

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

Carta nº 13106628



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 LÍDER 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

Carta nº 13351274



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: INTERRUÇÃO 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



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

211.324.533.72

Nome completo da vítima

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 JOG		Número 230	Complemento CASA
Bairro ACARACUZINHO	Cidade MARACANAÚ	Estado CEARA	CEP 61900000
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

<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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1963 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 47508 D/V 4 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito 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.

Fortaleza, 28 de JUNHO de 2018

Local e Data

05 JUL. 2018

ISS



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 <u>233.324.533-72</u>	Nome completo da vítima <u>JOÃO ODECIO DA MOTA</u>
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>JOÃO ODECIO DA MOTA</u>		CPF titular da conta <u>233.324.533.72</u>	Profissão <u>RECUSO</u>
Endereço <u>RUA - 309</u>		Número <u>210</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>ACARACUZINHO</u>	Cidade <u>MARACANAÚ</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>619000</u>
Email <u>NÃO TENHO</u>			Telefone (DDD) <u>(85) 98510-1615</u>

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

<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			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>1961</u> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. <u>47508</u> D/V <u>4</u> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito 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.

Fortaleza, 04 de Setembro de 2018

Local e Data

João Odecio da Mota
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 Vitimas 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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



Dr. Andre de Oliveira Leal

CPF - 029.258.907-76

CRM/CE - 16566

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA CIVIL / 20º DP

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** Órgão 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** Órgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA ELICE RODRIGUES**

ANTÔNIO RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: **RUA 109, 210**

Bairro: **CONJ. ACARACUZINHO**

Município: **MARACANAÚ/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone:

LÍBIA CORRETORES DE REG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:

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: 9C2JC411UCR570099, 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 O LEVOU PARA O HOSPITAL DE MARACANAÚ, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL FROTÃO, 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 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

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA - 20.º DP
Protocolo nº _____

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 1965 / 2016

REGISTRO DO BO, E NADA MAIS DISSE, XX/X/X/X/X/X/X/X/X

DELEGACIA DESTINADA: DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

Eeeee

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

Renata Helena S de Mota

VISTO DO DELEGADO(A): _____

JOSÉ EVILÁSIO COSTA REBOUCAS - MAT.: 013335-1-B

José Evilásio Costa Rebouças
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Mat 13335-1-B

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS: _____

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA CIVIL / 20º DP

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: **JOAO 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**

Telefone:

CEP:

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**

Telefone:

CEP:

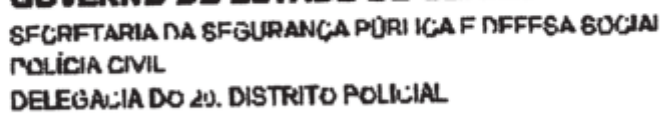
LIBIA CORRETORES DE REG. LTDA.

05 JUL. 2018

ASS:

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: 9C2JC411UCR570099, 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 O LEVOU PARA O HOSPITAL DE MARACANAÚ, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL FROTÃO, 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 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



DELEGACIA VH / 20º DP
Protocolo nº _____

REGISTRO DO BO. E NADA MAIS DISSE. XX/X/X/X/X/X/X/X/X/

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

~~JOSE EVILASIO COSTA REBOUCAS - NAT: 013335-1-8~~

Jose Evelasio Costa Rivas
DELEGADO DE POLICIA CIVIL
MAR 13 235-1-8

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
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

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

NÃO TENHO

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.

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

155

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 interdita 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

CPF do Representante legal

Email

NÃO FEITO

Telefone (DDD)

(95) 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

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

[illegible]

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.


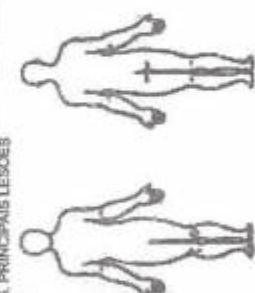
A vítima foi conduzida ao Hospital HMJEH - Maracanaú/CE.

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
ASSIST. SOS MARACANAÚ

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

		FICHA DE ATENDIMENTO S.S. MARACANAÚ Nº DA SOLICITAÇÃO 04 RS 04	
HORA DA SOLICITAÇÃO 14:56		HORA DE CHEGADA AO LOCAL 20:00	
HORA DA SAÍDA DO LOCAL 20:10		HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 20:26	
1. DATA 04/11/16		2. ENDEREÇO R. Joq C 1210	
3. REFERÊNCIA		4. SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. 5. IDADE 63	
7. NOME João Odeio da Silva		8. BAIRRO Acauazinho	
8. C. EXTERNAS		9. C. CLÍNICAS	
8.1 <input type="checkbox"/> Atropelamento		9.1 <input type="checkbox"/> Dor inferior	
8.2 <input type="checkbox"/> Capotamento		9.2 <input type="checkbox"/> Dispnéia	
8.3 <input type="checkbox"/> Colapso		9.3 <input type="checkbox"/> Mal Sóbrio	
8.4 <input type="checkbox"/> Queda de bicileta		9.4 <input type="checkbox"/> Convulsão	
8.5 <input type="checkbox"/> Queda de moto		9.5 <input type="checkbox"/> AVC	
8.6 <input type="checkbox"/> Queda		9.6 <input type="checkbox"/> Vômitos	
8.7 <input type="checkbox"/> Agressão física		9.7 <input type="checkbox"/> Hipertensão	
8.8 <input type="checkbox"/> Intoxicação		9.8 <input type="checkbox"/> Transfêrências	
12. AVALIAÇÃO INICIAL		10. C. OBSTÉTRICAS	
A - VIAS AÉREAS		10.1 <input type="checkbox"/> Aborto	
<input type="checkbox"/> Perivas		10.2 <input type="checkbox"/> STV	
<input type="checkbox"/> Obstruções		10.3 <input type="checkbox"/> Parto	
C - CIRCULAÇÃO		10.4 <input type="checkbox"/> Comp. Pós Parto	
Pele <input type="checkbox"/> Rosa		10.5 <input type="checkbox"/> Outros	
Mucosas <input type="checkbox"/> Úmidas		11. C. PSIQUIÁTRICAS	
Pulso <input type="checkbox"/> Normal		11.1 <input type="checkbox"/> Crises	
Sangramento Externo <input type="checkbox"/> Sim		11.2 <input type="checkbox"/> Transfêrências	
P. Arterial 140x80		11.3 <input type="checkbox"/> Hipertensão	
13. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA MÉTODO AVON		11.4 <input type="checkbox"/> Crises	
<input type="checkbox"/> Responde a Estímulos verbais		11.5 <input type="checkbox"/> Crises	
<input type="checkbox"/> Responde a Estímulos verbais		11.6 <input type="checkbox"/> Crises	
14. ESCALA DE GLASGOW		11.7 <input type="checkbox"/> Crises	
15. ESCALA DE TRAMA		11.8 <input type="checkbox"/> Crises	
16. PRINCIPAIS LESÕES		11.9 <input type="checkbox"/> Crises	
		11.10 <input type="checkbox"/> Crises	
Anterior		Posterior	
17. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS		18. PROCEDIMENTO REALIZADO	
1. <input type="checkbox"/> Apnéia		1. <input type="checkbox"/> Alergia	
2. <input type="checkbox"/> Anúria		2. <input type="checkbox"/> Medicamentos	
3. <input type="checkbox"/> Agitação		3. <input type="checkbox"/> Dor	
4. <input type="checkbox"/> Bradicardia		4. <input type="checkbox"/> Doenças	
5. <input type="checkbox"/> Bradipnéia		5. <input type="checkbox"/> Última Realização	
6. <input type="checkbox"/> Choro		6. <input type="checkbox"/> Ambiente	
7. <input type="checkbox"/> Cianose		7. <input type="checkbox"/> Queimaduras	
8. <input type="checkbox"/> Cefaleia		8. <input type="checkbox"/> Lesões	
9. <input type="checkbox"/> Dispnéia		9. <input type="checkbox"/> Lesões	
10. <input type="checkbox"/> Dor		10. <input type="checkbox"/> Lesões	
11. <input type="checkbox"/> Halito Eólico		11. <input type="checkbox"/> Lesões	
12. <input type="checkbox"/> Hipertensão		12. <input type="checkbox"/> Lesões	
13. <input type="checkbox"/> Hipertensão		13. <input type="checkbox"/> Lesões	
14. <input type="checkbox"/> Hipoxia		14. <input type="checkbox"/> Lesões	
15. <input type="checkbox"/> Hipotermia		15. <input type="checkbox"/> Lesões	
16. <input type="checkbox"/> Hipoglicemia		16. <input type="checkbox"/> Lesões	
17. <input type="checkbox"/> Hiperglicemia		17. <input type="checkbox"/> Lesões	
18. <input type="checkbox"/> Náusea / Vômitos		18. <input type="checkbox"/> Lesões	
19. <input type="checkbox"/> Pupilas For. Respostas e Isocóricas		19. <input type="checkbox"/> Lesões	
20. <input type="checkbox"/> Pupilas Mídricas		20. <input type="checkbox"/> Lesões	
21. <input type="checkbox"/> Pupilas Mídricas		21. <input type="checkbox"/> Lesões	
22. <input type="checkbox"/> Pupilas Anisocóricas		22. <input type="checkbox"/> Lesões	
23. <input type="checkbox"/> Pálido		23. <input type="checkbox"/> Lesões	
24. <input type="checkbox"/> Sudorese		24. <input type="checkbox"/> Lesões	
25. <input type="checkbox"/> Sialorréia		25. <input type="checkbox"/> Lesões	
26. <input type="checkbox"/> Taquicardia		26. <input type="checkbox"/> Lesões	
27. <input type="checkbox"/> Taquipnéia		27. <input type="checkbox"/> Lesões	
28. <input type="checkbox"/> Otorrágia		28. <input type="checkbox"/> Lesões	
29. <input type="checkbox"/> Rinite		29. <input type="checkbox"/> Lesões	
30. <input type="checkbox"/> Paralisia		30. <input type="checkbox"/> Lesões	
OBS: Cliente apresentando		OBS: Local da C-4: AV. lateral Sul.	
possível fratura exposta		+ Veículo vítima: BHX 0556	
de tornozelo esquerda		46301	
e fratura de ulna			
fratura			
PLANTONISTA		Enfermeiro(a) / CORENCE	
Assistente de Enfermagem		Médico / CRM	
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE		RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HOSPITAL	
X Helana		Helana	
21. SOLUÇÕES INFLUÊNCIAS		22. DESTINO	
1. <input type="checkbox"/> 1. EV 2. ET 3. IM 4. SC 5. SL 6. VO 7. ID 8. VO 9. VO 10. VO 11. VO 12. VO 13. VO 14. VO 15. VO		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 16. <input type="checkbox"/> 17. <input type="checkbox"/> 18. <input type="checkbox"/> 19. <input type="checkbox"/> 20. <input type="checkbox"/> 21. <input type="checkbox"/> 22. <input type="checkbox"/> 23. <input type="checkbox"/> 24. <input type="checkbox"/> 25. <input type="checkbox"/> 26. <input type="checkbox"/> 27. <input type="checkbox"/> 28. <input type="checkbox"/> 29. <input type="checkbox"/> 30. <input type="checkbox"/> 31. <input type="checkbox"/> 32. <input type="checkbox"/> 33. <input type="checkbox"/> 34. <input type="checkbox"/> 35. <input type="checkbox"/> 36. <input type="checkbox"/> 37. <input type="checkbox"/> 38. <input type="checkbox"/> 39. <input type="checkbox"/> 40. <input type="checkbox"/> 41. <input type="checkbox"/> 42. <input type="checkbox"/> 43. <input type="checkbox"/> 44. <input type="checkbox"/> 45. <input type="checkbox"/> 46. <input type="checkbox"/> 47. <input type="checkbox"/> 48. <input type="checkbox"/> 49. <input type="checkbox"/> 50. <input type="checkbox"/> 51. <input type="checkbox"/> 52. <input type="checkbox"/> 53. <input type="checkbox"/> 54. <input type="checkbox"/> 55. <input type="checkbox"/> 56. <input type="checkbox"/> 57. <input type="checkbox"/> 58. <input type="checkbox"/> 59. <input type="checkbox"/> 60. <input type="checkbox"/> 61. <input type="checkbox"/> 62. <input type="checkbox"/> 63. <input type="checkbox"/> 64. <input type="checkbox"/> 65. <input type="checkbox"/> 66. <input type="checkbox"/> 67. <input type="checkbox"/> 68. <input type="checkbox"/> 69. <input type="checkbox"/> 70. <input type="checkbox"/> 71. <input type="checkbox"/> 72. <input type="checkbox"/> 73. <input type="checkbox"/> 74. <input type="checkbox"/> 75. <input type="checkbox"/> 76. <input type="checkbox"/> 77. <input type="checkbox"/> 78. <input type="checkbox"/> 79. <input type="checkbox"/> 80. <input type="checkbox"/> 81. <input type="checkbox"/> 82. <input type="checkbox"/> 83. <input type="checkbox"/> 84. <input type="checkbox"/> 85. <input type="checkbox"/> 86. <input type="checkbox"/> 87. <input type="checkbox"/> 88. <input type="checkbox"/> 89. <input type="checkbox"/> 90. <input type="checkbox"/> 91. <input type="checkbox"/> 92. <input type="checkbox"/> 93. <input type="checkbox"/> 94. <input type="checkbox"/> 95. <input type="checkbox"/> 96. <input type="checkbox"/> 97. <input type="checkbox"/> 98. <input type="checkbox"/> 99. <input type="checkbox"/> 100. <input type="checkbox"/> 101. <input type="checkbox"/> 102. <input type="checkbox"/> 103. <input type="checkbox"/> 104. <input type="checkbox"/> 105. <input type="checkbox"/> 106. <input type="checkbox"/> 107. <input type="checkbox"/> 108. <input type="checkbox"/> 109. <input type="checkbox"/> 110. <input type="checkbox"/> 111. <input type="checkbox"/> 112. <input type="checkbox"/> 113. <input type="checkbox"/> 114. <input type="checkbox"/> 115. <input type="checkbox"/> 116. <input type="checkbox"/> 117. <input type="checkbox"/> 118. <input type="checkbox"/> 119. <input type="checkbox"/> 120. <input type="checkbox"/> 121. <input type="checkbox"/> 122. <input type="checkbox"/> 123. <input type="checkbox"/> 124. <input type="checkbox"/> 125. <input type="checkbox"/> 126. <input type="checkbox"/> 127. <input type="checkbox"/> 128. <input type="checkbox"/> 129. <input type="checkbox"/> 130. <input type="checkbox"/> 131. <input type="checkbox"/> 132. <input type="checkbox"/> 133. <input type="checkbox"/> 134. <input type="checkbox"/> 135. <input type="checkbox"/> 136. <input type="checkbox"/> 137. <input type="checkbox"/> 138. <input type="checkbox"/> 139. <input type="checkbox"/> 140. <input type="checkbox"/> 141. <input type="checkbox"/> 142. <input type="checkbox"/> 143. <input type="checkbox"/> 144. <input type="checkbox"/> 145. <input type="checkbox"/> 146. <input type="checkbox"/> 147. <input type="checkbox"/> 148. <input type="checkbox"/> 149. <input type="checkbox"/> 150. <input type="checkbox"/> 151. <input type="checkbox"/> 152. <input type="checkbox"/> 153. <input type="checkbox"/> 154. <input type="checkbox"/> 155. <input type="checkbox"/> 156. <input type="checkbox"/> 157. <input type="checkbox"/> 158. <input type="checkbox"/> 159. <input type="checkbox"/> 160. <input type="checkbox"/> 161. <input type="checkbox"/> 162. <input type="checkbox"/> 163. <input type="checkbox"/> 164. <input type="checkbox"/> 165. <input type="checkbox"/> 166. <input type="checkbox"/> 167. <input type="checkbox"/> 168. <input type="checkbox"/> 169. <input type="checkbox"/> 170. <input type="checkbox"/> 171. <input type="checkbox"/> 172. <input type="checkbox"/> 173. <input type="checkbox"/> 174. <input type="checkbox"/> 175. <input type="checkbox"/> 176. <input type="checkbox"/> 177. <input type="checkbox"/> 178. <input type="checkbox"/> 179. <input type="checkbox"/> 180. <input type="checkbox"/> 181. <input type="checkbox"/> 182. <input type="checkbox"/> 183. <input type="checkbox"/> 184. <input type="checkbox"/> 185. <input type="checkbox"/> 186. <input type="checkbox"/> 187. <input type="checkbox"/> 188. <input type="checkbox"/> 189. <input type="checkbox"/> 190. <input type="checkbox"/> 191. <input type="checkbox"/> 192. <input type="checkbox"/> 193. <input type="checkbox"/> 194. <input type="checkbox"/> 195. <input type="checkbox"/> 196. <input type="checkbox"/> 197. <input type="checkbox"/> 198. <input type="checkbox"/> 199. <input type="checkbox"/> 200. <input type="checkbox"/> 201. <input type="checkbox"/> 202. <input type="checkbox"/> 203. <input type="checkbox"/> 204. <input type="checkbox"/> 205. <input type="checkbox"/> 206. <input type="checkbox"/> 207. <input type="checkbox"/> 208. <input type="checkbox"/> 209. <input type="checkbox"/> 210. <input type="checkbox"/> 211. <input type="checkbox"/> 212. <input type="checkbox"/> 213. <input type="checkbox"/> 214. <input type="checkbox"/> 215. <input type="checkbox"/> 216. <input type="checkbox"/> 217. <input type="checkbox"/> 218. <input type="checkbox"/> 219. <input type="checkbox"/> 220. <input type="checkbox"/> 221. <input type="checkbox"/> 222. <input type="checkbox"/> 223. <input type="checkbox"/> 224. <input type="checkbox"/> 225. <input type="checkbox"/> 226. <input type="checkbox"/> 227. <input type="checkbox"/> 228. <input type="checkbox"/> 229. <input type="checkbox"/> 230. <input type="checkbox"/> 231. <input type="checkbox"/> 232. <input type="checkbox"/> 233. <input type="checkbox"/> 234. <input type="checkbox"/> 235. <input type="checkbox"/> 236. <input type="checkbox"/> 237. <input type="checkbox"/> 238. <input type="checkbox"/> 239. <input type="checkbox"/> 240. <input type="checkbox"/> 241. <input type="checkbox"/> 242. <input type="checkbox"/> 243. <input type="checkbox"/> 244. <input type="checkbox"/> 245. <input type="checkbox"/> 246. <input type="checkbox"/> 247. <input type="checkbox"/> 248. <input type="checkbox"/> 249. <input type="checkbox"/> 250. <input type="checkbox"/> 251. <input type="checkbox"/> 252. <input type="checkbox"/> 253. <input type="checkbox"/> 254. <input type="checkbox"/> 255. <input type="checkbox"/> 256. <input type="checkbox"/> 257. <input type="checkbox"/> 258. <input type="checkbox"/> 259. <input type="checkbox"/> 260. <input type="checkbox"/> 261. <input type="checkbox"/> 262. <input type="checkbox"/> 263. <input type="checkbox"/> 264. <input type="checkbox"/> 265. <input type="checkbox"/> 266. <input type="checkbox"/> 267. <input type="checkbox"/> 268. <input type="checkbox"/> 269. <input type="checkbox"/> 270. <input type="checkbox"/> 271. <input type="checkbox"/> 272. <input type="checkbox"/> 273. <input type="checkbox"/> 274. <input type="checkbox"/> 275. <input type="checkbox"/> 276. <input type="checkbox"/> 277. <input type="checkbox"/> 278. <input type="checkbox"/> 279. <input type="checkbox"/> 280. <input type="checkbox"/> 281. <input type="checkbox"/> 282. <input type="checkbox"/> 283. <input type="checkbox"/> 284. <input type="checkbox"/> 285. <input type="checkbox"/> 286. <input type="checkbox"/> 287. <input type="checkbox"/> 288. <input type="checkbox"/> 289. <input type="checkbox"/> 290. <input type="checkbox"/> 291. <input type="checkbox"/> 292. <input type="checkbox"/> 293. <input type="checkbox"/> 294. <input type="checkbox"/> 295. <input type="checkbox"/> 296. <input type="checkbox"/> 297. <input type="checkbox"/> 298. <input type="checkbox"/> 299. <input type="checkbox"/> 300. <input type="checkbox"/> 301. <input type="checkbox"/> 302. <input type="checkbox"/> 303. <input type="checkbox"/> 304. <input type="checkbox"/> 305. <input type="checkbox"/> 306. <input type="checkbox"/> 307. <input type="checkbox"/> 308. <input type="checkbox"/> 309. <input type="checkbox"/> 310. <input type="checkbox"/> 311. <input type="checkbox"/> 312. <input type="checkbox"/> 313. <input type="checkbox"/> 314. <input type="checkbox"/> 315. <input type="checkbox"/> 316. <input type="checkbox"/> 317. <input type="checkbox"/> 318. <input type="checkbox"/> 319. <input type="checkbox"/> 320. <input type="checkbox"/> 321. <input type="checkbox"/> 322. <input type="checkbox"/> 323. <input type="checkbox"/> 324. <input type="checkbox"/> 325. <input type="checkbox"/> 326. <input type="checkbox"/> 327. <input type="checkbox"/> 328. <input type="checkbox"/> 329. <input type="checkbox"/> 330. <input type="checkbox"/> 331. <input type="checkbox"/> 332. <input type="checkbox"/> 333. <input type="checkbox"/> 334. <input type="checkbox"/> 335. <input type="checkbox"/> 336. <input type="checkbox"/> 337. <input type="checkbox"/> 338. <input type="checkbox"/> 339. <input type="checkbox"/> 340. <input type="checkbox"/> 341. <input type="checkbox"/> 342. <input type="checkbox"/> 343. <input type="checkbox"/> 344. <input type="checkbox"/> 345. <input type="checkbox"/> 346. <input type="checkbox"/> 347. <input type="checkbox"/> 348. <input type="checkbox"/> 349. <input type="checkbox"/> 350. <input type="checkbox"/> 351. <input type="checkbox"/> 352. <input type="checkbox"/> 353. <input type="checkbox"/> 354. <input type="checkbox"/> 355. <input type="checkbox"/> 356. <input type="checkbox"/> 357. <input type="checkbox"/> 358. <input type="checkbox"/> 359. <input type="checkbox"/> 360. <input type="checkbox"/> 361. <input type="checkbox"/> 362. <input type="checkbox"/> 363. <input type="checkbox"/> 364. <input type="checkbox"/> 365. <input type="checkbox"/> 366. <input type="checkbox"/> 367. <input type="checkbox"/> 368. <input type="checkbox"/> 369. <input type="checkbox"/> 370. <input type="checkbox"/> 371. <input type="checkbox"/> 372. <input type="checkbox"/> 373. <input type="checkbox"/> 374. <input type="checkbox"/> 375. <input type="checkbox"/> 376. <input type="checkbox"/> 377. <input type="checkbox"/> 378. <input type="checkbox"/> 379. <input type="checkbox"/> 380. <input type="checkbox"/> 381. <input type="checkbox"/> 382. <input type="checkbox"/> 383. <input type="checkbox"/> 384. <input type="checkbox"/> 385. <input type="checkbox"/> 386. <input type="checkbox"/> 387. <input type="checkbox"/> 388. <input type="checkbox"/> 389. <input type="checkbox"/> 390. <input type="checkbox"/> 391. <input type="checkbox"/> 392. <input type="checkbox"/> 393. <input type="checkbox"/> 394. <input type="checkbox"/> 395. <input type="checkbox"/> 396. <input type="checkbox"/> 397. <input type="checkbox"/> 398. <input type="checkbox"/> 399. <input type="checkbox"/> 400. <input type="checkbox"/> 401. <input type="checkbox"/> 402. <input type="checkbox"/> 403. <input type="checkbox"/> 404. <input type="checkbox"/> 405. <input type="checkbox"/> 406. <input type="checkbox"/> 407. <input type="checkbox"/> 408. <input type="checkbox"/> 409. <input type="checkbox"/> 410. <input type="checkbox"/> 411. <input type="checkbox"/> 412. <input type="checkbox"/> 413. <input type="checkbox"/> 414. <input type="checkbox"/> 415. <input type="checkbox"/> 416. <input type="checkbox"/> 417. <input type="checkbox"/> 418. <input type="checkbox"/> 419. <input type="checkbox"/> 420. <input type="checkbox"/> 421. <input type="checkbox"/> 422. <input type="checkbox"/> 423. <input type="checkbox"/> 424. <input type="checkbox"/> 425. <input type="checkbox"/> 426. <input type="checkbox"/> 427. <input type="checkbox"/> 428. <input type="checkbox"/> 429. <input type="checkbox"/> 430. <input type="checkbox"/> 431. <input type="checkbox"/> 432. <input type="checkbox"/> 433. <input type="checkbox"/> 434. <input type="checkbox"/> 435. <input type="checkbox"/> 436. <input type="checkbox"/> 437. <input type="checkbox"/> 438. <input type="checkbox"/> 439. <input type="checkbox"/> 440. <input type="checkbox"/> 441. <input type="checkbox"/> 442. <input type="checkbox"/> 443. <input type="checkbox"/> 444. <input type="checkbox"/> 445. <input type="checkbox"/> 446. <input type="checkbox"/> 447. <input type="checkbox"/> 448. <input type="checkbox"/> 449. <input type="checkbox"/> 450. <input type="checkbox"/> 451. <input type="checkbox"/> 452. <input type="checkbox"/> 453. <input type="checkbox"/> 454. <input type="checkbox"/> 455. <input type="checkbox"/> 456. <input type="checkbox"/> 457. <input type="checkbox"/> 458. <input type="checkbox"/> 459. <input type="checkbox"/> 460. <input type="checkbox"/> 461. <input type="checkbox"/> 462. <input type="checkbox"/> 463. <input type="checkbox"/> 464. <input type="checkbox"/> 465. <input type="checkbox"/> 466. <input type="checkbox"/> 467. <input type="checkbox"/> 468. <input type="checkbox"/> 469. <input type="checkbox"/> 470. <input type="checkbox"/> 471. <input type="checkbox"/> 472. <input type="checkbox"/> 473. <input type="checkbox"/> 474. <input type="checkbox"/> 475. <input type="checkbox"/> 476. <input type="checkbox"/> 477. <input type="checkbox"/> 478. <input type="checkbox"/> 479. <input type="checkbox"/> 480. <input type="checkbox"/> 481. <input type="checkbox"/> 482. <input type="checkbox"/> 483. <input type="checkbox"/> 484. <input type="checkbox"/> 485. <input type="checkbox"/> 486. <input type="checkbox"/> 487. <input type="checkbox"/> 488. <input type="checkbox"/> 489. <input type="checkbox"/> 490. <input type="checkbox"/> 491. <input type="checkbox"/> 492. <input type="checkbox"/> 493. <input type="checkbox"/> 494. <input type="checkbox"/> 495. <input type="checkbox"/> 496. <input type="checkbox"/> 497. <input type="checkbox"/> 498. <input type="checkbox"/> 499. <input type="checkbox"/> 500. <input type="checkbox"/> 501. <input type="checkbox"/> 502. <input type="checkbox"/> 503. <input type="checkbox"/> 504. <input type="checkbox"/> 505. <input type="checkbox"/> 506. <input type="checkbox"/> 507. <input type="checkbox"/> 508. <input type="checkbox"/> 509. <input type="checkbox"/> 510. <input type="checkbox"/> 511. <input type="checkbox"/> 512. <input type="checkbox"/> 513. <input type="checkbox"/> 514. <input type="checkbox"/> 515. <input type="checkbox"/> 516. <input type="checkbox"/> 517. <input type="checkbox"/> 518. <input type="checkbox"/> 519. <input type="checkbox"/> 520. <input type="checkbox"/> 521. <input type="checkbox"/> 522. <input type="checkbox"/> 523. <input type="checkbox"/> 524. <input type="checkbox"/> 525. <input type="checkbox"/> 526. <input type="checkbox"/> 527. <input type="checkbox"/> 528. <input type="checkbox"/> 529. <input type="checkbox"/> 530. <input type="checkbox"/> 531. <input type="checkbox"/> 532. <input type="checkbox"/> 533. <input type="checkbox"/> 534. <input type="checkbox"/> 535. <input type="checkbox"/> 536. <input type="checkbox"/> 537. <input type="checkbox"/> 538. <input type="checkbox"/> 539. <input type="checkbox"/> 540. <input type="checkbox"/> 541. <input type="checkbox"/> 542. <input type="checkbox"/> 543. <input type="checkbox"/> 544. <input type="checkbox"/> 545. <input type="checkbox"/> 546. <input type="checkbox"/> 547. <input type="checkbox"/> 548. <input type="checkbox"/> 549. <input type="checkbox"/> 550. <input type="checkbox"/> 551. <input type="checkbox"/> 552. <input type="checkbox"/> 553. <input type="checkbox"/> 554. <input type="checkbox"/> 555. <input type="checkbox"/> 556. <input type="checkbox"/> 557. <input type="checkbox"/> 558. <input type="checkbox"/> 559. <input type="checkbox"/> 560. <input type="checkbox"/> 561. <input type="checkbox"/> 562. <input type="checkbox"/> 563. <input type="checkbox"/> 564. <input type="checkbox"/> 565. <input type="checkbox"/> 566. <input type="checkbox"/> 567. <input type="checkbox"/> 568. <input type="checkbox"/> 569. <input type="checkbox"/> 570. <input type="checkbox"/> 571. <input type="checkbox"/> 572. <input type="checkbox"/> 573. <input type="checkbox"/> 574. <input type="checkbox"/> 575. <input type="checkbox"/> 576. <input type="checkbox"/> 577. <input type="checkbox"/> 578. <input type="checkbox"/> 579. <input type="checkbox"/> 580. <input type="checkbox"/> 581. <input type="checkbox"/> 582. <input type="checkbox"/> 583. <input type="checkbox"/> 584. <input type="checkbox"/> 585. <input type="checkbox"/> 586. <input type="checkbox"/> 587. <input type="checkbox"/> 588. <input type="checkbox"/> 589. <input type="checkbox"/> 590. <input type="checkbox"/> 591. <input type="checkbox"/> 592. <input type="checkbox"/> 593. <input type="checkbox"/> 594. <input type="checkbox"/> 595. <input type="checkbox"/> 596. <input type="checkbox"/> 597. <input type="checkbox"/> 598. <input type="checkbox"/> 599. <input type="checkbox"/> 600. <input type="checkbox"/> 601. <input type="checkbox"/> 602. <input type="checkbox"/> 603. <input type="checkbox"/> 604. <input type="checkbox"/> 605. <input type="checkbox"/> 606. <input type="checkbox"/> 607. <input type="checkbox"/> 608. <input type="checkbox"/> 609. <input type="checkbox"/> 610. <input type="checkbox"/> 611. <input type="checkbox"/> 612. <input type="checkbox"/> 613. <input type="checkbox"/> 614. <input type="checkbox"/> 615. <input type="checkbox"/> 616. <input type="checkbox"/> 617. <input type="checkbox"/> 618. <input type="checkbox"/> 619. <input type="checkbox"/> 620. <input type="checkbox"/> 621. <input type="checkbox"/> 622. <input type="checkbox"/> 623. <input type="checkbox"/> 624. <input type="checkbox"/> 625. <input type="checkbox"/> 626. <input type="checkbox"/> 627. <input type="checkbox"/> 628. <input type="checkbox"/> 629. <input type="checkbox"/> 630. <input type="checkbox"/> 631. <input type="checkbox"/> 632. <input type="checkbox"/> 633. <input type="checkbox"/> 634. <input type="checkbox"/> 635. <input type="checkbox"/> 636. <input type="checkbox"/> 637. <input type="checkbox"/> 638. <input type="checkbox"/> 639. <input type="checkbox"/> 640. <input type="checkbox"/> 641. <input type="checkbox"/> 642. <input type="checkbox"/> 643. <input type="checkbox"/> 644. <input type="checkbox"/> 645. <input type="checkbox"/> 646. <input type="checkbox"/> 647. <input type="checkbox"/> 648. <input type="checkbox"/> 649. <input type="checkbox"/> 650. <input type="checkbox"/> 651. <input type="checkbox"/> 652. <input type="checkbox"/> 653. <input type="checkbox"/> 654. <input type="checkbox"/> 655. <input type="checkbox"/> 656. <input type="checkbox"/> 657. <input type="checkbox"/> 658. <input type="checkbox"/> 659. <input type="checkbox"/> 660. <input type="checkbox"/> 661. <input type="checkbox"/> 662. <input type="checkbox"/> 663. <input type="checkbox"/> 664. <input type="checkbox"/> 665. <input type="checkbox"/> 666. <input type="checkbox"/> 667. <input type="checkbox"/> 668. <input type="checkbox"/> 669. <input type="checkbox"/> 670. <input type="checkbox"/> 671. <input type="checkbox"/> 672. <input type="checkbox"/> 673. <input type="checkbox"/> 674. <input type="checkbox"/> 675. <input type="checkbox"/> 676. <input type="checkbox"/> 677. <input type="checkbox"/> 678. <input type="checkbox"/> 679. <input type="checkbox"/> 680. <input type="checkbox"/> 681. <input type="checkbox"/> 682. <input type="checkbox"/> 683. <input type="checkbox"/> 684. <input type="checkbox"/> 685. <input type="checkbox"/> 686. <input type="checkbox"/> 687. <input type="checkbox"/> 688. <input type="checkbox"/> 689. <input type="checkbox"/> 690. <input type="checkbox"/> 691. <input type="checkbox"/> 692. <input type="checkbox"/> 693. <input type="checkbox"/> 694. <input type="checkbox"/> 695. <input type="checkbox"/> 696. <input type="checkbox"/> 697. <input type="checkbox"/> 698. <input type="checkbox"/> 699. <input type="checkbox"/> 700. <input type="checkbox"/> 701. <input type="checkbox"/> 702. <input type="checkbox"/> 703. <input type="checkbox"/> 704. <input type="checkbox"/> 705. <input type="checkbox"/> 706. <input type="checkbox"/> 707. <input type="checkbox"/> 708. <input type="checkbox"/> 709. <input type="checkbox"/> 710. <input type="checkbox"/> 711. <input type="checkbox"/> 712. <input type="checkbox"/> 713. <input type="checkbox"/> 714. <input type="checkbox"/> 715. <input type="checkbox"/> 716. <input type="checkbox"/> 717. <input type="checkbox"/> 718. <input type="checkbox"/> 719. <input type="checkbox"/> 720. <input type="checkbox"/> 721. <input type="checkbox"/> 722. <input type="checkbox"/> 723. <input type="checkbox"/> 724. <input type="checkbox"/> 725. <input type="checkbox"/> 726. <input type="checkbox"/> 727. <input type="checkbox"/> 728. <input type="checkbox"/> 729. <input type="checkbox"/> 730. <input type="checkbox"/> 731. <input type="checkbox"/> 732. <input type="checkbox"/> 733. <input type="checkbox"/> 734. <input type="checkbox"/> 735. <input type="checkbox"/> 736. <input type="checkbox"/> 737. <input type="checkbox"/> 738. <input type="checkbox"/> 739. <input type="checkbox"/> 740. <input type="checkbox"/> 741. <input type="checkbox"/> 742. <input type="checkbox"/> 743. <input type="checkbox"/> 744. <input type="checkbox"/> 745. <input type="checkbox"/> 746. <input type="checkbox"/> 747. <input type="checkbox"/> 748. <input type="checkbox"/> 749. <input type="checkbox"/> 750. <input type="checkbox"/> 751. <input type="checkbox"/> 752. <input type="checkbox"/> 753. <input type="checkbox"/> 754. <input type="checkbox"/> 755. <input type="checkbox"/> 756. <input type="checkbox"/> 757. <input type="checkbox"/> 758. <input type="checkbox"/> 759. <input type="checkbox"/> 760. <input type="checkbox"/> 761. <input type="checkbox"/> 762. <input type="checkbox"/> 763. <input type="checkbox"/> 764. <input type="checkbox"/> 765. <input type="checkbox"/> 766. <input type="checkbox"/> 767. <input type="checkbox"/> 768. <input type="checkbox"/> 769. <input type="checkbox"/> 770. <input type="checkbox"/> 771. <input type="checkbox"/> 772. <input type="checkbox"/> 773. <input type="checkbox"/> 774. <input type="checkbox"/> 775. <input type="checkbox"/> 776. <input type="checkbox"/> 777. <input type="checkbox"/> 778. <input type="checkbox"/> 779. <input type="checkbox"/> 780. <input type="checkbox"/> 781. <input type="checkbox"/> 782. <input type="checkbox"/> 783. <input type="checkbox"/> 784. <input type="checkbox"/> 785. <input type="checkbox"/> 786. <input type="checkbox"/> 787. <input type="checkbox"/> 788. <input type="checkbox"/> 789. <input type="checkbox"/> 790. <input type="checkbox"/> 791. <input type="checkbox"/> 792. <input type="checkbox"/> 793. <input type="checkbox"/> 794. <input type="checkbox"/> 795. <input type="checkbox"/> 796. <input type="checkbox"/> 797. <input type="checkbox"/> 798. <input type="checkbox"/> 799. <input type="checkbox"/> 800. <input type="checkbox"/> 801. <input type="checkbox"/> 802. <input type="checkbox"/> 803. <input type="checkbox"/> 804. <input type="checkbox"/> 805. <input type="checkbox"/> 806. <input type="checkbox"/> 807. <input type="checkbox"/> 808. <input type="checkbox"/> 809. <input type="checkbox"/> 810. <input type="checkbox"/> 811. <input type="checkbox"/> 812. <input type="checkbox"/> 813. <input type="checkbox"/> 814. <input type="checkbox"/> 815. <input type="checkbox"/> 816. <input type="checkbox"/> 817. <input type="checkbox"/> 818. <input type="checkbox"/> 819. <input type="checkbox"/> 820. <input type="checkbox"/> 821. <input type="checkbox"/> 822. <input type="checkbox"/> 823. <input type="checkbox"/> 824. <input type="checkbox"/> 825. <input type="checkbox"/> 826. <input type="checkbox"/> 827. <input type="checkbox"/> 828. <input type="checkbox"/> 829. <input type="checkbox"/> 830. <input type="checkbox"/> 831. <input type="checkbox"/> 832. <input type="checkbox"/> 833. <input type="checkbox"/> 834. <input type="checkbox"/> 835. <input type="checkbox"/> 836. <input type="checkbox"/> 837. <input type="checkbox"/> 838. <input type="checkbox"/>	

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.

Ata Social da 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 06.106.948-3

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
Medidor 5517817 **Posta** 0000 D02E
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO **CGF**
RG / CPF / CNPJ 857113303-49
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Mai/2018
Data da Apresentação 28/05/2018
Próxima Letura 28/06/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta DISTRITO INDUSTRIAL I
Mês Mai/2018
DIQRI 0,00 %
Índice 21,79

ICMS
Base de Cálculo (R\$) 66,98
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 18,08

	Prestação Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DVC	10,44	20,88	41,76	3,63	3,63	0,00
FIC	7,52	15,04	30,09	2,00	2,00	0,00
DMIC	5,58			1,88		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
IDAC.0060.AFED.1F69.8D6A.82CC.FCC0.2D40

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 30457	30365	1,00	92	0,00	92	2,1219	66,98
28/05/18	27/04/18		31 Dias		92		66,98

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
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO
Energia 25,73
Transmissão 4,92
Distribuição 14,31
Encargos Sototais 3,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)..... 20,04
TOTAL 66,98
CONSUMO CONSCIENTE E EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 35,92 Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂) 0-100

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

03	02	01	05	04	03	02	01	10	09	08	07
03	02	01	05	04	03	02	01	10	09	08	07
HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)	HEE (kWh)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
Prezado Cliente, não se autorrelieve. A realização e revisão da distribuidora enseja nova ação de corte, bem como cobrança do custo administrativo de inspeção (art. 175 c/c art. 131 Resol. 414/2018 - Aneel).
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: 3,39% (Lei n. 9.990/2000 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 12.533/03).
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 em Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: w.aneel.gov.br

LUISA CORRETORES DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
ASS: _____

Nº DO CLIENTE
481106

Para agiliz. 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 07047291/0001-70 | CGF 06.105.648-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº **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 - MARACANAU - 61900000

Medidor 5517817

Poste 0000 D02E

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 857113303-49

CGF

Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no site www.enel.com.br

Conjunto Jun/2018 ESD 20,58

Mês DICI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 65,69 Aliquota 27,00% Valor do Imposto 17,73

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,44	20,88	41,76	0,00	1,16	0,00
FIC	7,52	15,04	30,09	0,00	2,00	0,00
DMIC	5,58			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

347C.01A7.E942.0000.0E48.A6FC.7C05.644F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
30710	30625	1,00	85	0,00	85	0,77283	65,69
29/08/18	28/07/18		32 DIAS		85		65,69

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	65,69
MULTA MORATORIA REF 07/2018	1,32
JUROS DO MÊS	0,24
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,83
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	17,21
CARTAO 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	2,62
Distribuição	14,87
Encargos Setoriais	3,85
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	19,57
TOTAL	65,69

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
01	65
02	62
03	60
04	57
05	55
06	53
07	51
08	49
09	47
10	45
11	43
12	41

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

33,18

Compensado kg (CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

0%

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\$ 1,54 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,51% e COFINS:2,30%

Insc.: 0 Res. 100-2000 - ANEEL e leis n. 10.407/02 e 10.033/07

Estamos em Bandeira Vermelha rotamar 2 em agosto-18 com custo de 5,06 reais a cada 100kWh
(kilowatt-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

8380000001-7 17790031000-0 00004811060-4 05283968202-9



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**

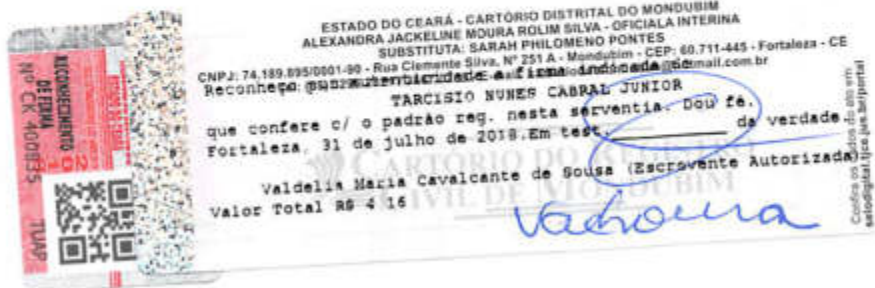
Data do Acidente: **04/11/2016**

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

Tarcísio Nunes Cabral Júnior

Assinatura do Declarante

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



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.
06 AGO. 2018

0242428 18 INV.

0242436 18 Dams

¹ *Journal of Management Studies*, 1996, 33(1), 11–26.

1. The first step in the process of identifying a potential threat to national security is to determine the source of the information. This is often done through a process of intelligence gathering, which may involve the use of spies, informants, or other sources.

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: FORTALEZA 31/07/18

Tareino Nimes Cabral Simon

Assinatura do Declarante

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



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRICTAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROULIM SILVA - OFICIAL INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, Nº 251 A - Mondubim - Fortaleza - CE
Reconheço: @432@artefactos.com.br e-mail: artefactos@gmail.com.br

TARCÍSIO NUNES CABRAL JUNIOR
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 31 de julho de 2018. Em test. _____ da verdade.

Valdelma Maria Cavalcante de Sousa (Zercovente Autorizada)
Valor Total R\$ 4 16

LIBIA 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

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

RECEITUÁRIO

Nome: José Odair de Melo BE/Prontuário: _____

Fisioterapia

① fisioterapia.

_____ 30 dias.

Tratamento de manuseio de membros
paral progressiva

Dr. George Wulff F. Alves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREME 16570

Data: 08/02/17

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IIF 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 (148X210).

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS: _____



**Prefeitura de
Fortaleza**
Coordenadoria 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
CREMEC 18005

FORTALEZA, 11 DE OUTUBRO DE 2017

LIBIA CORREIA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS: _____



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome:	<u>São Roberto do Norte</u>		Nº AIH/RAE:
Paciente Externo?	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

JUSTIFICATIVA

EXAMES RADIOLÓGICOS

<input type="checkbox"/> Crânio	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Coluna Cervical __AP/P	<input type="checkbox"/> Clavícula __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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ULTRA-SONOGRAFIA

<input type="checkbox"/> Fast	<input type="checkbox"/> Abdome Total	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE
-------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	--	--

Dr. Carlos Heitor Duarte Martins

Médico

CREMEC-18.503

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS - IJF
REGISTRADO NO E-SUS

DATA: 11/04/18 HORA: 14 : 00 : 00 H

Recepcionista: _____

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

Data / / Hora: h minutos

10-2022503 30 06010094 KIDSLANDS LTD CUSTOMS 10-2022503 30 06010094	10-2022503 30 06010094 KIDSLANDS LTD CUSTOMS 10-2022503 30 06010094	10-2022503 30 06010094 KIDSLANDS LTD CUSTOMS 10-2022503 30 06010094	10-2022503 30 06010094 KIDSLANDS LTD CUSTOMS 10-2022503 30 06010094
--	--	--	--



LAUDO MÉDICO

Nome: João Odecio da Mota

Paciente acompanhado neste hospital devido a tratura 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


Dr. George Wallace R. Aires
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.100

LUBIA CORRETOA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS: _____

**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: 704395675897645	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:	ENDEREÇO 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:							
Condição:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Dr. José Urbano da Mota Coelho
MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME/LIF
LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
ASS: _____


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ortopedia

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço 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
 Cirurgião de Joelho
 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: _____

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço 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

Dias int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
--------------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	-----------------------

Dr. Angelo Luiz Cirurgia do Joelho CRM 6256		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.
Ass.: _____		
Data: 07/11/16		
Imprimir		

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

Ass: _____

PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE**NOME
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-CE

ESTADO
CIVIL☐ SOLTEIRO☒ CASADO

TEM OUTRA ATIVIDADE COM VINCULAÇÃO

☐ VIÚVO☐ DESQ/DIVÀ 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

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

E CARIMBO DO CGC DA EMPRESA

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
MARACANAÚ - CE**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.
- 4 - 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.

ISS

CORRETORA DE SEGUROS
05 JUL. 2018

Relatório

Relatório para os devidos fins que o paciente João
Vitor da Costa de nº: 93002004755 e CPF: 011.324.533-72
relatou sintoma motor (40 anos), devido a
uma fratura no braço. Paciente manifestava
melhorar déficit de força, amplitude de movimento
e ritmo de marcha.

Dra. Alina Bandeira
CRM: 165.000-5

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ISS:

Fórmula 20 de novembro de 2012.

**Registro de Atendimento
Emergencial**

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 04/11/2018 20:40:05	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704395675897845	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:		ENDEREÇO 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 CHAER:			
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 da Dor: Grave		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA							
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:					

Dr. João Antônio Vasconcelos Neto
MÉDICO
PELO SISTEMA DE REG. EM
DATA 04/11/2018
ASS: *João Antônio Vasconcelos Neto*
LUNA CORRETORA DE SEG. LTDA
05 JUL. 2018
MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO: RAE / NUAME / UF

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

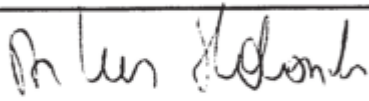
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Nome Hora Leito Cirurgião Residente Material

Observação

Status da
marcação

Dr. Angelo Luz Cirurgia do Joelho CRM 6256		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.
Ass.: _____		
Data: 07/11/16		
Imprimir		

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

Ass: _____

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA


Ortopedia

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço 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
 Cirurgião de Joelho
 CRM 6256

Ass: 	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.
Data: 07/11/16	Dispensa do trabalho por:
Imprimir	30 (Trinta) dias

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

LUBIA 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


Dr. Antônio Magalhães
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19.187

FORTALEZA 11 DE JULHO DE 2018



LAUDO MÉDICO

Nome: João Odecio da Mota

Paciente acompanhado neste hospital devido a tratura 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



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:



clínica
MURILO AMARAL

Mais respeito à sua saúde

João Odécio da Mota
Lando Médico

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.

3018118

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

Dr. Chades Junior

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOAO ODECIO DA MOTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
93002004755 SSP CE

CPF
211.324.533-72 DATA NASCIMENTO
29/08/1953

FILIAÇÃO
RAIMUNDO NONATO DA
MOTA
MARIA IVONE DA MOTA

PERMISSÃO
ACC CATHAR
AB

Nº REGISTRO
03103176831 VALIDADE
24/08/2022 1ª HABILITAÇÃO
05/07/1982

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
28/08/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
84446506819
CE161087558

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1496925578

PROIBIDO PLASTIFICAR
1496925578

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		 CE
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1496925578	NOME JOAO ODECIO DA MOTA	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 93002004755 SSP CE
		CPF 211.324.533-72
	DATA NASCIMENTO 29/08/1953	PLACAO RAIMUNDO NONATO DA MOTA MARIA IVONE DA MOTA
	PERMISSÃO AB	ACC AB
	Nº REGISTRO 03103176831	VALIDADE 24/08/2022
PROIBIDO PLASTIFICAR 1496925578	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	1ª HABILITAÇÃO 05/07/1982
		DATA EMISSÃO 28/08/2017
	LOCAL FORTALEZA, CE	84446506819 CE161087558
		CEARÁ
	ASSINATURA DO EMISSOR	

LIVIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 05 JUL. 2018

ASS:

PARECER DE PERÍCIA 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

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++/4+, 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:

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOÃO ODECIO DA MOTA
DATA DO ACIDENTE 04-11-16 CPF DA VÍTIMA 233.324.533-72
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 93002004755
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
A VÍTIMA É JOÃO ODECIO DA MOTA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOG
Nº 250 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ACARACUZINHO
CIDADE MARACANAÚ UF CE CEP 63900000
E-MAIL JOÃO TENHO TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES REALIZADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28-06-2018IDENTIDADE 93002004755ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309014

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: 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

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

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

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:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309014

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: 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

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Data do acidente: 04/11/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++/4+, 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

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Data do acidente: 04/11/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++/4+, 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

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

Data do acidente: 04/11/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++/4+, 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

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/11/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO ODECIO DA MOTA

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

JOAO ODECIO DA MOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA