCO VIRGÍNIO DE OLIVEIRA MACIEL

SENADOR POMPEU/CE

02205064347 PMX4638

9CZHB0210CR473884

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

HONDA/POP100 2012 2012

28/0CV/97CC PARTIC VERMELHA

1	*****	2	*****
P	*****	3	*****
V	*****	4	*****
A	*****	5	*****

DATA DE PRIMEIRO REGISTRO: 00/00/0000

AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HONDA LTDA:*****

SENADOR POMPEU 18/12/2014

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

CE Nº 011356678780 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VESTIBULADO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA
 2014 18/12/2014

01 02205064347 PMX4638

1031792985 HONDA/POP100

2012 09 9CZHB0210CR473884

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO	CONTRATADO	QUANTO DO PRÊMIO
QUANTO DO PRÊMIO	QUANTO DO PRÊMIO	QUANTO DO PRÊMIO
QUANTO DO PRÊMIO	QUANTO DO PRÊMIO	QUANTO DO PRÊMIO
QUANTO DO PRÊMIO	QUANTO DO PRÊMIO	QUANTO DO PRÊMIO

PROPRIETÁRIO
 LOTE/DO SEGURO DPVAT
 MOTOR: HB02E10CV/97CC/0001-04
www.segurodpvat.com.br

888-2014

05 (11) 3000-0000



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **870.135.333-00**

Nome da Pessoa Física: **LUIZ PINTO CORDULINO**

Data de Nascimento: **06/11/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **13/03/1999**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:53:48** do dia **28/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **523D.27E6.27B7.80EC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

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

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

05 [assinatura]

ANEXO II

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 Edna Maria de Almeida, portador(a) do

RG nº 2479034-88, expedido por SSP EF, em

31 / 03 / 88, CPF/CNPJ nº 600.518.663-90,

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

Rito Condulino do sinistro de DPVAT da natureza Gravidade

da vítima Spiz Rito Condulino, e conforme

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

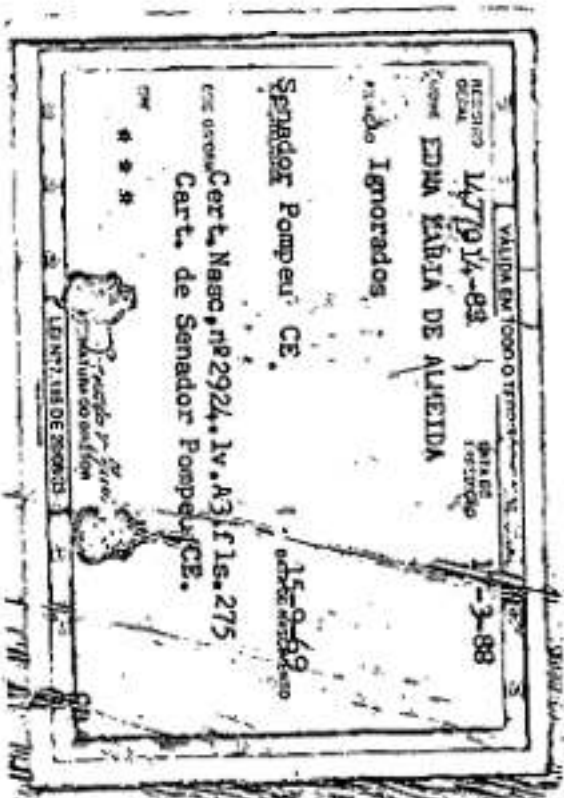
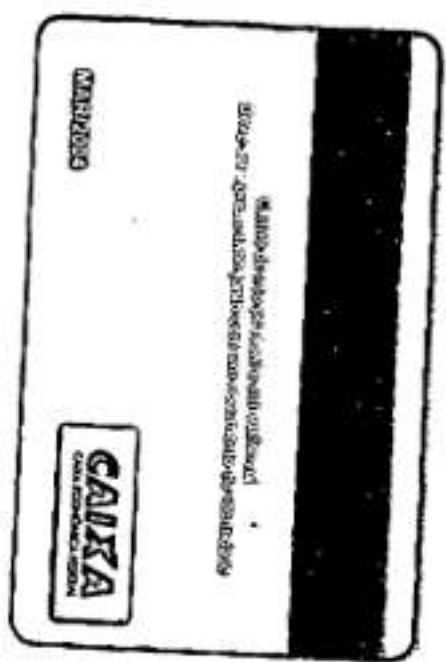
Profissão: Agricultor Renda Mensal: R\$ 300,00

Documentos comprobatórios: sem apresentar

Edna Maria de Almeida
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05 MAR 2018

Assinando a peça representando a vítima



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edna Maria de Almeida

RG nº 324770124-88, data de expedição 37/03/88, Órgão SEP - CE

CPF nº 600.518.663-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Adalberto Mano Camalho</u>
Número	<u>93</u>
Apto / Complemento	<u> </u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Sinador Pompeu</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0770</u>
E-mail	<u> </u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sinador Pompeu - PR 29/09/2015

Assinatura do Declarante: Edna Maria de Almeida

05 MAR 2016

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDNA MARIA DE ALMEIDA

End. Entrega: RUA ROBERTO MENDONÇA CRIVELHO, 73, CENTRO

Cidade: SENADOR POMPEU

CNPJ: 03600-000

End. Entrega:

Cidade:

CNPJ:

Lote: 018 Setor: 005 Quadra: 0147 Lote: 0289 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONÔMICAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pólo: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Tipo de Medição	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume em m³	Módulo Semestral em m³
RAIA	R10F556152	639	653	14	8

DATAS

Leitura Atual: 23/09/2015 Início: 23/09/2015 Lote Água: 000379

Leitura Anterior: 24/08/2015 Subleitura: 23/10/2015 Lote Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA OBTIDA REFERENTE A: 08/2015

TP de Análise	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Esterilidade Coli
Cloro	023	023	010	023	023
Turbidez	025	025	012	025	025
Análise	025	025	012	024	025
Em conformidade					

ATENÇÕES / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DEPOIS DO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITAÇÕES AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO. AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, AGUA TERTIA E SAÚDE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
27,12	Mês/Ano
0,05	Agua (m³)
0,32	Esgoto (m³)
	Set/14
	Out/14
	Nov/14
	Dez/14
	Jan/15
	Fev/15
	Mar/15
	Abr/15
	Mai/15
	Jun/15
	Jul/15
	Ago/15

Tributos sobre o faturamento

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
IPIS	0,26	Valor do Serviço	37,76
COFINS	1,31	Valor do Subsidio	10,26
		Valor Total a Pagar	22,49

Mês/Ano	Vencimento	Total a Pagar (R\$)
09/2015	07/10/2015	27,49

Como pagar sua fatura

Banco: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Fico, Caixa Postal. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative o serviço através da agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações sobre a Cagece: 0800 275 0195, nos dias de atendimento de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na central de atendimento Cagece: 3101.1918 de 8h às 12h e 13h às 17h. Ou através do e-mail: 155-Site da Cagece: www.cagece.com.br

Entidade Reguladora: Fortaleza, ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. 0800 285 1919 - Drenagem Localizador: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará. 0800 275 3838.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição:	020364172	Código de Inscrição:	352667053941344 - 0432	Mês/Ano:	09/2015				
Lote:	018	Setor:	005	Quadra:	0147	Lote:	0289	Comp:	0000
		Subsetor:	00	Subquadra:	00				
Cidade:	SENADOR POMPEU	Vencimento:	07/10/2015	Total (R\$):	27,49				

82610000000 7 27490009500 2 02036417201 3 00065122015 4





Nº DO SINISTRO 3160 171066

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, Paulo Pinto Condulino
 PORTADOR DO RG Nº 3658339-88 EXPEDIDO POR SSP PE EM 38/10/88 E
 CPF 870936333-00 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO ABRIGADOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Pinto Condulino AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SisdPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0734 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 39.986-0

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.

SEN. Paulo - de 29 de SETEMBRO de 2015
 LOCAL E DATA

Edna Maria de Almeida
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



05 MAR 2013



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
15ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

CERTIDÃO

DIANY MARY FALCÃO ALVES, Escrivã
de Polícia Civil, Matrícula 300.030-1-2,
em exercício na Delegacia Regional de
Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, no
uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA, a requerimento verbal da parte interessada, para os devidos fins e efeitos legais que compareceu nesta Unidade Policial o Sr. Luiz Pinto Cordulino, portador do RG 165831988 SSP/CE, declarando que durante o registro do B.O de nº 551-2703/2015 datado do dia 25/09/2015, houve um equívoco no cadastro da data da ocorrência. Que foi registrado a data de 07/05/2015, mas o fato se deu, no dia 05/05/2015, conforme ficha de ocorrência do hospital, ficando referido Boletim de Ocorrência, desde já, aditado.

O referido é verdade. Dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE,
em 18 de fevereiro de 2016.



Diary Mary
Diary Mary Falcão Alves
Escrivã Polícia Civil
Mat. 300030-1-2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 2703 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 25/09/2015 09:39:46
Data / Hora da Ocorrência : 07/05/2015 13:58:09
Endereço da Ocorrência: R. SÃO FRANCISCO

PAVÃOZINHO SENADOR POMPEU / CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LUIZ PINTO CORDULINO
Nascimento : 06/11/1970
RG: 165831948 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 87013533300
Filiação: EMANOEL PAULO CORDULINO
MARIA DE NAZARÉ PINTO FERREIRA
Endereço: VL TELES 70
PAVÃOZINHO 63600000
SENADOR POMPEU CE BRASIL Telefone:

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava conduzindo a motocicleta HONDA/POP 100, ano de fabricação/modelo 2012/2012 cor VERMELHA, placa PMX-4638 Senador Pompeu/CE, chassi 9C2H80210CR473884 licenciada em nome de Francisco Virgílio de Oliveira Maciel; Afirma o (a) declarante que derrapou com uma perna solta, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informou que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu fratura úmero proximal esquerdo; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiros e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que, caso ciente de um caso das informações inseridas neste procedimento forçar falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MIGUEL ARCANJO F. MAT.: 135498-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

JEFFERSON LOPES CUSTÓDIO - MAT.: 404548-1-0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160171086

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO

Data do acidente: 05/05/2015

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 75%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160171086

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO

Data do acidente: 05/05/2015

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal cominutiva do úmero esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Presença de bloqueio ativo do movimento de extensão do cotovelo. Apresentando bloqueio ativo dos movimentos de elevação e abdução do MSE. Presença de diminuição da força muscular do MSE. Apresentando atrofia da musculatura do MSE.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento conservador com colocação de imobilizador ortopédico por um período de 45 dias. Presença de bloqueio ativo do movimento de extensão do cotovelo. Apresentando bloqueio ativo dos movimentos de elevação e abdução do MSE. Presença de diminuição da força muscular do MSE. Apresentando atrofia da musculatura do MSE.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave em membro superior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Gerardo Vale Matos

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ PINTO CORDULINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000019986-0

Nr. da Autenticação 5089B63B265048C0