
Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Nº Sinistro: **3180309014**

Vitima: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Data do Acidente: **04/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180309014**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Nº Sinistro: **3180309014**

Vitima: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Data do Acidente: **04/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180309014**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

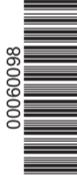
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Nº Sinistro: **3180309014**

Vitima: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Data do Acidente: **04/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180309014**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/11/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Nº Sinistro: **3180309014**

Vitima: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Data do Acidente: **04/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180309014**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/11/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Nº Sinistro: **3180409630**

Vitima: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Data do Acidente: **04/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180409630**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Sinistro: **3180409630**

Vítima: **JOAO ODECIO DA MOTA**

Data do Acidente: **04/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180409630** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

211.324.533.72

JOÃO ODECIO DA MOTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOÃO ODECIO DA MOTA

CPF titular da conta

211.324.533.72

Profissão

RECUSO

Endereço

RUA - JO3

Número

230

Complemento

CASA

Bairro

ACARACUZINHO

Cidade

MARACANAÚ

Estado

CEARA

CEP

6190000

Email

NÃO TENHO

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

D/V

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

1963

47508

4

(Informar digito se existir)

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

FOOTALEZA, 28 de JUNHO de 2018

Local e Data

ISS/BSIA CORRETORA DE SEG. LTDA
05 JUL. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

213.324.533-72

JORÔ ODECIO DA MOTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JORÔ ODECIO DA MOTA	CPF titular da conta 213.324.533.72	Profissão RECUSO
Endereço RUA - 309	Número 210	Complemento CASA
Bairro ACARACUZINHO	Cidade MARACANAÚ	Estado CEARA
Email NÃO TENHO	CEP 619000	Telefone (DDD) (85) 98570-1615

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.O.

1961

D/V

CONTA

N.R.O.

47508

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.O.

AGÊNCIA

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

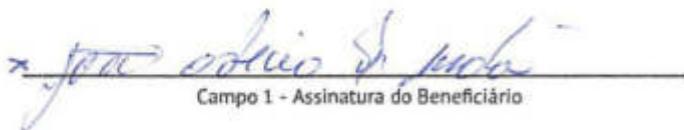
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Fortaleza , 04 de SETEMBRO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180409630
Nome do(a) Examinado(a): Joao Odecio da Mota
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 109, 210
Acaracuzinho Maracanau CE CEP: 61900-400
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 93002004755
Data local do acidente: [04/11/2016]
Data local do exame: [26/09/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA E INTERNADA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FIXADOR EXTERNO. FEZ 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: DEFORMIDADE ÓSSEA.

Data da Alta: 10/10/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MARCHA COM APOIO, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++/4+, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZES IRREGULARES E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

DEBILIDADE GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO, PELO EDEMA, DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.

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

- VII. Segundo 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)

- 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):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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


Dr. Andre de Oliveira Leal
CRM/CE - 16566

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





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SFICRITARIA DA SFURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA CIVIL / 20º DP

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 120 - 1965 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 08/11/2016 14:38:38

DOCUMENTO
ORIGINAL

Data / Hora da Ocorrência: 04/11/2016 19:30:00

Endereço da Ocorrência: AVENIDA LATERAL SUL

Complemento:

Bairro: ACIDENTE DE TRÂNSITO Município: MARACANAÚ/CE

Pontos de Referência: ESQUINA DA ESCOLA MILTON DIAS

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOÃO ODECIO DA MOTA

Nascimento: 29/08/1953 CPF:

RG: 93002004755 Orgão Emissor: SSPDS

UF:

Filiação: MARIA IVONE DA MOTA

RAIMUNDO NONATO DA MOTA

Endereço: RUA 109, 210

Bairro: ACARACUZINHO

CEP:

Município: MARACANAÚ/CE

País: BRASIL

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: MARIA HELENA SOUSA DA MOTA

Nascimento: 18/05/1967 CPF: 857.113.303-49

RG: 98002362555 Orgão Emissor: SSP

Filiação: MARIA ELICE RODRIGUES

ANTONIO RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: RUA 109, 210

Bairro: CONJ. ACARACUZINHO

UBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

05 JUL. 2018

ASS:

Município: MARACANAÚ/CE

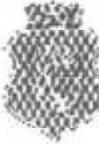
País: BRASIL

CEP:

Telefone:

Histórico

INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA ACIMA CITADO, SEU ESPOSO O SR. JOÃO ODECIO DA MOTA, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/CGL 125 FAN KS, DE PLACA OHX0256, RENAVAM 476154022, CHASSI: 9C2JC4110CR570099, REGISTRADO NO DETRAN EM NOME DE TARCISIO NUNES CABRAL JUNIOR, UM AMIGO DE JOÃO ODECIO, QUANDO AO PASSAR PELA RUA FOI DESVIAR DE UMA CARRETA (NÃO FOI ANOTADA A PLACA), ESTA QUE FREOU E JOÃO ODECIO NÃO CONSEGUIU FREAR A TEMPO E ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO AO SOLO, O MESMO FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU QUE LEVOU PARA O HOSPITAL DE MARACANAÚ, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL FORTALEZA, ONDE FICOU INTERNADO ATÉ O DIA 07/11/2016, JOÃO ODECIO TEVE FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO ESQUERDO, E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E TEM QUE VOLTAR COM UM MÊS AO HOSPITAL PARA COLOCAR PLATINA NO TORNOZELO, O MOTORISTA DA CARRETA SAIU DO LOCAL E NÃO PRESTOU SOCORRO, A VÍTIMA DO ACIDENTE JOÃO ODECIO DA MOTA ENCONTROU-SE EM CASA SEM PODER ANDAR, POIS POR RECOMENDAÇÃO MÉDICA O MESMO TEM QUE PASSAR 30 DIAS SEM ANDAR, IMPOSSIBILITANDO ASSIM DE COMPARÉCER A ESTA DELEGACIA PARA O



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SERFETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 2º. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA VIL / 20º DP
protocolo n.º _____

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 120 - 1965 / 2016

DELEGAÇÃO DESTINADA: DELEGAÇÃO DO 2º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Elleel "ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

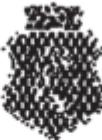
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Thais Helena do Mata

VISTO DO DELEGADO(A) : JOSÉ EVILÁSIO COSTA REBOUÇAS - MAT: 013335-1-a

A REBOUCAS, RENATO
José Eustálio Costa Reboças
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Matr. 13335-1-8

LORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

255.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SUPERINTENDÊNCIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA CIVIL / 20º DP

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 120 - 1965 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 08/11/2016 14:38:38

Data / Hora da Ocorrência: 04/11/2016 19:30:00

Endereço da Ocorrência: AVENIDA LATERAL SUL

Complemento:

Bairro: ACIDENTE DE TRÂNSITO Município: MARACANAÚ/CE

Ponto de Referência: ESQUINA DA ESCOLA MILTON DIAS

DOCUMENTO
ORIGINAL

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOÃO ODECIO DA MOTA

Nascimento: 29/08/1953 CPF:

RG: 93002004755 Orgão Emissor: SSPDS

UF:

Filiação: MARIA IVONE DA MOTA

RAIMUNDO NONATO DA MOTA

Endereço: RUA 109, 210

Bairro: ACARACUZINHO

Município: MARACANAÚ/CE

País: BRASIL

CEP:

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: MARIA HELENA SOUSA DA MOTA

Nascimento: 18/05/1967 CPF: 857.113.303-49

RG: 98002362555 Orgão Emissor: SSP

Filiação: MARIA ELICE RODRIGUES

ANTONIO RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: RUA 109, 210

Bairro: CONJ. ACARACUZINHO

Município: MARACANAÚ/CE

País: BRASIL

LÍBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.
05 JUL. 2018
ASS:

CEP:

Telefone:

Histórico

INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA ACIMA CITADO, SEU ESPOSO O SR. JOÃO ODECIO DA MOTA, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, DE PLACA OHX0256, RENAVAM 476154022, CHASSI: 9C2JC4110CR570099, REGISTRADO NO DETRAN EM NOME DE TARCISIO NUNES CABRAL JUNIOR, UM AMIGO DE JOÃO ODECIO, QUANDO AO PASSAR PELA RUA FOI DESVIAR DE UMA CARRETA (NÃO FOI ANOTADA A PLACA), ESTA QUE FREOU E JDÃO ODECIO NÃO CONSEGUIU FREAR A TEMPO E ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO AO SOLO, O MESMO FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU QUE LEVOU PARA O HOSPITAL DE MARACANAÚ, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL FROTÃO, ONDE FICOU INTERNADO ATÉ O DIA 07/11/2016, JDÃO ODECIO TEVE FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO ESQUERDO, E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E TEM QUE VOLTAR COM UM MÊS AO HOSPITAL PARA COLOCAR PLATINA NO TORNOZELO, O MOTORISTA DA CARRETA SAIU DO LOCAL E NÃO PRESTOU SOCORRO, A VÍTIMA DO ACIDENTE JOÃO ODECIO DA MOTA ENCONTRA-SE EM CASA SEM PODER ANDAR, POIS POR RECOMENDAÇÃO MÉDICA O MESMO TEM QUE PASSAR 30 DIAS SEM ANDAR, IMPOSSIBILITANDO ASSIM DE COMPARECER A ESTA DELEGACIA PARA O



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SERFETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 2º DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA VIL 120° DP
Protocolo N° _____

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 120 - 1965 / 2016

DELEGACIA DESTINADA: DELEGACIA DO 2º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Tellel

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Flávia Helena S. da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ EVILÁSIO COSTA REBOUCAS - MAT. 013335-1-8

REBOUCAS - RJ
José Eulálio Costa
DELEGADO DE POLÍCIA
nº 13335-1-E

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

05 JUL. 2018

ASS'.

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOÃO ODECIO DA MOTA

CPF da Vítima

233.324.533-72

Data do Acidente

04-11-2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email **Não tenho** Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LÍDIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

Fortaleza, 28 de JUNHO de 2018

Local e Data


*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOÃO ODECIO DA MOTA

CPF da Vítima

211.324.533.72

Data do Acidente

04-11-2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

NAO TENHO

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(15) 98570-1615

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

FORTALEZA, 04 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

*** JOÃO ODECIO DA MOTA**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria de Saúde de Maracanaú SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, Pré-Hospitalar ao Sr. **JOÃO ODECIO DA MOTA**, RG Nº 93002004755 SSP/CE, filho de RAIMUNDO NONATO DA MOTA e de MARIA IVONE DA MOTA , nascido em 29/08/1953, natural de SANTANA DO ACARAÚ/CE, residente na Rua: 109 Nº210 ,Acaracuzinho, MARACANAÚ-CE, o qual na data de 04/11/2016, por volta de 19:50hs, foi vítima de colisão no trânsito.

A vítima foi conduzida ao Hospital HMJEH - Maracanaú/CE.

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

MARACANAÚ - CE, 08 de Novembro de 2016

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE
Luna Jéssica de Souza Moraes
LUNA JÉSSICA DE SOUZA MORAIS
ASSIST. SOS MARACANAÚ

Lúbia Corretora de Seg. Ltda.
05 JUL. 2018

ASS:



FICHA DE ATENDIMENTO SOS MARACANAÚ N° DA SOLICITAÇÃO 04 RS 04

HORA DA SOLICITAÇÃO 18:56 HORA DE CHEGADA AO LOCAL 20:26

HORA DA SAÍDA DO LOCAL 20:10 HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 20:26

1. DATA

04/11/16

2. ENDEREÇO

R. 109 C 210

3. REFERÊNCIA

4. SEXO Masculino

5. IDADE 63

6. BAIRRO Acp Parque Jardim

7. NOME

Tecôn Odorico da Mota

8. C. EXTERNAS

- 8.1 Atropelamento
- 8.2 Capotamento
- 8.3 Colisão
- 8.4 Queda de bicicleta
- 8.5 Queda de moto
- 8.6 Queda
- 8.7 Agressão física
- 8.8 Intox/Envenenamento
- 8.9 F. Lacer corado
- 8.10 FAB
- 8.11 FAF
- 8.12 Ter. Suicídio
- 8.13 Cheque Eletrônico
- 8.14 Quilometra
- 8.15 Alojamento

9. AVALIAÇÃO INICIAL

A - VIAS AÉREAS

Pneum.

Obstruída

B + RESPIRAÇÃO / VENTILAÇÃO

NORMAL

Disponível

Ausente

Desviada

Normal

Ausmatório

Simétrico

Eficiente SC

Cíngulo

Normal

Turgido

Normal

Drenado

Normal

Normal

Ausente

Normal

Normal

Ausente

Esg

Ausente

Edema

Fratura Aberta

FAF

FAB

Ausado

Dor

Quinadura

1.4

2.4

1.5

1.4

2.5

2.4

1.5

1.1

2.1

1.1

2.1

1.2

2.2

1.3

2.3

1.4

2.4

1.5

2.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5



Secretaria de Saúde de Maracanaú SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, Pré-Hospitalar ao Sr. **JOÃO ODECIO DA MOTA**, RG Nº 93002004755 SSP/CE, filho de RAIMUNDO NONATO DA MOTA e de MARIA IVONE DA MOTA , nascido em 29/08/1953, natural de SANTANA DO ACARAÚ/CE, residente na Rua: 109 Nº210 ,Acaracuzinho, MARACANAÚ-CE, o qual na data de 04/11/2016, por volta de 19:50hs, foi vítima de colisão no trânsito.

A vítima foi conduzida ao Hospital HMJEH - Maracanaú/CE.

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

MARACANAÚ - CE, 08 de Novembro de 2016

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE
Luna Jéssica de Souza Moraes
LUNA JÉSSICA DE SOUZA MORAIS
ASSIST. SOS MARACANAÚ

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:



FICHA DE ATENDIMENTO SOS MARACANAÚ
Nº DA SOLICITAÇÃO 04 RS 04
HORA DA SOLICITAÇÃO 19:56 HORA DE CHEGADA LOCAL 20:26
HORA DA SAÍDA DO LOCAL 20:10 HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 20:26

1. DATA

04/11/16 R. 109 C1210

2. ENDEREÇO

3. REFERÊNCIA

7. NOME

Tecido Odercio da Mota

8. NOME

9. SEXO

10. IDADE

11. GÊNERO

12. SITUAÇÃO

13. PRINCIPAIS LESÕES

14. ESCALA DE GLASGOW

15. ESCALA DE TRAUMA

16. PRINCIPAIS LESÕES

17. SINAIOS / SINTOMAS / QUEDAS

18. PROCEDIMENTO REALIZADO

19. HISTÓRIA AMPLA

20. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

21. SOLUÇÕES INFUSORIAS

22. OBSERVAÇÕES

23. DESTINO

24. CLIENTE ACOMPANHADO

25. OBSERVAÇÕES

26. OBSERVAÇÕES

27. OBSERVAÇÕES

28. OBSERVAÇÕES

29. OBSERVAÇÕES

30. OBSERVAÇÕES

31. OBSERVAÇÕES

32. OBSERVAÇÕES

33. OBSERVAÇÕES

34. OBSERVAÇÕES

35. OBSERVAÇÕES

36. OBSERVAÇÕES

37. OBSERVAÇÕES

38. OBSERVAÇÕES

39. OBSERVAÇÕES

40. OBSERVAÇÕES

41. OBSERVAÇÕES

42. OBSERVAÇÕES

43. OBSERVAÇÕES

44. OBSERVAÇÕES

45. OBSERVAÇÕES

46. OBSERVAÇÕES

47. OBSERVAÇÕES

48. OBSERVAÇÕES

49. OBSERVAÇÕES

50. OBSERVAÇÕES

51. OBSERVAÇÕES

52. OBSERVAÇÕES

53. OBSERVAÇÕES

54. OBSERVAÇÕES

55. OBSERVAÇÕES

56. OBSERVAÇÕES

57. OBSERVAÇÕES

58. OBSERVAÇÕES

59. OBSERVAÇÕES

60. OBSERVAÇÕES

61. OBSERVAÇÕES

62. OBSERVAÇÕES

63. OBSERVAÇÕES

64. OBSERVAÇÕES

65. OBSERVAÇÕES

66. OBSERVAÇÕES

67. OBSERVAÇÕES

68. OBSERVAÇÕES

69. OBSERVAÇÕES

70. OBSERVAÇÕES

71. OBSERVAÇÕES

72. OBSERVAÇÕES

73. OBSERVAÇÕES

74. OBSERVAÇÕES

75. OBSERVAÇÕES

76. OBSERVAÇÕES

77. OBSERVAÇÕES

78. OBSERVAÇÕES

79. OBSERVAÇÕES

80. OBSERVAÇÕES

81. OBSERVAÇÕES

82. OBSERVAÇÕES

83. OBSERVAÇÕES

84. OBSERVAÇÕES

85. OBSERVAÇÕES

86. OBSERVAÇÕES

87. OBSERVAÇÕES

88. OBSERVAÇÕES

89. OBSERVAÇÕES

90. OBSERVAÇÕES

91. OBSERVAÇÕES

92. OBSERVAÇÕES

93. OBSERVAÇÕES

94. OBSERVAÇÕES

95. OBSERVAÇÕES

96. OBSERVAÇÕES

97. OBSERVAÇÕES

98. OBSERVAÇÕES

99. OBSERVAÇÕES

100. OBSERVAÇÕES

101. OBSERVAÇÕES

102. OBSERVAÇÕES

103. OBSERVAÇÕES

104. OBSERVAÇÕES

105. OBSERVAÇÕES

106. OBSERVAÇÕES

107. OBSERVAÇÕES

108. OBSERVAÇÕES

109. OBSERVAÇÕES

110. OBSERVAÇÕES

111. OBSERVAÇÕES

112. OBSERVAÇÕES

113. OBSERVAÇÕES

114. OBSERVAÇÕES

115. OBSERVAÇÕES

116. OBSERVAÇÕES

117. OBSERVAÇÕES

118. OBSERVAÇÕES

119. OBSERVAÇÕES

120. OBSERVAÇÕES

121. OBSERVAÇÕES

122. OBSERVAÇÕES

123. OBSERVAÇÕES

124. OBSERVAÇÕES

125. OBSERVAÇÕES

126. OBSERVAÇÕES

127. OBSERVAÇÕES

128. OBSERVAÇÕES

129. OBSERVAÇÕES

130. OBSERVAÇÕES

131. OBSERVAÇÕES

132. OBSERVAÇÕES

133. OBSERVAÇÕES

134. OBSERVAÇÕES

135. OBSERVAÇÕES

136. OBSERVAÇÕES

137. OBSERVAÇÕES

138. OBSERVAÇÕES

139. OBSERVAÇÕES

140. OBSERVAÇÕES

141. OBSERVAÇÕES

142. OBSERVAÇÕES

143. OBSERVAÇÕES

144. OBSERVAÇÕES

145. OBSERVAÇÕES

146. OBSERVAÇÕES

147. OBSERVAÇÕES

148. OBSERVAÇÕES

149. OBSERVAÇÕES

150. OBSERVAÇÕES

151. OBSERVAÇÕES

152. OBSERVAÇÕES

153. OBSERVAÇÕES

154. OBSERVAÇÕES

155. OBSERVAÇÕES

156. OBSERVAÇÕES

157. OBSERVAÇÕES

158. OBSERVAÇÕES

159. OBSERVAÇÕES

160. OBSERVAÇÕES

161. OBSERVAÇÕES

162. OBSERVAÇÕES

163. OBSERVAÇÕES

164. OBSERVAÇÕES

165. OBSERVAÇÕES

166. OBSERVAÇÕES

167. OBSERVAÇÕES

168. OBSERVAÇÕES

169. OBSERVAÇÕES

170. OBSERVAÇÕES

171. OBSERVAÇÕES

172. OBSERVAÇÕES

173. OBSERVAÇÕES

174. OBSERVAÇÕES

175. OBSERVAÇÕES

176. OBSERVAÇÕES

177. OBSERVAÇÕES

178. OBSERVAÇÕES

179. OBSERVAÇÕES

180. OBSERVAÇÕES

181. OBSERVAÇÕES

182. OBSERVAÇÕES

183. OBSERVAÇÕES

184. OBSERVAÇÕES

185. OBSERVAÇÕES

186. OBSERVAÇÕES

187. OBSERVAÇÕES

188. OBSERVAÇÕES

189. OBSERVAÇÕES

190. OBSERVAÇÕES

191. OBSERVAÇÕES

192. OBSERVAÇÕES

193. OBSERVAÇÕES

194. OBSERVAÇÕES

195. OBSERVAÇÕES

196. OBSERVAÇÕES

197. OBSERVAÇÕES

198. OBSERVAÇÕES

199. OBSERVAÇÕES

200. OBSERVAÇÕES

201. OBSERVAÇÕES

202. OBSERVAÇÕES

203. OBSERVAÇÕES

204. OBSERVAÇÕES

205. OBSERVAÇÕES

206. OBSERVAÇÕES

207. OBSERVAÇÕES

208. OBSERVAÇÕES

209. OBSERVAÇÕES

210. OBSERVAÇÕES

211. OBSERVAÇÕES

212. OBSERVAÇÕES

213. OBSERVAÇÕES

214. OBSERVAÇÕES

215. OBSERVAÇÕES

216. OBSERVAÇÕES

217. OBSERVAÇÕES

218. OBSERVAÇÕES

219. OBSERVAÇÕES

220. OBSERVAÇÕES

221. OBSERVAÇÕES

222. OBSERVAÇÕES

223. OBSERVAÇÕES

224. OBSERVAÇÕES

225. OBSERVAÇÕES

226. OBSERVAÇÕES

227. OBSERVAÇÕES

228. OBSERVAÇÕES

229. OBSERVAÇÕES

230. OBSERVAÇÕES

231. OBSERVAÇÕES

232. OBSERVAÇÕES

233. OBSERVAÇÕES

234. OBSERVAÇÕES

235. OBSERVAÇÕES

236. OBSERVAÇÕES

237. OBSERVAÇÕES

238. OBSERVAÇÕES

239. OBSERVAÇÕES

240. OBSERVAÇÕES

241. OBSERVAÇÕES

242. OBSERVAÇÕES

243. OBSERVAÇÕES

244. OBSERVAÇÕES

245. OBSERVAÇÕES

246. OBSERVAÇÕES

247. OBSERVAÇÕES

248. OBSERVAÇÕES

249. OBSERVAÇÕES

250. OBSERVAÇÕES

251. OBSERVAÇÕES

252. OBSERVAÇÕES

253. OBSERVAÇÕES

254. OBSERVAÇÕES

255. OBSERVAÇÕES

256. OBSERVAÇÕES

257. OBSERVAÇÕES

258. OBSERVAÇÕES

259. OBSERVAÇÕES

260. OBSERVAÇÕES

261. OBSERVAÇÕES

262. OBSERVAÇÕES

263. OBSERVAÇÕES

264. OBSERVAÇÕES

265. OBSERVAÇÕES

266. OBSERVAÇÕES

267. OBSERVAÇÕES

268. OBSERVAÇÕES

269. OBSERVAÇÕES

270. OBSERVAÇÕES

271. OBSERVAÇÕES

272. OBSERVAÇÕES

273. OBSERVAÇÕES

274. OBSERVAÇÕES

275. OBSERVAÇÕES

276. OBSERVAÇÕES

277. OBSERVAÇÕES

278. OBSERVAÇÕES

279. OBSERVAÇÕES

280. OBSERVAÇÕES

281. OBSERVAÇÕES

282. OBSERVAÇÕES

283. OBSERVAÇÕES

284. OBSERVAÇÕES

285. OBSERVAÇÕES

286. OBSERVAÇÕES

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: 02/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ODECIO DA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01961

CONTA: 000000047508-4

Nr. da Autenticação 19B37AD2843866DA

Nº DO CLIENTE
481106-2

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.436 de 25 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.100.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 527196242

Rota 20 26001 13 159000 - 1 Data de Emissão: 28/05/2018
Nome MARIA HELENA SOUSA DA MOTA
End. Postal RU 109 CONJ ACARACUZINHO 00210
CONJUNTO ACARACUZINHO - MARACANAU - 61900000
Postal 0000 D02E
Medidor 5517817
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 857113303-49
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Date da Agematização Previsão Pŕóxima Leitura
Mai/2018 28/05/2018 28/06/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mês	Padrão Industrial	Apuração Individual			
66,98	27,00%	18,98	DIC	10,44	20,88	41,76	3,63	3,63	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
IDAC,0058,PFED,IF69,SD6A,220C,FOC9,2040

Informações sobre o faturamento do consumo	Ler, Atual	Ler, Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP 30457	30355	1.00	92	0,00	0,12815	66,98

28/05/18 27/04/18 31/04/18 VALOR (R\$) 66,98

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	66,98
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,15
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	17,21
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916	19,50
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,20)	-

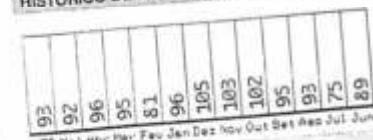
VENCIMENTO

05/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

115,84

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimas 12 meses)



COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	25,21
Transmissão	2,92
Distribuição	12,15
Encargos Setoriais	1,55
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	20,84
TOTAL	66,98



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO:

Prezado Cliente, não se autorreduza. A relatação é revelia da distribuidora enseja nova ação de corte, bem como cobrança do custo administrativo de inspeção (art. 175 c/c art. 131 Resol. 414/2018 - Anel).

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,76 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,74% e COFINS:3,33% IPI: 9 Reais 100,0000 - ANEEL - Telef. n. 10.637-02 e 10.633-003

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução Homologatória ANEEL n. 2.383/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Estamos an Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 100wh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

LÍLIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:

Nº DO CLIENTE
481106

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.648-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° **539466270**

Rota 20 26001 13 159000 - 1 Data de Emissão 29/08/2018

Nome MARIA HELENA SOUSA DA MOTA

End. Postal RU 109 CONJ ACARACUZINHO 00210
CONJUNTO ACARACUZINHO - MARACANAÚ - 61900000

Medidor 5517817 Poste 0000 002E

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 857113303-49

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Ago/2018	29/08/2018	28/09/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda:		DISCRIMINADO	INTENSIVADO
Conjunto	Jun/2018	E/S 20,58	
Mês	DICRI = 0,00 P		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
65,69	7,00%	4,73

Padrão Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	16,44	26,88	41,75	0,00	1,15	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3470.01A7.E5H2.0000.0E49.AEFC.7C05.644E

Apuração Individual

	DIC	FIC	DMIC
	5,58	5,58	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incr.	Cons. Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 30710	30625	1,00	95	0,00	95	0,77463	65,69
29/08/18	28/07/18		32 DIAS		95		65,69

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	65,69
MULTA MORATORIA REF 07/2018	1,32
JUROS DO MES	0,24
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	13,83
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	17,21
CARTÃO DE TODOS - 0800.283.8916	19,50
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,05)	

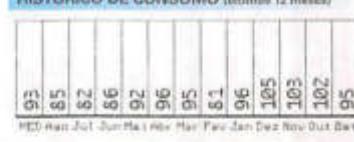
VENCIMENTO **05/09/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$) **117,79**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	25,21
Transmissão	2,50
Distribuição	14,52
Encargos Setoriais	3,55
Tributos (ICMS, PIS/COFINS)...	19,57
TOTAL	65,69

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

33,18 0,00

0% 100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 1,64 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:3,51% e COFINS:2,30%
IPI: 0,00% - INSS: 100,00% - INPS: 100,00% - IR: 10,67% R\$ 10.670,00 + R\$ 10.000,00

Estamos em Bandeira vermelha setorial 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kwh
(quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente:

481106

Referência:

Ago/2018

Data de Emissão:

29/08/2018

Total a Pagar (R\$):

117,79

Nº da Nota Fiscal:

539466270

Nº de Controle:

0000481106 00528 39682 54

838000000001-7 17790031000-0 00004811060-4 05263968202-9

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **Tarcísio Nunes Cabral Júnior**, RG nº **107015-1-1**, data de expedição **20/01/2016**, Órgão: **Polícia Militar**, portador do CPF nº **443.110.363-53** com domicílio na cidade de **Fortaleza**, no Estado de **Ceará**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) **Rua Setembrina**, nº **410**, complemento **CASA**, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **João Odécio da Mota**, cujo o condutor era **João Odécio da Mota**.

Veículo: **MOTOCICLO**

Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS**

Ano: **2012**

Placa: **OHX0256**

Chassi: **9C2JC4110CR570099**

Data do Acidente: **04/11/2016**

Local e data: **FORTEZA 31/07/18**



Tarcísio Nunes Cabral Júnior

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALIA INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, N° 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE
Reconheço: guilhermebritoide.aufimondubim@gmail.com.br
TARCÍSIO NUNES CABRAL JÚNIOR
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 31 de julho de 2018. Em test. _____ da verdade
Valdélia Maria Cavalcante de Souza (Escrivane Autorizada)
valor Total R\$ 4,16

Vadoura

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

06 AGO. 2018

0242428 18 INV.

0242436 18 0AMS

For more information about the study, contact the study team at 1-800-258-4926 or visit www.cancer.gov.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Tarcísio Nunes Cabral Júnior, RG nº 107015-1-1, data de expedição 20/01/2016, Órgão: Polícia Militar, portador do CPF nº 443.110.363-53 com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Setembrina, nº 410, complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima João Odécio da Mota, cujo o condutor era João Odécio da Mota.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Ano: 2012

Placa: OHX0256

Chassi: 9C2JC4110CR570099

Data do Acidente: 04/11/2016

Local e data: FORTEZA 31/07/18



Tarciso Nunes Cabral Júnior

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROUIM SILVA - OFICIALIA INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES
CNPJ: 74.169.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE
Reconheço: (Assunto autorizada a autenticar) tarcisio-nunescabraljnr@gmail.com.br
TARCÍSIO NUNES CABRAL JÚNIOR
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 31 de julho de 2018. Em test. Valdeleia Maria Cavalcante de Sousa (Escrivane Autorizada)
Valor Total R\$ 4,16

Valdeleia

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

06 AGO. 2018



Secretaria de Saúde de Maracanaú SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, Pré-Hospitalar ao Sr. **JOÃO ODECIO DA MOTA**, RG Nº 93002004755 SSP/CE, filho de RAIMUNDO NONATO DA MOTA e de MARIA IVONE DA MOTA , nascido em 29/08/1953, natural de SANTANA DO ACARAÚ/CE, residente na Rua: 109 Nº210 ,Acaracuzinho, MARACANAÚ-CE, o qual na data de 04/11/2016, por volta de 19:50hs, foi vítima de colisão no trânsito.

A vítima foi conduzida ao Hospital HMJEH - Maracanaú/CE.

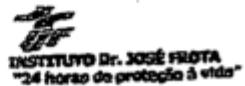
Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

MARACANAÚ - CE, 08 de Novembro de 2016

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE
Luna Jéssica de Souza Moraes
LUNA JÉSSICA DE SOUZA MORAIS
ASSIST. SOS MARACANAÚ

Lúbia Corretora de Seg. Ltda.
05 JUL. 2018

ASS:



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

RECEITUÁRIO

Nome: João Otávio de Melo BE/Prontuário: _____

Trauma

Oftalmofragma

_____ 30 dias

Falece na manhã de ontem

paral progressiva

Dr. George Willian F. Alves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMS 16670

Data: 08/02/17

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (A40X210).

LIBRA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:



Prefeitura de
Fortaleza
Coordenação de Ciência,
Tecnologia e Inovação

RECEITUÁRIO MÉDICO

FISIOTERAPIA MOTORA

NOME: JOAO ODECIO DA MOTA

FISIOTERAPIA MOTORA ----- 30 SESSOES

GANHO DE ADM DE TORNOZELO ESQUERDO

ANALGESIA

CID: S82

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMECE 18005

FORTALEZA, 11 DE OUTUBRO 2017

LIMA CORRETOR DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>José Góes da Motta</u>		Nº AIH/RAE:
Paciente Externo? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Unid. Internação/ENF/LEITO
		Idade:
JUSTIFICATIVA		

		EXAMES RADIOLOGICOS		
<input type="checkbox"/> Crânio	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Coluna Cervical _AP/P	<input type="checkbox"/> Clavicula _AP	<input type="checkbox"/> Coluna Dorsal AP/P
<input type="checkbox"/> Tórax _AP/P	<input type="checkbox"/> Ombro _AP/P	<input type="checkbox"/> Braço _AP/P	<input type="checkbox"/> Antebraço _AP/P	<input type="checkbox"/> Cotovelo _AP/P
<input type="checkbox"/> Punho _AP/P	<input type="checkbox"/> Mão _AP/OBL	<input type="checkbox"/> Bacia AP	<input type="checkbox"/> Quadril AP/AXIAL	<input type="checkbox"/> Fêmur _AP/P
<input type="checkbox"/> Escanometria dos MMII	<input type="checkbox"/> Perna _AP/P	<input type="checkbox"/> Joelho _AP/P	<input checked="" type="checkbox"/> Tornozelo _AP/P	<input type="checkbox"/> Pé _AP/OBL
[]		[]		[]
		EXAMES LABORATORIAIS		
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Potássio
<input type="checkbox"/> Cloro	<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Cálcio	<input type="checkbox"/> TAP
<input type="checkbox"/> PTTA	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> Amilase	<input type="checkbox"/> Colinesterase	<input type="checkbox"/> Sumário de Urina
[]		[]		[]
		ULTRA-SONOGRAFIA		
<input type="checkbox"/> Fast	<input type="checkbox"/> Abdome Total	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MID
			<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MIE
		OUTROS EXAMES		
Dr. Carlos Henrique Carimbo CRM/CE: 10.503		REGISTRADO NO E-SUS		
		DATA: 11/04/08 HORA: 16:00		
		Repcionista:		
		Data / /	Hora: h	minutos

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

102-35572-Subtotal
Q3-Q4 2012

102-35572-Subtotal
Q3-Q4 2012

102-35572-Subtotal
Q3-Q4 2012

LAUDO MÉDICO**Nome: João Odecio da Mota**

Paciente acompanhado neste hospital devido a tritura do tornozelo há aproximadamente 3 meses. Estava em uso de fixador externo transarticular do tornozelo e progrediu para bota gessada. No momento, retirado imobilização gessada e prescrita fisioterapia motora para treino de marcha.

Sugiro afastamento do trabalho por 180 dias para reabilitação.

Fortaleza, 8 de fevereiro de 2017

João George Weller de Oliveira
Médico de família
Cirurgião de Traumatologia
CRM: 100.000.000.000

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ISS:



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE HOSPITALARPrefeitura de
Fortaleza**Registro de Atendimento
Emergencial**

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 04/11/2016 20:40:05	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704365675897645	NOME: JOAO ODECIO DA MOTA			Registro: 5476101	
CPF: 21132453372	RG: 93002004755	D. NASC: 29/08/1953	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:
NOME DA MÃE: MARIA IVONE DA MOTA			NOME DO PAI: RAIMUNDO NONATO DA MOTA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDERECO DO PACIENTE: RUA 109		Nº: 210	BAIRRO: ACARACUZINHO
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: MARACANAÚ		UF: CE	CEP: 61621120
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME:		PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO COM MOTOCICLISTA. FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO					
QUEIXAS: ACIDENTE DE TRANSITO COM MOTOCICLISTA, FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Grave	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL.					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME /LJF

ASS:

LIMA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ortopedia

Atestado - Servico de Traumatologia-

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JOAO ODECIO DA MOTA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	05 11 2016	DATA DA ALTA:	07/11/2016
BE/PRONT:	5476106	CIDADE DE ORIGEM:	MARACANAU
IDADE:	63		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TORNOZELO ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Dr. Angelo Luz
CRM 6256

Ass:	Retornar dia: _____ / _____ / _____ Hora: _____ para Dr.
Data : 07/11/2016	Dispensa do trabalho por :
Imprimir	30 (Sexta) dias

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

LISA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
ASS:



Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta - Servico de

No. HOSPGESTOR: 29946

LEITO:

NOME: JOAO ODECIO DA MOTA

DATA DE INTERNACAO: 05/ 11/ 2016

DATA DA ALTA: 07/11/2016

BE/PRONT: 5476106

CIDADE DE ORIGEM: MARACANAU

NASCIMENTO: 29081953

IDADE: 63

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TORNOZELO ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dia	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> Dr. Ángelo Ruiz Cirurgia do Joelho GRM 6256 </div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> Ass.: _____ </div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> Data : <u>07/11/16</u> </div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> Imprimir </div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> </div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> Retornar dia: _____ / _____ / _____ Hora: _____ para Dr. _____ </div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> </div> </div>								

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

LUSA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ISS

PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADENOME
JOÃO ODÉCIO DA MOTADATA NASCIMENTO
29/08/1953NACIONALIDADE
BRASILEIRO

RUA/AV. 109

Nº
210

COMPLEMENTO

BAIRRO ACARACUZINHO

CIDADE MARACANAÚ

ESTADO CE

CEP
61900-000SEXO MASC. FEM. DOC. INSCRIÇÃO - (Nº e Série) 000079000/00315-CEESTADO CIVIL
SOLTEIRO CASADO
 DESQ/DIVTEM OUTRA ATIVIDADE COM VINCULAÇÃO
À PREVIDÊNCIA SOCIAL ? SIM. NÃO

ASSINATURA

NOME DO PROCURADOR OU CURADOR

ENDEREÇO

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

EMPRESA INOVA IND. E COM. DE UTILIDADES PARA O LAR EIRELI ME

Nº CNPJ 23186195000101

RUA/AV. LESTE UM

Nº
500

COMPLEMENTO GALPÃO D

BAIRRO DISTRITO INDUSTRIAL

CIDADE MARACANAÚ

ESTADO CE

CEP 61939-190

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO 04/11/2016

AFASTADO POR DOENÇA

ACIDENTE DO TRABALHO

FÉRIAS

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA

PRENOME DOS FILHOS

DATA NASC.

PRENOME DOS FILHOS

DATA NASC.

LOCALIDADE MARACANAÚ-CE

DATA 02/12/2016

23.186.195/0001-01
 INOVA IND. E COM. DE UTIL. PARA O LAR EIRELI - ME
 Rua Leste I Nº 500 - Galpão D
 Distrito Industrial - CEP 61939-190
 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DO CGC DA EMPRESA
 MARACANAÚ-CE
 JOÃO ODÉCIO DA MOTA

INSTRUÇÕES

- 1 - O requerimento deve ser sem rasuras e preenchido de preferência à máquina.
- 2 - No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento Atestado de Afastamento do Trabalho
- 3 - No mês do afastamento do trabalho a empresa efetuará o pagamento integral do Salário - Família, e o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.

05 JUL. 2018
 ISS

Melanacaw

Declaro para os devidos fins que o paciente faz
Dádiva da Mota da RG: 93002004755 e CPF: 211.824.533-72
medida por protenografia motora (40 sessões), dividido a
seu fracturado no tempo. Penteava
muito na deficiência de força, amplitude de movimento
e firmeza da marcha.

Drs. Alvaro E. Sandoval
y Francisco J. Gómez
SANTO DOMINGO, D. C. E. S.

LÍLIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

Festalj 20 der mensehre der 2017.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Prefeitura de
FortalezaRegistro de Atendimento
Emergencial

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 04/11/2016 20:40:05

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNPJ: 704365675897045	NOME: JOAO ODECIO DA MOTA			Registro: 5476101
CPF: 21132453372	RG: 93002004755	D. NASC: 29/08/1953	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RACIA/COR:
NOME DA MÃE: MARIA IVONE DA MOTA		NOME DO PAI: RAIMUNDO NONATO DA MOTA		

TIPO DE LOGRADOURO:	ENDERECO DO PACIENTE: RUA 109		Nº: 210	BAIRRO: ACARACUZINHO
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONFID.:	MUNICÍPIO: MARACANAÚ	UF: CE	CEP: 61621120

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NAME:	PARENTESCO:	TELEFONE:
-------	-------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO COM MOTOCICLISTA, FRATURA NO TORNOCOLO ESQUERDO

QUEIXAS: ACIDENTE DE TRANSITO COM MOTOCICLISTA, FRATURA NO TORNOCOLO ESQUERDO

OSSERVAÇÕES:

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala da Dor: Grave	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL
-----------------------------------	----------------------	---------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL.

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Consulta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA
OSSERVAÇÃO:EXAMES COMPLEMENTARES
SOLICITADOS:ENCAMINHAMENTO DO
PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Dr. José Urbano da Mota Coelho
CRM: 36366
CRF: 36366
Médico responsável pelas informações
contidas no prontuário/RAE /NUAME / LIF

LIMA CORRETORA DE SEG. LTDA
05 JUL. 2018
ASS:

No. HOSPGESTOR: 29946

LEITO:

NOME: JOAO ODECIO DA MOTA

DATA DE INTERNACAO: 05/ 11/ 2016

DATA DA ALTA: 07/11/2016

BE/PRONT: 5476106

CIDADE DE ORIGEM: MARACANAU

NASCIMENTO: 29081953

IDADE: 63

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TORNOZELO ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Fase	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Motorista	Observação	Status da Operação
------	------	-------	-----------	-----------	-----------	------------	-----------------------

Dr. Ângelo Cirurgia do Joelho BRM 6256	Ass.: Data : 07/11/16 Imprimir	Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: _____ para Dr. <i>Ricardo Alencar</i>
--	--	---

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
ASS:


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Servico de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JOAO ODECIO DA MOTA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	05 11 2016	DATA DA ALTA:	07/11/2016
BE/PRONT:	5476106	CIDADE DE ORIGEM:	MARACANAU
IDADE:	63		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TORNOZELO ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		



Dr. Angelo Luz
Ortopedia
CRM 6256

Ass: _____ Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: _____ para Dr. _____

Data: 07/11/2016 Dispensa do trabalho por:

30 (Trinta) dias

Imprimir

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
ASS:



ATESTADO MÉDICO

NOME: JOÃO ODECIO DA MOTA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DESTE HOSPITAL DEVIDO A FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO.

PACIENTE EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA. APRESENTA SINAIS DE ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA EM RADIOGRAFIA DE CONTROLE. QUEIXA DE DOR RESIDUAL INCAPACITANTE, COM EDEMA LOCAL. APRESENTA DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO

DEAMBULA COM AUXÍLIO DE UMA MULETA.

AO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS.

CID-10: M19.1/ S82

Dr. Guilherme de Castro Oliveira
Médico Residente
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC Nº 15.901

FORTALEZA, 11 DE ABRIL DE 2018



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOAO ODECIO DA MOTA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. FRATURA CONSOLIDADA.

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO, DOR RESIDUAL MODERADA, ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA NECESSITANDO ACOMPANHAMENTO CLINICO ESPECIALIZADO (HGF/HUWC).

ALTA AMBULATORIAL DA TRAUMATOLOGIA.

CID-10: S82

FORTALEZA 11 DE JULHO DE 2018

Dr. Antônio Magalhães
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19.187

LAUDO MÉDICO

Nome: João Odecio da Mota

Paciente acompanhado neste hospital devido a fratura do tornozelo há aproximadamente 3 meses. Estava em uso de fixador externo transarticular do tornozelo e progrediu para bota gessada. No momento, retirado imobilização gessada e prescrita fisioterapia motora para treino de marcha.

Sugiro afastamento do trabalho por 180 dias para reabilitação.

Fortaleza, 8 de fevereiro de 2017



LURIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
ASS:



João Otávio da Mota
Lando Médias

Paciente acima sofreu
acidente automobilístico
no dia 4/11/16 com
fratura de tornozelo esquerdo.
Resultou em incapacidade
funcional após alta de 40%
em MIE.

30/8/18

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

Dr. Chaves Junior



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:



LUIZA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409630
Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Cidade: Maracanaú
Data do acidente: 04/11/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZES IRREGULARES E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/09/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309014
Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Cidade: Maracanaú
Data do acidente: 04/11/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409630
Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Cidade: Maracanaú
Data do acidente: 04/11/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO REFERE SEQUELA DE 40% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. POR DISCORDAR DO RELATÓRIO APRESENTADO ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409630 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA **Data do acidente:** 04/11/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO REFERE SEQUELA DE 40% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. POR DISCORDAR DO RELATÓRIO APRESENTADO ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309014
Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Cidade: Maracanaú
Data do acidente: 04/11/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO)E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409630
Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Cidade: Maracanaú
Data do acidente: 04/11/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZES IRREGULARES E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/09/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409630
Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Cidade: Maracanaú
Data do acidente: 04/11/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZES IRREGULARES E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/09/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409630
Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Cidade: Maracanaú
Data do acidente: 04/11/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZES IRREGULARES E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/09/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324606/18

Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

CPF: 211.324.533-72

Data do acidente: 04/11/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO ODECIO DA MOTA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAO ODECIO DA MOTA : 211.324.533-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2018
Nome: JOAO ODECIO DA MOTA
CPF: 211.324.533-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO ODECIO DA MOTA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA