



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2016

Carta nº: 9070870

A/C: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

Sinistro: 3160250442 ASL-0848430/16
Vitima: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA
Data Acidente: 24/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,





Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2016

Carta nº: 9086325

A/C: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

Sinistro: 3160250442 ASL-0848430/16
Vítima: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA
Data Acidente: 24/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2016

Carta n°: 9163304

A/C: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

Sinistro: 3160250442 ASL-0848430/16
Vitima: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA
Data Acidente: 24/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000001593-8

Conta: 0000019142-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160250442 - 1

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

Endereço do(a) Examinado(a):

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 122500986 - SSP

Data local do exame: 18/05/2016 QUIXADA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

CONTUSÃO LOMBAR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR MEDICAMENTOSO, ALTA MÉDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

AO EXAME, REFERE LOMBOSSACRALGIA CRÔNICA PÓS-TRAUMÁTICA COM DORES IRRADIADAS PARA OS MEMBROS INFERIORES. LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

COLUNA LOMBAR.

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - QUIXADA, 18/05/2016

Médico Perito: FELIPE BOAVENTURA APOLINARIO CRM: 13234


Dr. Felipe Boaventura Apolinário
Médico
CRM/CE 13.234
CFF 544.015.183-49

Assinatura do perito Examinador - CRM

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

1. DO CADASTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este documento é de uso exclusivo do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, e deve ser assinado pelo beneficiário. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atração de falsos envio de documentos.

Francisco Lairton de Sá Lima

CPF/CNPJ: 10.147.922.5009-86

EXPEDIDO POR SSP/ce

EM

316672873-20 (CNPJ)

PROFISSÃO **Recepcionista**

Na qualidade de beneficiário(a) do valor referente à indenização e recebido(a) por mim, Francisco Lairton de Sá Lima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSELHOS DO BRASIL A PAGAR O VALOR DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Art. 1º, § 1º, da Lei nº 10.712, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os seguradores são obrigados a exigir, das pessoas envolvidas no pagamento da indenização, este documento deve conter, além das informações de identificação, a declaração de que a renda é de fato e de direito próprio.

Para o efeito da declaração de pagamento, fomos-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Documentos de identificação do beneficiário - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SIAPE ou RG ou TITULAR ou microempresário aparecerem em termos tais como: CNPJ ou ME, MS (micro empresa) ou CGPA;
- Documentos de identificação do beneficiário/vítima não titular;
- Declaração de limite de movimentação financeira mensal;
- Declaração de uso de crédito nº 2 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Declaração de conta corrente CEF aberta em Unidade Loterica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 1.000,00;
- Declaração de conta corrente em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta com limite de movimentação financeira mensal);
- Declaração de conta corrente bancária;
- Declaração de conta corrente pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RCEFA FEDERAL);
- Declaração de conta corrente, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 AGO 2015

Centro Seguradora S/A
Av. Dom Luís 300 - Loja 147
Alberto - Fortaleza / CE

IMPORTANTES: Contas não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários (com imagem digitalizada/scanner) e/ou extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia da verso do cartão múltiplo com informações de identificação.

PARA PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº de agencia **237** N.º de agencia (com dígito, se existir) **1593-8** N.º da CONTA (com dígito, se existir) **19192-6**

PARA PAGAMENTO EM CONTA POPULAR (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

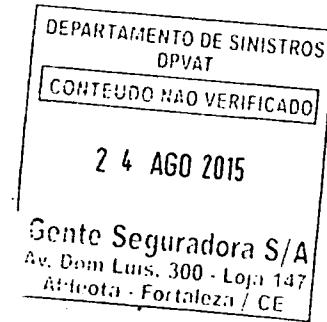
Nº de agencia _____ N.º de agencia (com dígito, se existir) _____ N.º da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE: A CONTA CORRENTE MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO, CREDITO DA INDENIZAÇÃO, NÃO PODERÁ SER USADA PARA DESPESAS DESCRIPTAS. RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Francisco Lairton de Sá Lima
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

Este documento é de uso exclusivo de R\$13.500,00 em caso de morte, valor que será pago com legitimidade e certeza, entre a data de emissão e a data de vencimento de 120 dias, de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente, e de que venha conforme a SIVI, desde que as sequelas da lesão permaneçam, de 10.452,00, e reembolsar as despesas médicas-hospitalares, de R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 3477 / 2015

27/07/2015

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA - CE

REGIÃO DE POLÍCIA: QUIXADA - CE
FONE/FAX: (088)3445-1047

QUIXADA / CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO TAITTON DE SA LIMA

Nascimento: 22/01/1968

CNH: 02239743077 Órgão Emissor: DETRAN UF: - CPF: 31667287320

Filiação: GERALDO GOMES DE LIMA

LOURDES ALVES DE SA LIMA

Endereço: N° LOCALIDADE IPUEIRAS

DISTRITO CUSTODIO

QUIXADA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

SOB AS PENALIDADES DOS ARTIGOS 340 E 342 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, O(A) NOTICIANTE REGISTRA QUE: no dia, hora e local acima citados, andava a pé quando foi atropelado por um motociclo de placa não identificada, tendo em vista que o condutor se evadiu sem prestar socorro; Que, o noticiante foi socorrido para o Hospital Eudasio Barroso, nesta urbe e tem como testemunha as pessoas de FRANCISCO ERIVANDO ALVES DELMIRO e ANTONIO EDER NEVES DA SILVA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

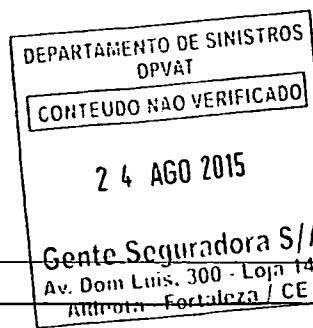
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

EDMUNDO BARBOSA LIMA FILHO - MAT.: 198214-1-2

RESPONSÁVEL PELO INFORMAÇÃO: Edmundo Barbosa Lima Filho

VISTO DO DELEGADO(A):

ANNA CLAUDIA NERY DA SILVA - MAT.: 300121-1-9





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 1413 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**

Data / Hora da Comunicação: **15/03/2016 - 16:45:35**

Data / Hora da Ocorrência : **07/07/2015 11:27:15**

Endereço da Ocorrência:

QUIXADA / CE

Ponto de Referência:

Histórico

Informa o noticiante que: no dia 07/07/2015, registrou nesta delegacia de Polícia Civil um Boletim de Ocorrência 534-3477/2015, referente ao fato de ter sido vítima de acidente de trânsito e o retifica no sentido de informar corretamente a data do sinistro como sendo, dia 24/06/2015 e não dia 26/06/2015, como consta no referido boletim. E, nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : **FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA**

Endereço : **NI LOCALIDADE IPUEIRAS**

Bairro : **DISTRITO CUSTODIO**

Município/UF : **QUIXADA CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

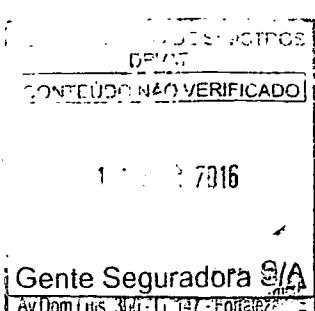
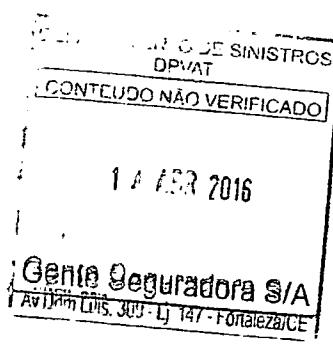
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOAO JOSE DE SOUZA MENDES - MAT.: 300047-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Francilairton de sa lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANNA CLAUDIA NERY DA SILVA - MAT.: 300121-1-9



2007-08-09 08:30:00 2007-08-09 08:30:00
2007-08-09 08:30:00 2007-08-09 08:30:00
2007-08-09 08:30:00 2007-08-09 08:30:00

1922-1923 - 1923-1924 - 1924-1925 - 1925-1926 - 1926-1927 - 1927-1928

2. 2000 2000 2000

卷之三

16. *On the Effect of the Wind*

१० श्रीकृष्ण

大藏經卷之八

ПАЛИЧНОСТЬ СУДОВОЙ СЛУЖБЫ. *Союз*.

ପାଞ୍ଜାବ ରାଜ୍ୟର ପରିବାର ଓ ପାତ୍ରାବ୍ଦୀ

¹⁷ See, for example, (a) *idem*, 3, 4, 57; (b) *idem*, 3, 1, 10.

ANALYSIS OF THE PREDATOR-PREY MODEL

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisca Laioster de Souza, portador
da carteira de identidade nº 122500986 e inscrito no CPF/MF sob o
nº 316.672.873-20, residente e domiciliado na DT, São Luis/CE

S/N Cidade Quixadá, 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 a análise da
minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML,
concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora
Lider 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.

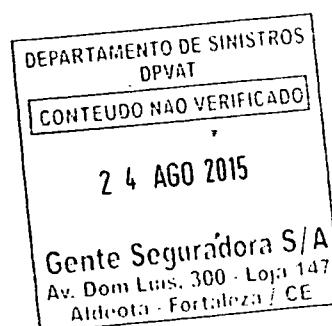
Francisca Laioster de Souza

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Local e data

Quixadá-CE 12/08/15



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: 02/06/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01593-8

CONTA: 000000019142-6

Nr. Autenticação

BRADESCO201605000000000237015930000001914284375 PAGO

UNIDADE: H.M.E.B. Hora de Chegada: _____

DATA: 24/06/15

P.A.

() 1º Atendimento

() Providenciário

() Outros

Temperatura: _____

1 - Identificação:

Nome: Die Laurent de Oliveira

Estado Civil: Solteiro Sexo: ✓ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 22/01/68

Naturalidade: Brasil Idade: 47

Procedência: Rock

Profissão: Agricultor

Categoria: Bras

Nº Cartão SUS - CNS: Rg 1228009-86

Residência: Tomazinho - Rio de Janeiro

2 - Queixa Principal:

Doença que foi diagnosticada p/ ato

- História Atual:

Tomazinho

4 - Exames Solicitados:

5 - Hipótese diagnóstica:

F.C da col. Leucocitose

Assinatura do Médico

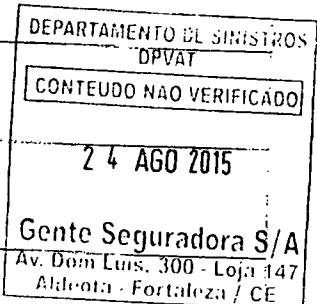
DATA	PROCEDIMENTO	RÚBRICA
	<u>Flamboy + 200ml S.A - IV</u>	
	<u>Gammaglob + 18cc SD n</u>	<u>1650</u>
	<u>Vitamina D50g D25</u>	<u>11/16/15</u>
		<p>DEPARTAMENTO DE SITUAÇÕES DPVAT</p> <p>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>24 AGO 2015</p>
	<p>03 JUL. 2015</p> <p>Em test. da verdade.</p> <p>Cartório de Justiça do Rio de Janeiro, 103, assinado por Maria Auricélio de Almeida Costa, Escrivão de Justiça, e assinado por Maria Lúcia Lima Silva, Substituta, em 03 Julho 2015.</p>	<p>Gente Seguradora S/A</p> <p>Av. Dom Luís, 300 - Lote 147</p> <p>Antônio Fortaleza - CE</p>

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Francisca Brant de Sá Lima
 RG nº 122500986, data de expedição / / Órgão SEPI/CE
 CPF nº 346.672.873-20, venho perante a este instrumento declarar que não
 posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
 nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>DT Jureirav</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>S/N</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>DT Jureirav</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)3412-1978 (88)99943-8459 (88)3412-0863 (88)99918-3360</u>
E-mail	<u>(88)99414-7239</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guarapari - CE 12/08/15

Assinatura do Declarante: X FCO. lais teodoro lino



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preenche esta ficha em 03(três) vias;
2. Ao terminar a consulta ou tratamento,
entregar 2(duas) vias ao usuário,
orientando-o para retornar com a 1ª via
à unidade de origem.

UNIDADE ORIGEM _____

DISTRITO SANITÁRIO _____ MUNICÍPIO _____

Nome: *Felis Laini - do Grx* Prontuário Nº: _____

Sexo: M F Data de Nascimento: / / / Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: *Pronto para cirurgia*

Resultado de Exames: *Pronto para cirurgia*

Condução Realizada: *Com Transporte Cidre (amarrado)*

Impressão Diagnóstica: *Pronto para cirurgia*

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro: *55804* Função: *Cidre* Data: *04/06/15* Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: *Pronto para cirurgia* Data: _____ Hora: _____

Unidade de Referência: *HMEC* Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____ / _____ / _____

Exame Clínico / Cirúrgico: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CID: *24 AGO 2015*

CID: _____

CID: *Gente Seguradora S/A*
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Altos 01 - Fortaleza - CE

Proposta de condução para segmento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

/ /

Data

AVALIAÇÃO CINESIOLÓGICA FUNCIONAL

DATA: 30/07/2015

Objetivo: Verificar e quantificar a capacidade funcional, para os devidos fins, junto ao DPVAT.

CONSIDERANDO:

Fisioterapia atividade de saúde, regulamentada pelo: Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resolução do COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94.

RESOLUÇÃO CNE/CES, 19 DE FEVEREIRO DE 2002 (*).

Institui diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

Art. 3º. O curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e coletividade. **Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.**

Art. 4º. A função do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

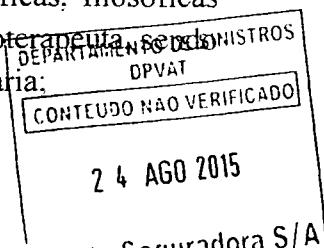
VII – realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da fisioterapia, em toda a sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela sua alta fisioterapêutica;

VII – elaborar criticamente o diagnóstico cinético-funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo aspecto de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas sociais e culturais, implicando na atuação profissional do fisioterapeuta, capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

X – emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

RESOLUÇÃO CREFITO-8 Nº 41 de 18 de junho de 2009.

(DOU nº 167, seção 1 em 01/09/2009, página 89) Dispõe sobre a autonomia da **habilidade e competência do Fisioterapeuta para desempenhar atividades de perícia, consistentes na**



avaliação, dentro da sua esfera de competência, de alterações e disfunções do movimento humano, com vista à elaboração de parecer de Nexo técnico e Nexo Causal.

Artigo 2º - O Fisioterapeuta é considerado habilitado, para atuar com autonomia em Perícias em comprimento ao estabelecimento do Código do Processo Civil, Decreto-Lei 938/69, nas resoluções COFFITO 8, 80, 10, 259, 351 e demais, desde que comprove conhecimento ou formação acadêmica complementar em perícia;

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA:

Nome: Francisco Lairton de Sá Lima

Endereço: Localidade Impueiras – Custódio – Quixadá

CPF: 313.672.873-20

Data de Nascimento: 22/01/1968

DADOS DO ACIDENTE

Data do acidente de trânsito: 24/06/2015

Lesão (ões) resultantes do acidente (Segmento Anatômico ou órgão afetado): Paciente apresenta lesão na coluna lombar.

Tratamento realizado: paciente fez tratamento medicamentoso.

Sequelas decorrentes da(s) lesão (ões): O paciente sofreu lesão na coluna lombar apresentando escoriações, apresentando edema, luxação, diminuição da amplitude de movimento para flexão e abdução do quadril, ficando imobilizado por quinze dias, falta de estabilidade articular, diminuição da expansibilidade pulmonar, dor a palpação, encurtamento muscular e contratura articular.

Conclusão quanto a capacidade funcional – invalidez permanente total ou parcial:

Concluo, segundo o exposto acima, 80% de incapacidade. Com relação à invalidez pode-se concluir que:

() a invalidez é temporária, portanto, passível de recuperação significativa ou de cura.

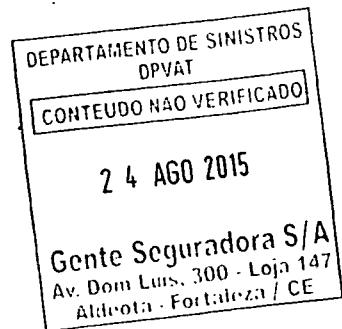
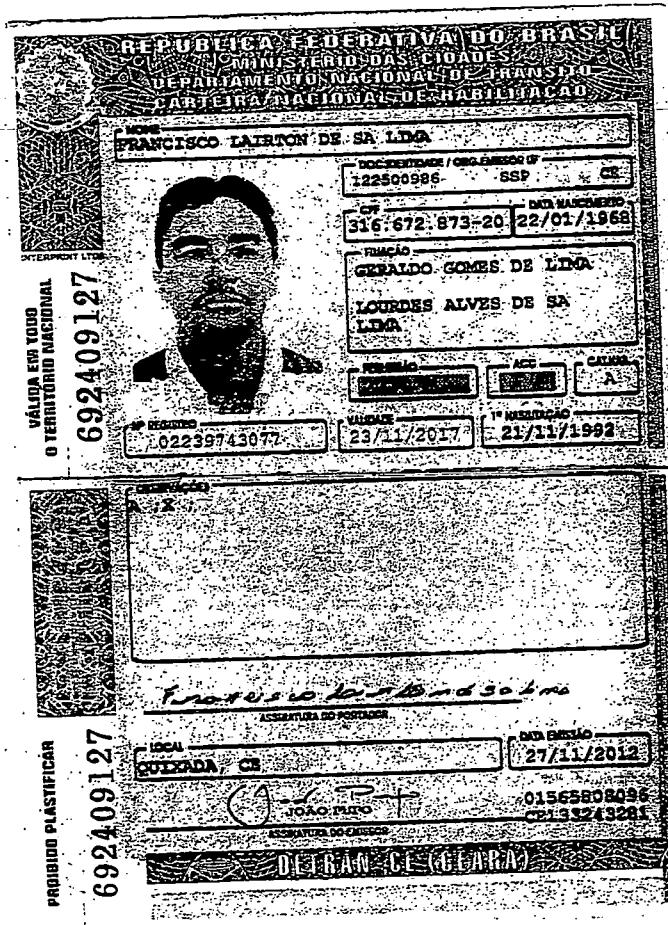
(x) a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima, e que as postas acima são verdadeiras.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO DE OURDA DO	24 AGO 2015
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Aldo-CE - Fortaleza / CE	

Antonio Mendes Filho
Antonio Mendes Filho (88)97145862-(88)88484667

CREFI: 502100-F
Fisioterapeuta
Quixadá, CE 30/07/2015





DECLARAÇÃO

Eu, Francisco Laisson de Soá Lima portador da carteira de identidade nº 122500986 e inscrito no CPF sob o nº 346.672.873-20.

Residente DT Queiroz e domiciliado SN na

Cidade: Quixadá Estado: Ceará, declaro, sob as penas de lei, que estou

impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital

Data de Entrada / / Data de Saída / /
Localizado em;

O hospital se nega a disponibilizar a C Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter a perícia médica as custa da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Francisco Laisson de Soá Lima

Assinatura do Declarante

Quixadá - ce 12 / 08 / 15

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
24 AGO 2015
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 - Algodão - Fortaleza / CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160250442 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA **Data do acidente:** 24/06/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA LOMBAR

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTOS ENVIADOS INCONCLUSIVOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160250442

Cidade: Quixadá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

Data do acidente: 24/06/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO LOMBAR.

Descrição do exame AO EXAME, REFERE LOMBOSSACRALGIA CRÔNICA PÓS-TRAUMÁTICA COM DORES IRRADIADAS PARA OS MEMBROS
médico pericial: INFERIORES. LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR MEDICAMENTOSO, ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORÁCO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: FELIPE BOAVENTURA APOLINARIO

CRM do médico: 13234

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 do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

