

# 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](http://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](http://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 inicio 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,



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.: INTERRUPÃŠÄO 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](http://www.dpvatsegurodotransito.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, 06 de Abril de 2016

Carta n°: 8952623

A/C: LUIZ PINTO CORDULINO

Sinistro: 3160171086 ASL-0124439/16  
Vitima: 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%

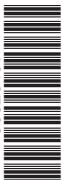
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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](http://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?

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?

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 referencia 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)?

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”

“Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

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

“Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**Membro superior - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

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 Geraldo V. Matos  
Médico | CRM - 3216  
CPF: 073.762.353-53



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Souza Pinto Endulino, portador da carteira de Identidade nº 3698319-88 e inscrito no CPF/MF sob o nº 870.835.333-00, residente e domiciliado na Rua Tolos N.º 70 - Parque União, Cidade Sinop MT, Estado Mato Grosso, 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:

(X) 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 cometa avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §2º 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 de Souza

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



JENASOR Payer - ce 29/09/15

Local e data

05/10/2015

# FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

830.135333-00

LIVRO DE OCORRÊNCIA  
0005



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 06/1313970

Leiz Pinto Cardelino

Profissão Agricultor	Idade 45	Cor PD	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade Senador Pompeu	Nac. BRA
Residência Vila Seler						
Pal Manuel Paulo Cardelino						
Mãe Maria de Nazaré Paula Ferreira						
Responsável	Telefone:					
O Paciente chegou ao hospital			Atendimento SUS	Data 07/05/15	Hora 13:58	
<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"/> Acidente de Trabalho
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia	Local				

Queixa principal e Resumo da Ocorrência Atual

Pct relata acidente com motocicleta  
há 2 dias relata dor náuseas — sono

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	PESO		
MAX 130 MIN 100.		AUXILIAR	RETAL	Trauma por ...	

TRATAMENTO:

1) Voltaren 1AMP Ure. 16.15  
2) Plavix 1AMP + AD EV

05 LHR/22

DESTINO DADO AO PACIENTE	CONFERE COM ORIGINAL 23/05/2015 cld RESPONSÁVEL - SAME M.H.S. CNPJ 07.802.697/0002-44	Medicação Administrada por:  Exames Complementares  Diagnóstico Definitivo
<input checked="" type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Em Observação <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito às ____ horas após chegada A.U.E. <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento		Ass. do Médico  Dr. João Teles C. C. CRM-15821 MÉDICO
Assinatura do Paciente ou Responsável		



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Spaiz Pinto Cardoso

RG nº 165.8319-88, data de expedição 38/10/88, Órgão SSP-EE

CPF nº 830.535.333-00, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que 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>VILA TORRES</u>
Número	<u>70</u>
Apto / Complemento	<u>CENTRO</u>
Bairro	<u>—</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>ESPIRITU SANTO</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 90989-0779 / 98721-2741</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SENADOR POMPEU - 29/09/15

Assinatura do Declarante: Elena maria de Almeida



*05/10/2015*





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Virgílio de Oliveira Maia,  
 RG nº —, data de expedição 1/1/  
 Órgão GSP/CE, portador do CPF nº 022.050.643-47,  
 com domicílio na cidade de Fortaleza Pernambuco, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua João Pernambucano, nº —, complemento  
Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado ainda constava em meu nome na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Luis Pinto Coriolino.

Veículo: MOTOCICLO

Ano: 2012 / 2012

Modelo: HONDA POP 100

Placa: Pax 4638

Chassi: 9E2H80220CR47384

Data do Acidente: 05 / 05 / 2015

*05/05/2015*

Local e Data: Av. Beira Mar, 26/09/2015

Assinatura do Declarante

*Francisco Virgílio de Oliveira Maia*

RECONHEÇO FIRMA *Francisco Virgílio de Oliveira Maia*

OFÍCIO O Referido é verdade. Dou Fé.  
Senador Pompeu *Francisco Virgílio de Oliveira Maia*

Em testemunha *Francisco Virgílio de Oliveira Maia*

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Interina

Fca. Lindete de Sousa Saravia  
Escrivane Autorizada



AUDIO  
VIDEO

# FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

870.136.333-00



D.N. 06/13/3970



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

Luis Paulo Cardelino

Profissão <i>Agricultor</i>	Idade <i>45</i>	Cor <i>PD</i>	Sexo <i>M</i>	Estado Civil <i>Casado</i>	Naturalidade <i>Senador Pompeu</i>	Nac. <i>BRA</i>
Residência <i>Vila Seler</i>						
Pai <i>Manuel Paulo Cardelino</i>						
Mãe <i>Maria de Nazaré Paula Ferreira</i>						
Responsável						
Telefone:						
O Paciente chegou ao hospital			Atendimento <i>SUS</i>	Data <i>02/05/15</i>	Hora <i>13:58</i>	
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Possando Mal	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia					
<input type="checkbox"/> Ambulância						
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem						

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

*Pct relata acidente com m bici de m  
há 2 dias relata dor náusea — m dor*

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL <i>MAX 130 MN 100.</i>	PULSO <i>REGULAR</i>	TEMPERATURA <i>REGULAR</i>	PESO <i>—</i>	<i>Trauma por — t.</i>

TRATAMENTO:

*1) Voltaren 1Amp 1m. x 16.15  
y Plasosil 1AMP + AD EV*

*05 MAR 2015*

DESTINO DADO AO PACIENTE	CONFIRME COM ORIGINAL <i>22/07/2015</i>	Medicação Administrada por:
<input checked="" type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	Exames Complementares
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido	Diagnóstico Definitivo
<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		Ass. do Médico <i>Dr. João Tadeu C.C. CRM-15821 2015/2016</i>

# FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

RC: 16583 19-88


**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SENADOR POMPEU**

Nome do Paciente

D.N. 06.11.70

Juiz Rui Corderino

Profissão	Idade	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	N.	
Agricultor	44	Pd	M	Casado	Sen. Pompeu Bras	
Residência	Vila Teles - Parada 2100					
Pai	Manoel Reis Corderino					
Mãe	Maria de Nazaré Rui Ferreira					
Responsável						Telefone:
O Paciente chegou ao hospital			Atendimento	Data	Hora	
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular		Sus	29.06.2015	11:59	
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal					
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso					
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input checked="" type="checkbox"/> Com Hemorragia					
Local						

## Sintese principal e Resumo da Doença Atual

Rui Rui teve cair de Mac com fratura  
ambas Esquerda com rotura de Ossos Proximal

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	PESO	Fratura ambas Eng.
MAX 130 MIN 100	AUDIÁR	RETAL		
TRATAMENTO:				- Benegam 40 mg ev - am - 34/25

05/07/2015

DESTINO DADO AO PACIENTE	VERIFICAÇÃO COM ORIGINAL 22/07/2015 ddc RESPONSÁVEL - SAME M.H.S.I 09 31 602 697/0002-44	Medicação Administrada por:  Exames Complementares  Diagnóstico Definitivo  Ass. do Médico
<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		D. Fernando Higor Fayad F. Vieira CRM-CE: 12721 MEDICO



## FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: Mr. Rato Condulino

Sexo: M Idade: 45 Profissão: Operador

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Unidade Adscritiva: \_\_\_\_\_

Agente de Saúde: \_\_\_\_\_

Encaminhado do(a): Nº 111

Para: Mr. Rato Condulino

Motivo do Encaminhamento:

Pai com seu filho em casa. Vou com o meu filho  
com o meu filho de carro. Procurando

Dr. Fernando Higino Fajad F. Vieira  
CRM-CE 12771  
MERIDIO

Encaminhamento

Função

05 HKP 103

Data: 03/07/15

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

Nome: \_\_\_\_\_

Procedimentos: Acidente de trânsito na estrada do

meu bairro - fui ferida e

foi levada para o hospital.

Data: 03/07/2015

  
Consultante

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

Luz Pinto Jardim

220. recebeu atendimento médico em:

03/07/15 com diagnóstico de: Fratura do úmero proximal e CID: 5.422.

o(a) mesmo(na) está necessitando de: 90 (noventa) dias de licença do trabalho, a partir da data do atendimento.

Senador Pompeu-Ce, 03/07/2015

  
MÉDICO/CRM

Dr. Guilhermino Neto  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CREMEC 8448

*05/07/2015*



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

Senador Pompeu

Receituário Médico

Nome:

M2 Dr. Jardim  
OCP

Ibuprofeno 600mg -  
OCP

1 compr 12/126

03/07/15

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

05/07/15



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

Senador Pompeu

Recertificado Médico

Nome:

Tatá - Druza de  
confeteiro  
  
Dr. Guilherme Neto  
ORTOPEDISTA / FISIOTERAPISTA  
CREAS/CAB/CE

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

05/12/2012  
LBB

*Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira*

*Médico CRM 12721*

*Praça da Juventude S/N Senador Pompeu - Ce*

Relatório Médico

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

*Lindo Cerdulino*

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

*Quando Motociclista com placa MSE com fratura  
cominodular lombar esq.*

E submeteu-se a tratamento: () Clínico; () Cirúrgico; () Fisioterapêutico; () Conservador; complementando com: *Analgésico, Típico, Apoio de braço*

Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de: 86% - D. O. B. MSE

*26/10/2015.*

  
*Dr. Fernando Higor  
CRM: 12721  
MEDICO*

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721

*05/10/2015*

## FICHA DE DECLARAÇÃO

AO PORTADOR:

GUARDE ESTA FICHA E PRESENTELA  
AO NECESSARIO DE NOVA CARTERA.

Polgar direito



Assinatura do portador

025234 - 00097-SP

Número

Constituído e Impresso no Centro de Serviços Gráficos do INPS  
RJ de Janeiro, RJ, setembro de 1960 - G.E. 13.980ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com milésimo nome, nº. civl e data nasc.)

Loc. Nasc. \_\_\_\_\_

Ex. \_\_\_\_\_

Filho(a) \_\_\_\_\_

Qualificação Civil \_\_\_\_\_

Mae \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Ex. Cív. \_\_\_\_\_ Doc. N.º \_\_\_\_\_

P. \_\_\_\_\_ Ltr. \_\_\_\_\_ Reg. Cív. \_\_\_\_\_

Ocupação \_\_\_\_\_

Simples Militar: D. \_\_\_\_\_ M. \_\_\_\_\_ E. \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Cade. \_\_\_\_\_ E. \_\_\_\_\_

Naturalidade Doc. N.º \_\_\_\_\_ Cade. \_\_\_\_\_

## ESTRANGEIROS

Chapéu ou Brilh. em \_\_\_\_\_

Doc. Ident. N.º \_\_\_\_\_ Exp. em \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Obs. \_\_\_\_\_

Data Emissão: 20/08/64 D.R.T. \_\_\_\_\_

Assinatura do Portador

05/10/64

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
JOSE 01 1031792985 3000000000 2014

FRANCÍSCO VIRGÍNIO DE OLIVEIRA MÁCIEL  
SENADOR POMPEU CS  
02205064347 PMX4638  
9C2HB0210CR473884  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA  
HONDA/POP100 2012 2012  
2B/0CV/97CC PARTIC VERMELHA  
I P V A DATA DE PRIMEIRO TÍTULO  
1\*\*\*\*\* 2\*\*\*\*\* 3\*\*\*\*\*  
00/00/0000  
AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND  
A LTDA:  
SENADOR POMPEU 08/12/2014

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, APESAR DA TRANSPORTADAS, OU NÃO, ESCORRIDO DPVAT

CE Nº 011356678780 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
02205064347 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NOVO 0004886  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotrenslt.com.br](http://www.dpvatsegurodotrenslt.com.br)  
SAC DPVAT 0200 022 1204

2014 16/12/2014

PLACA	01	OT./DNV	02205064347	PLACA	PMX4638
RENAVAM	1031792985	MAPCA / VÔZ/OLDO	HONDA/POP100		
ANO FAB.	2012	OT.	09	NO CHAP.	9C2HB0210CR473884
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>					
PNB/PC	00/00/0000	DETRAN/SC	00/00/0000	VALOR DO TÍTULO	00/00/0000
VALOR DO TÍTULO PC	00/00/0000	IC/PC	00/00/0000		
DATA DE C. TÍTULO	00/00/0000	PAGAMENTO	00/00/0000	DATA DE C. TÍTULO	00/00/0000
DATA DE C. TÍTULO	00/00/0000	PAGAMENTO	00/00/0000	DATA DE C. TÍTULO	00/00/0000

PROPRIETÁRIO  
LOTE/D  
SEGURADORA LUGAR/DPVAT  
MOTOR: HB02E1EN99984PC0001-04  
[www.seguradoradepvat.com.br](http://www.seguradoradepvat.com.br)

08-2014

05/12/2014



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**

Dígito 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](http://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.)

05/10/2015

## ANEXO II

### 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 Edna maria de Almeida, portador(a) do RG nº 35119034-88, expedido por SSP EF, em 37 / 03 / 88, CPF/CNPJ nº 600.518.663-90, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Spuzi Pindilino do sinistro de DPVAT da natureza Brulúz da vítima Spuzi Pindilino, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

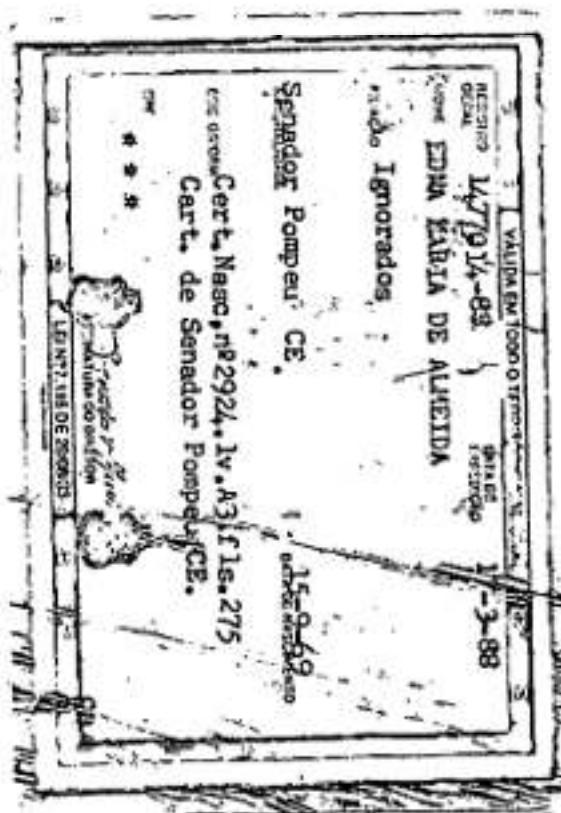
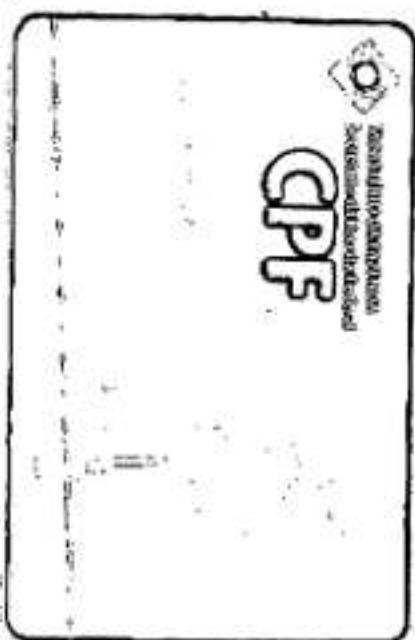
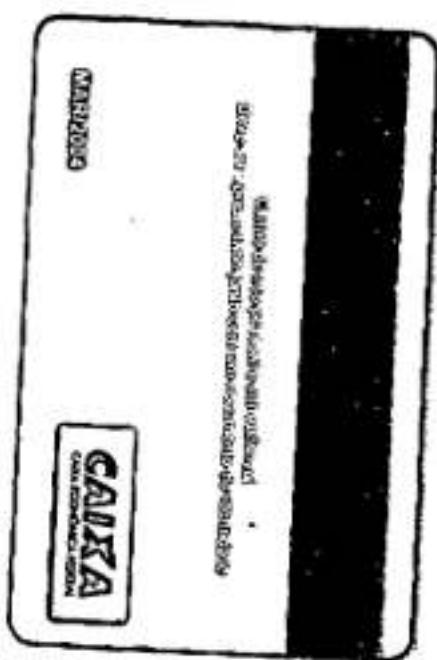
Profissão: Agricultor Renda Mensal: R\$ 300,00

Documentos comprobatórios: Não Apresentou

Edna maria de Almeida  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

*05/09/2015*

Quando o nome é apagado a tinta



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edna Maria de Almeida,

RG nº 3217 7014 - 88, data de expedição 17/03/88, Órgão SOP - CE,

CPF nº 600.518.063-90, 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 Ilíano Camacho</u>
Número	<u>93</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Einá</u>
Cidade	<u>Sinop - MT</u>
Estado	<u>MT</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Payne - 29/09/2015

Assinatura do Declarante: Edna maria de Almeida

*05 MAR 2015*

## DADOS DO CLIENTE

Nome: EDNA MARIA DE ALMEIDA  
 Endereço: RUA ROBERTO HENRIQUE CRIVELHO, 73, CENTRO  
 Cidade: SENADOR POMPEU CEP: 63600-000  
 End. Entrega:  
 Cidade:  
 Lote: 018 Setor: 005 Quadra: 0147 Lote: 0289 Cep: 0000  
 Subsolo: 00 Subquadra: 00

## ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Negócio: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Térreo: ROLR	Métrica: R10F556152	Lectura Anterior: 639	Lectura Atual: 653	Volumen: 14	Média Sensorial: 8
--------------	---------------------	-----------------------	--------------------	-------------	--------------------

## DATAS

Lectura Atual: 23/09/2015 Data da Lectura: 23/09/2015 Lect. Água: 000375

Lectura Anterior: 24/08/2015 Última lectura: 23/10/2015 Lect.água:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2015

NP de Amostras	Gross	Turbida	Cor	Coliformes Totais	E. Coli
Analíticas	023	023	010	023	023
Analíticas	025	025	012	025	025
Em conformidade	025	025	012	024	025

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CRM CLÍENTE, ENCONTRAM-SE OS TROCS RS FATURADOS DE SUSTITUIÇÃO, PRÉIA ESTR UNIÓDE CONSUMIDORA, VENCIDOS EM 2014, CONFERE A LEI N. 12.007/2009. ESTÁ DECLARADO SUBSTITUI OUTRAS OUI TROCS DO PERÍODO. FORNECEHOS SUL PONTUALDOR. AGUA TRATOR E SRDE.

## DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS

DETALHAMENTO	VALOR (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME			
		Mês/Ano	Aguas (m³)	Liquido (m³)	Agua (m³)
VALOR JUROS DE 0,033% RD DIR	27,12	SET/14	0	0	0
JUROS DE 2%	0,05	OCT/14	23	0	0
HUITA DE 2%	0,32	NOV/14	5	0	0
		DEZ/14	10	0	0
		JAN/15	5	0	0
		FEB/15	9	0	0
		MAR/15	4	0	0
		ABR/15	10	0	0
		MAY/15	9	0	0
		JUN/15	10	0	0
		JUL/15	8	0	0
		AGO/15	8	0	0

## TAXAS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,26	VALOR DO SERVICO	37,75
COFINS	1,31	VALOR DO SUBSÍDIO	10,26
		VALOR TOTAL R. 50,00	52,49
MÊS/ANO		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
09/2015		07/10/2015	27,49

## FORMAS DE PAGAMENTO

Banco: Banco do Brasil, BB, Itaú, BC, Banco do Brasil, Caixa, Banco do Brasil, Santander, Triângulo, Outras Pagfidi, A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua conta bancária para consulta e pagamento.

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0103, nos dias de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na sua Agência Cagece 310011918 de 8h às 12h e 13h às 17h. Ou ainda através do 155-Site da APCD: [www.apcd.ce.gov.br](http://www.apcd.ce.gov.br).



05 MAR 2016

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 020364172 Cód. de Responsável: 352867053941344 - 0432 Mês/Ano: 09/2015

Lote: 018 Setor: 005 Quadra: 0147 Lote: 0289 Cep: 0000  
 Subsolo: 00 Subquadra: 00

Cidade: SENADOR POMPEU Vencimento: 07/10/2015 Total R\$ 27,49

82610000000 7 27490009500 2 02036417201 3 00065122015 4



## Fatura Mensal

Meio de pagamento:  
Cartão de Crédito

Informações Regulatórias, Fornecedores, ACPDR e Autarquia de Regulação, Recuperação e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental, 0800 283 1919 - Demar Localizada: APCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Desregulados do Estado do Ceará, 0800 275 3838.



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO 360 17106

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, José Pinto PindulinoPORTADOR(A) DO RG Nº 3658339-88EXPEDIDO POR SSP PEEM 18/10/88 ECPF 870365333-00 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Pinto Pindulino, 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta 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.receitafazenda.gov.br](http://www.receitafazenda.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 304 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 07-94 N° da CONTA (com dígito, se existir) 39.986-0

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

Nº do BANCO 304 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 07-94 N° 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 COMOQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Serif Pinto - 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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



05/02/03



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.

05 MAR 2016  
Diany 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 N° 551 - 27/03/2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 25/03/2015 08:39:46

Data / Hora da Ocorrência : 07/03/2015 13:58:00

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 - CNP: 87013533380

Filiação: EMANOEL PAULO CORDULINO

MARIA DE NAZARÉ PINTO FERREIRA

Endereço: VL TELES 79

PAVÃOZINHO - ASSEMBLEIA

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 condutizado a motocicleta HONDA/POP 100, ano de fabricação/modelo 2012/2012 cor VERMELHA, placa PMX-4638 Senador Pompeu/CE, chassi 9C2HR0210CR473844 licenciada em nome de Francisco Virginio de Oliveira Maciel; Afirma o (a) declarante que deslizou com uma pedra solta, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa 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: Santa, Corpo de Bombeiros e Amigos do Acidente; 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 o(a) declarante de uso das informações inscritas neste procedimento forca fides, responderá pelo crime da 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 FRAGA CORRÊA - MAT.: 135490-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

JEFFERSON LAGES CUSTÓDIO - MAT.: 484548-1-8

05 MAR 2015

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Pág. 1 de 1

Impresso em 25/04/2015 às 11

# 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

<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>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

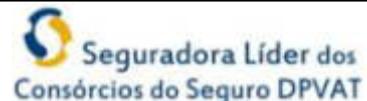
**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**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
		<b>Total</b>	<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

## 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