

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/06/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00696-3

CONTA: 00000550214-4

Nr. Autenticação

BRADESCO13062012050000000002370069600000550214168750 PAGO



Circular Susep nº 380/08 – Prevenção a lavagem de Dinheiro.

A circular SUSEP nº 380/08, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

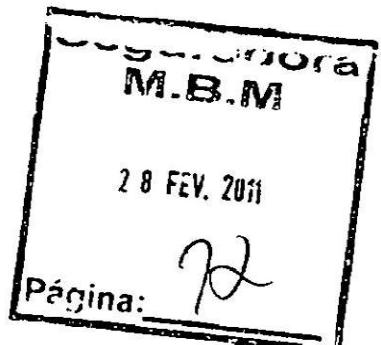
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante de estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade, disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Alberto Pestana da Luz, portador (a) do RG nº 98010334514, expedido por SSPCE em 19/12/2001, CPF/CNPJ nº 61925403300, na qualidade de procurador (a) / intermediário (a) do beneficiário (a) Jeanlindo Eione Lacerda de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Invalido da vítima Jeanlindo Eione Lacerda de Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo, Renda Mensal R\$ 1.000,00

Documentos comprobatórios: Não Há

Assinatura – Procurador / Intermediário



Curitiba, 29 de Março de 2011.

Francisco Erone Carlos de Lima
End: Tr. Tab. Santiago, 311
Bairro: Centro
Cidade: Russas - CE
CEP: 62.900-000

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT –

Sinistro de INVALIDEZ Vítima: FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos os documentos do processo acima mencionado em 28/02/2011, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

1. **Relatório do médico informando as lesões sofridas**
2. **Autorização de pagamento com número de conta.**
3. **Prontuário do hospital**
4. **Boletim de ocorrência original ou cópia autenticada**

Dante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consórcio -DPVAT, para finalização.

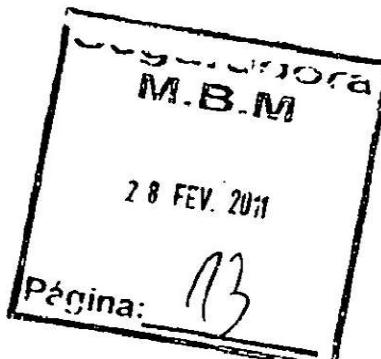
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Líder/Consórcio - DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo inicial de 30 dias que teríamos para nos pronunciar quanto à indenização.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


MBM Previdência e Seguros



Curitiba, 02 de Maio de 2012

Francisco Erone Carlos de Lima
Rua: Trav. Tab. Santiago, 311
Bairro: Centro
Cidade: Russas - CE
CEP: 62900-000

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT –

Sinistro de INVALIDEZ - FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA

SEGUNDA SOLICITAÇÃO

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos os documentos do processo acima mencionado em 30/04/2012, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

- Boletim de ocorrência do acidente**
- Número de conta da vítima**

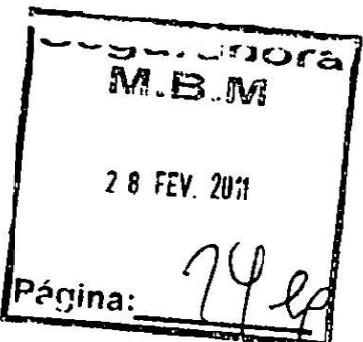
Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consorcio -DPVAT, para finalização.

Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo inicial de 15 dias que teríamos para nos pronunciar quanto à indenização.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

[Signature]
MBM Seguros de Pessoas



SINISTRO

Número do Sinistro: 2012234707

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vitima: FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA
 CPF: 013.633.133-55 CPF de: Próprio
 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do
Acidente: 19/08/2010
 Titular do CPF: FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue	
Certidão de casamento	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	Entregue	
Certidão de nascimento	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	Entregue	
Documentos de identificação	Entregue	
DUT	Dispensado	
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado	
Outros	Entregue	

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Comentário
BENEFICIÁRIO - FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA		
Alvará judicial	Dispensado	
Autorização de pagamento	Entregue	
Comprovante de residência	Entregue	

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.

Portador da documentação entregue

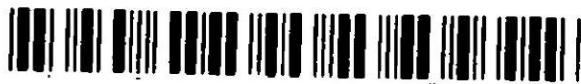
Data: 22/05/2012
 Nome: CORREIO
 CPF:

CORREIO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/05/2012 17:44
 Nome: Gilberto Postingher
 CPF: 402.327.780-00

Gilberto Postingher

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO

001/234907

EU, Francisco Enone Carlos de Lima PORTADOR (A) DORG Nº 063406 EXPEDIIDO POR SSP EM (DATA) _____ ECPF 01363513355 /CNPJ

PROFISSÃO _____ E RENDA MENSAL R\$ _____ NA

QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A
INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMAFrancisco Enone Carlos de Lima, AUTORIZO ASEGURADORA MBM A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO

INDICADA:

1. CRÉDITO EM CONTA CORRENTENº BANCO 237Nº AGÊNCIA 06963

C/C

550214-42. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237

Nº AGÊNCIA _____

C/P _____

3. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001

Nº AGÊNCIA _____

C/P _____

4. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341

Nº AGÊNCIA _____

C/P _____

5. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104

Nº AGÊNCIA _____

C/P _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

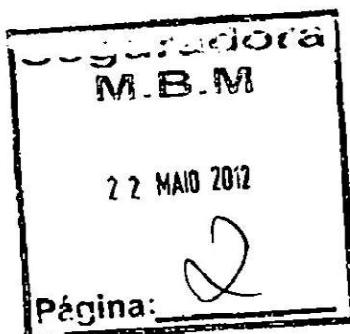
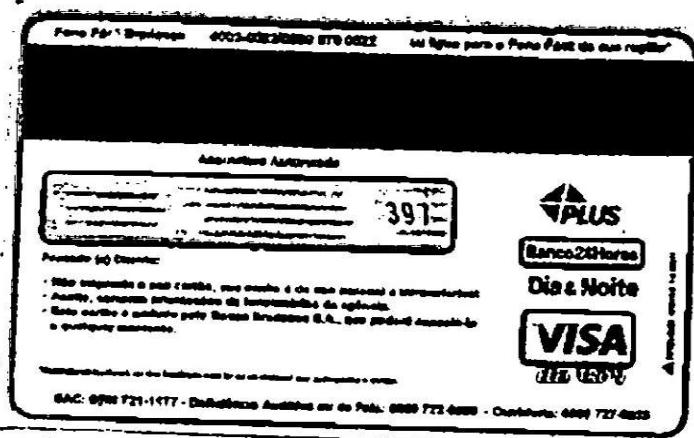
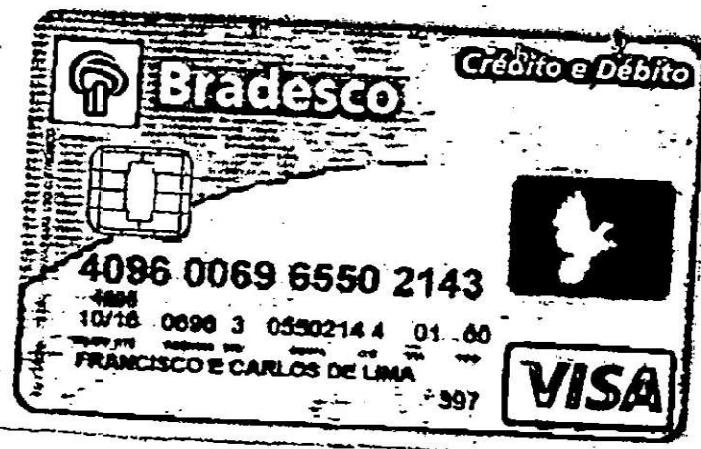
UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E IDOU COMO OUTADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Resa 23.04.2012

LOCAL / DATA

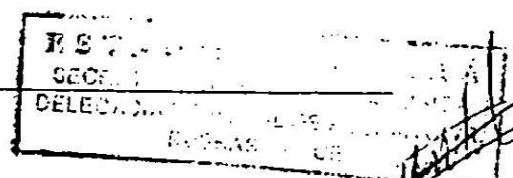
22 MAIO 2012

Francisco Enone Carlos de Lima
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)
Página: 1/1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 2241 / 2010



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 25/08/2010 16:35:32

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026

Data / Hora da Ocorrência : 19/08/2010 17:40:32

Endereço da Ocorrência: R. FELIPE SANTIAGO



ALTO DO VELAME RUSSAS/CE

Ponto de Referência: BAR DO SOUSA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA

Nascimento: 03/08/1978

RG: 2003010353351 Orgão Emissor: SSPDC UF: CE - CPF:

Filiação: RAIMUNDO CARLOS DE LIMA

LUZIA NAIR DE LIMA

Endereço: SIT PEDRO RIBEIRO

SITIO PEDRO RIBEIRO 62900000

RUSSAS CE BRASIL

Telefone: 4212779

Histórico

Informa a vítima que pilotava a motocicleta Honda CG 150 Fan ESI, ano/modelo 2010, vermelha, placa MUE-2551, chassi 9C2KC1550AR058008, em nome de Francisco Fábio dos Santos Melo, na direção centro-Localidade de Pedro Ribeiro, quando na altura do bar do Sousa, colidiu com uma motocicleta Honda POP 100, ano/modelo 2008, preta, placa HYX-2754, que trafegava na direção contrária, vindo a vítima a cair e bater a cicatriz, sendo feridas pele corpo E nada mala óssea

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Aurora Luciana Guedes Almundo

MATRÍCULA: 198422-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Erone Carlos Lima

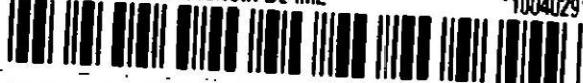
VISÃO DO DELEGADO(A): _____

A presente cópia confere
com o original exibido nestas notas. Dou fé
Delegacia Regional de Russas/CE 09 MAIO 2012
Em testemunha Aurora Luciana Guedes Almundo verdade

- Hercules Agharian - Titular
 Ana Cláudia Bezerra - Esc Autorizada
 Luciana Silva Oliveira - Esc Autorizada
 Régis Nogueira Matoso - Esc Autorizada
Valido somente com o selo de autenticidade



Página:



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Franckes Bruno Carlos de Lima, portador da carteira de identidade nº 063706 e inscrito no CPF/MF sob o nº 013633133-55, residente e domiciliado na Pedro Ribeiro, Cidade Burra, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

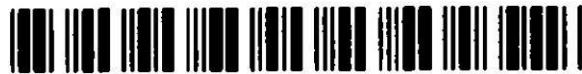
Ribeiro 23.04.2012

Local e data

M.B.M

30 ABR. 2012

Página: S



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

EU, Francisco Evane Ribeiro Lima

ABAIXO ASSINADO, PORTADOR (A) DO RG N° 063706,

VENHO POR MEIO DE ESTA DECLARAR QUE RESIDO NA

Pedro Ribeiro, N° _____.

BAIRRO: Centro, NA CIDADE: Russas.

ESTADO: Ce, CEP: 62900000, TEL: (88)92119545-96676248.

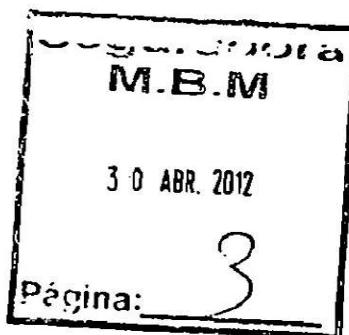
DECLARO SOBRE AS PENAS DA LEI N° 7.115 DE 29/08/1983, QUE OS
DADOS ACIMA SÃO VERDADEIROS.

E POR SER VERDADE ASSINO A PRESENTE DECLARAÇÃO.

Russas 03/04/2012

Francisco Evane Ribeiro de Lima

ASSINATURA





RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO : A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima FRANCISCO ERNANE CANHOS DE LIMA | Número do sinistro

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente :	Data do inicio do tratamento médico:
Nome completo e CRM do médico :	<i>Dr. Walter Cândido de Oliveira</i> Médico CRM: 143
Lesões resultantes do acidente :	<i>Frisqueira de Ossicles Auditivos</i>
Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas) :	<i>Cirurgia - osteosíntese</i>
Existe algum defeito físico ou doença pré-existente ?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>N.S.</i>
Com relação a invalidez pode-se concluir que :	
<input type="checkbox"/> A invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura. <input checked="" type="checkbox"/> A invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<i>Seção do Friso de Ossicles Auditivos</i>
2º	<i>Covergace - Invadido de</i>
3º	<i>60% das ossas</i>
4º	
5º	

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima no período de _____ a _____ e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Assinatura

LOCAL

16/04/2012

DATA

Dr. Walter Cândido de Oliveira
ASSINATURA E CARIMBO

M.E.M.

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

*30 ABR. 2012**Assinatura**16/04/2012*

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

*Francisco Ernane Canhos de Lima**6*

CITY-CENTRO DE TRATAMENTO DE FRATURA DO VALE
TRAVESSA VICENTE VELOSO, 309 - CENTRO - FONE 3411.32.85.
~RUSSAS-CE - CEP: 62.900.000 CNPJ: 10551991/0001-54

BOLETIM DE ADMISSÃO

Prontuário N°: 9298

03.3638133-55

Nome: Francisco Enzo Canlys de Lima
 DATA DE NASCIMENTO: 3/18/78 PROFISSÃO: Professor
 ESTADO CIVIL: Solteiro COR: P SEXO: Masculino NATURALIDADE: Russas
 IDADE: 32 FONE: 96188479
 ENDEREÇO: Pedro Rebecino CIDADE: Russas
 AI: Sebastião Raimundo Carloric de Lima
 NAI: Luizete Nair de Lima
 DOCUMENTO: RG nº 063706 ÓRGÃO: D.E.
 RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Francisco Enzo Carloric de Lima
 DATA E HORA DE ADMISSÃO: 19/08/10 hs: 18:30 SAÍDA: 26/08/10 hs: 9:00

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:
 1. Fractura de acidente rotuliano Fratura clavícula (E)
 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO CID S-62-
 Fractura em clavícula E2
 TRATAMENTO: Cirurgia (E).
 OPERAÇÃO
 PRINCIPAL: REVISÃO: Irmalma (E)
 SECUNDÁRIA:

MOTIVO DA ALTA

CURADO ()
 MELHORADO (X)
 INALTERADO ()
 A PEDIDO ()
 INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO ()
 ADMINISTRATIVA ()
 INDISCIPLINA ()
 EVASÃO ()
 COMPLEMENTO AMBULATORIAL ()
 TRANSFERIDO ()
 ÓBITO ()

HISTÓRIA CLÍNICA - REGISTRA AS PALAVRAS DO DOENTE A TODOS OS ACHADOS DO EXAME A QUE FOI SUBMETIDO
 1. Fractura de acidente rotuliano com dor intensa e escoriação di fusca
 2. grande hematoma na região pleuriteira (E) e cintura (E)
 3. Presentando edema da mão direita e movimento o 75%.

MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Jean Carlos Melo Filho CARDILOGISTA CRMCE 11.283	22 MAIO 2012 Página: 7	M.R. VI 30 AGO. 2012 Página: 7
---	---------------------------	--------------------------------------

~~CTTV-CENTRO DE TRATAMENTO DE FRATURA DO VALE~~
TRAVESSA VICENTE VELOSO, 309 - CENTRO - FONE-3411.32-85.
~ RUSSAS-CE - CEP: 62.900.000 CNPJ: 10551991/0001-54

BOLETIM DE ADMISSÃO

Pronutário N°: 4298

013633133-55

NOME: Francisco Ernane Carvalho de Lima
DATA DE NASCIMENTO: 3 / 8 / 78 PROFISSÃO: Agropecuário
ESTADO CIVIL: Solteiro COR: P SEXO: Masculino NATURALIDADE: Russas
DIREÇÔ: Pedro Rebecino FONE: 96188479
ENDERECO: Sebastião Reimundo Carvalho de Lima CIDADE: Russas
E: Lúcia Nair de Lima
DOCUMENTO: RG N° 063706 ÓRGÃO D.E.
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Ex-paço São Francisco de Lima
DATA E HORA DE ADMISSÃO: 19 / 8 / 10 hor: 18:30 SAÍDA: 26 / 08 / 10 hor: 9:00

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	
Fratura de Acidente motociclistico Fratura clavícula (E)	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO CID S-62- Fractura de clavícula	
TRATAMENTO: Cirurgia (C.)	
OPERAÇÃO	
PRINCIPAL: Fractura de clavícula	
SECUNDÁRIA:	

MOTIVO DA ALTA	
CURADO ()	
MELHORADO (X)	
INALTERADO ()	
A PEDIDO ()	
INTERNAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO ()	
ADMINISTRATIVA ()	
INDISCIPLINA ()	
EVASÃO ()	
COMPLEMENTO AMBULATORIAL ()	
TRANSFERIDO ()	
ÓBITO ()	

HISTÓRIA CLÍNICA - REGISTRA AS PALAVRAS DO DOENTE A TODOS OS ACHADOS DO EXAME A QUE FOI SUBMETIDO
pt vítima de acidente motociclistico apresentando escoriações di fusas
e grande hematoma na região clavicular (E) e cotovelo (E)
apresentando dificuldade de movimento do MS (E)

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Dr. Jean Carlos Melo Filho
CARDIOLOGISTA
CRM-CE 11.288

Dr. Jean Carlos Melo Filho

M.E.M.

30 ABR. 2012

Página: 8

CTFV - CENTRO DE TRATAMENTO DE

FRATURA DO VALLE

TRAVESSA VICENTE VELOSO, 309 - CENTRO.

FONE: 3411-3285

USSAS-CE - CEP: 62.900.000 CNPJ: 10551991/0001-54

PACIENTE: S.º - Enome Valeto de Lima

APTO: 11 LEITO:

Nº DO PRONTUÁRIO: 1.108

CONVÉNIO: DIVISIT CLÍNICA: Chaveus

LÍQUIDOS

S. 651.500
12.000 — 11.000

CÓDIGOS

260

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

V. PP ARTERIAL
A: ANESTESIA

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

PULSO

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01 02 03 04 05 06</u

CTFV - CENTRO DE TRATAMENTO DE FRATURA DO VAL

TRAVESSA: VICENTE VELOSO, 309 - CENTRO - FONE: 3411.32.85
RUSSAS-CE - CEP: 62.900.000 CNPJ: 10551991/0001-54

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA	HORA	Notas sobre a evolução da moléstia: Complicações, Consultas, Exames Complementares - Condições ao ser dada alta.
19/08/10		P/ sitoma de quadro motociclistico concatenado escoriações superficiais + fratura aberta e contábil. + + DOR e edema local Dr. Jean Carlos Pinto Filho CARDIOLOGISTA CRM-CE 11.289
20/08/10		União S/ alt Dr. Francisco Fermino Peres CPF: 045.642.607-00 CRM: 5452 Ortopedista / Traumatologista
21-08-2010		Paciente segue dev em escoriações e contábil engessado.
23-08-2010		Paciente com fratura de clavícula engessado Dr. Francisco Fermino Peres CPF: 045.642.607-00 CRM: 5452 Ortopedista / Traumatologista
23/08/10		Operação Dr. Francisco Fermino Peres CRM: 5452
24/08/10		Onelito necessita de seus med. Dr. Francisco Fermino Peres CPF: 045.642.607-00 CRM: 5452 Ortopedista / Traumatologista
25/08/10		Seus med. Dr. Francisco Fermino Peres CPF: 045.642.607-00 CRM: 5452 Ortopedista / Traumatologista
26/08/10		aceite hospitalar

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

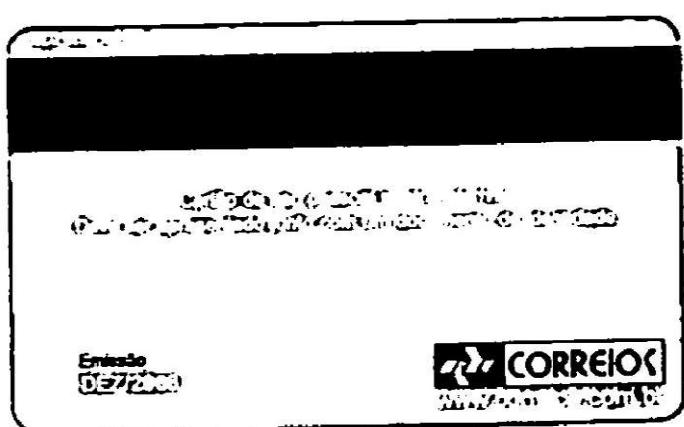
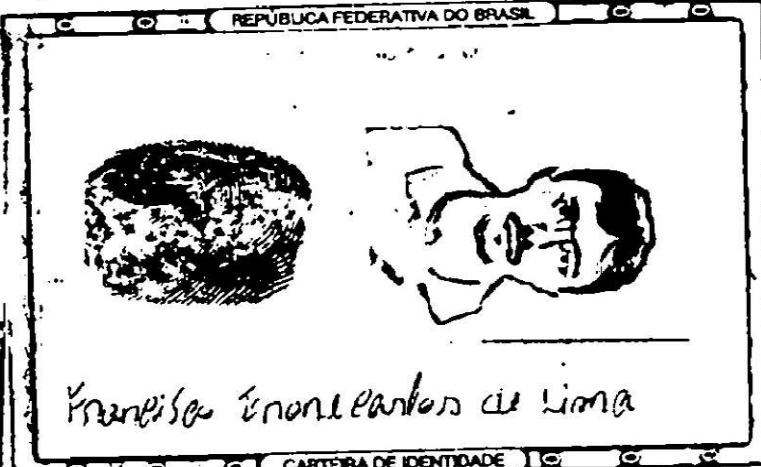
2003010353551 DATA 16/7/2003
FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA

SEBASTIAO RAIMUNDO CARLOS DE LIMA E LUZIA NAIR DE LIMA

RUSSAS-CE CERT. NASC. 3872 L A 04 F
68 V RUSSAS/CE 3/8/1978
01363313355 ID. ANT. 288181594

7.116 DE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

(013) 6331-133-55

Nome: FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA

Nascimento: 03/08/1978

3708913-7

3708913-7

12 25000 16 196500 - 1
Nome: FRANCISCO ERONE CARLOS DE LIMA
Endereço: TR TAB SANTIAGO 00311
CENTRO - RUSSAS - 62900000
Número: 23851501
Tipo: COMERCIAL,SERV.OUTR. MONOFASICO
Nº. (CPF / CNPJ): 013633133-55
Prazo de Prazo: 4

192473244
19/07/2010

0000 A70N
Valor do Prazo: 0,00
CW

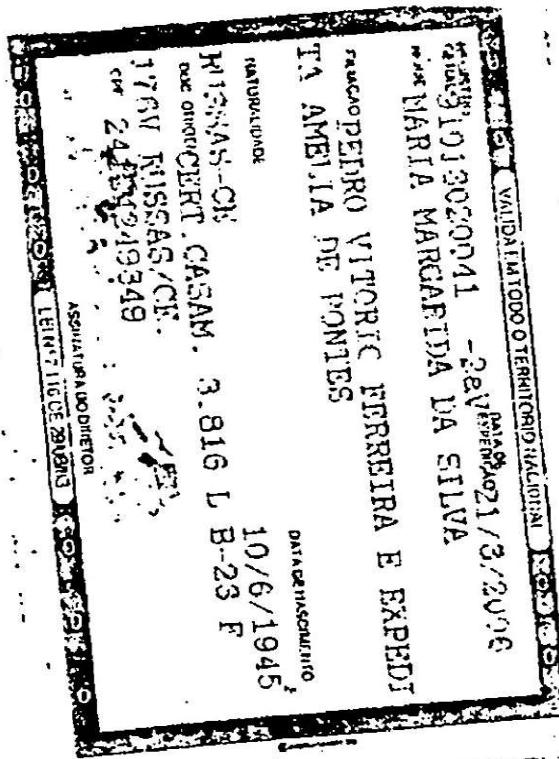
Jul/2010 19/07/2010, 17/08/2010 Até 16/1/2010

17,54	27,00	4,73	OC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
366.2006.0055.5043.1200.5004.3198.2770			FIL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			OMV	0,00		0,00		
153	122	1,0	31	0,0	0,0	0,0000	0,00	17,54

M.B.M

28 FEV. 2011

Página: 9



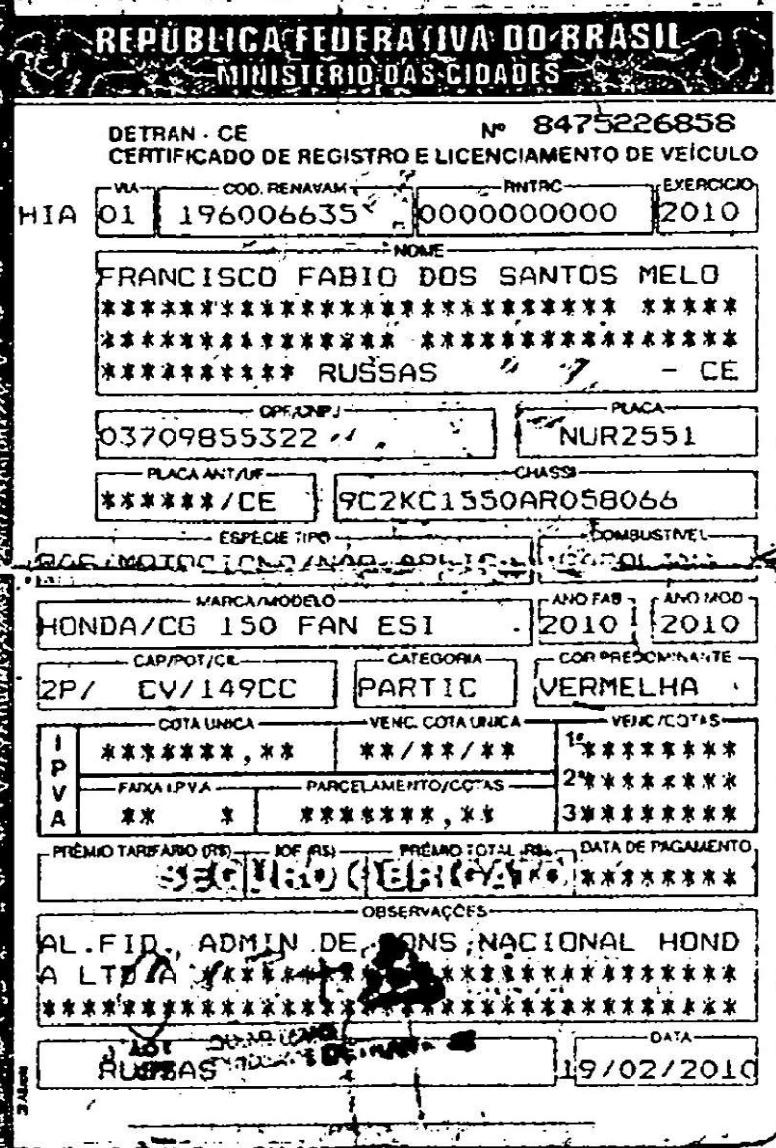
MINISTÉRIO DA FAZENDA	
Secretaria da Receita Federal	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome MARIA MARGARIDA DA SILVA	
N° de Inscrição 241242493-49	
Data de Nascimento 10/06/45	
	

CE Nº 8804264339		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
NOME ENDERECO			
MARIA MARGARIDA DA SILVA			

RUSCAS - CE			
DATA CAD.		PLACA	
24124249349		HYX2754	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
CE Nº 8804264339		DATA F. SEU	
		2010 12/06/2010	
NOME ENDERECO			
MARIA MARGARIDA DA SILVA			

RUSCAS - CE			
DATA CAD.		PLACA	
01 24124249349		HYX2754	
SEGURADORA		HONDA HOR MR.B.M	
963211552		2008 9 9021302108R015498	
PERÍODO		28 FEV 2011 PESO TOTAL 21	
PERÍODO		70	

Seguradora Líder Página Consórcios
MOTOR: de Seguro BPVAT S/A



CE N° 8475226858		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
NOME/ENDERECO			
FRANCISCO FABIO DOS SANTOS MELO			
***** ***** ***** RUSSAS - CE			
CPF/CNPJ		PLACA	
03709855322		NUR2551	
----- BILHETE DE SEGURO DPVAT -----			
CE N° 8475226858		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2010	19/02/2011
NOME/ENDERECO			
FRANCISCO FABIO DOS SANTOS MELO			
***** ***** ***** RUSSAS - CE			
CPF/CNPJ		PLACA	
01 03709855322		NUR2551	
COD. RENAVAM		MARA/ MODELO	
196006635		HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO FAB.	CHASSI	CHASSI	
2010	09	9E2KC1550AR058066	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IPF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	
2118	18	2136	
Seguradora Líder dos Consórcios			
do Seguro DPVAT S/A			
LOTE/DOC: 16474130			
CNPJ: 09.248.608/0001-04			
MOTOR: KC15E5A058066			



~~U.S.A. M.B.M.~~

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012234707

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez

Vítima: FRANCISCO ERONE **Data do acidente:** 19/08/2010
CARLOS DE LIMA

Emissor do parecer: Maria Tereza Ramos de Araujo Amorim

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

CRM do médico: 31475-9

PARECER

Data da análise: 05/06/2012

Valoração do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA (TTO CIRURGICO)

Resultados terapêuticos:

Sequelas permanentes: LIMITACAO FUNC DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: MARIA TEREZA

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50