



Seguradora Líder • DPVAT

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 9163304

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.: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# 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

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 complicação.

#### 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,  $\pi$ 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)

#### COLUNA LOMBAR.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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  
CPF: 544.015.183-49

Assinatura do perito Examinador - CRM

Seguradora Líder - DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

02 2205730

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA.

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, e deve ser preenchido em triplicata. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar erros no processamento da indenização.

Francisco Wairton de Sá Lima

422500986

EXPEDIDO POR SSP/ce

77.

316672:873-20

PROFESSOR Recurso

\_\_\_\_\_  
 Fdo Walter de Sá Lima NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO ACIDENTE LER  
 AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO INTERMIO

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE: O EMPREGADO TOU DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

4. Ocorre, ainda, que a taxa de prevenção é lavagem de dinheiro no mercado segurador, determino que todos os seguradores são obrigados a manter registros das pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve constar em todos os documentos de administração, e não apenas no livro de controle de caixa de venda mensal.

Atenção: este formulário não é para pagamento. Lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser form

Se, no entanto, os dados referentes aos documentos aparecerem lemos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL.

Os documentos apareçam (termos tais como: CNPJ ou ME, ME - micro empresa) ou LIDA.

\* Submit all articles to the General Editor via e-mail for titling:

... para o limite de movimentação financeira mensal;

Fonte: IBGE, Censo 1991, 1996 e 2000. Cálculos do IUPERJ. OCB: Censo 2000 do IBGE. Cálculos do IUPERJ. Cálculos do IUPERJ.

Art. 12 da LRF abriu em Unidade Loteiras com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 30 milhões.

[illegible]

Atendendo ao disposto no art. 1º, inciso III, da Lei nº 12.527/2012, informamos que, em razão da pendência da regularização do cartório, recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL.

Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Não são não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada, scanner e copiado. Somente extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão múltiplo com liberação de crédito.

3.4. ATENDIMENTO AO CLIENTE: TODOS OS BANCOS;

237 1593-8 19142-6

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
E-MAIL: BRUNO@BRUNOBRASIL.COM.BR

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A QUANTIA MENCIONADA E DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO-CREDITO DA INDENIZACAO E TOTALMENTE POR FOMENTO DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZACAO

Quarta-feira 12 de agosto de 2015 x Fclais ton diso lino  
 \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ASSAULT ON BENEFICIARY

ATENÇÃO

~~Até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente decorrente de acidente de trabalho ou doença ocupacional e até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente decorrente de doença não relacionada ao trabalho.~~



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 AGO 2015

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis. 300 - Loja 147  
Atletota - Fortaleza / CE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 3477 / 2015

27/07/15  
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA - CE

FONE/FAX: (0\*\*88)3445.1047

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 07/07/2015 11:27:15

Data / Hora da Ocorrência : 26/06/2015 22:00:00

Endereço da Ocorrência: LGO JATORÁ

QUIXADA /CE

Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: FRANCISCO LAIRTON 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: NI 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

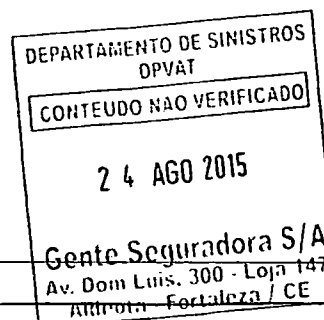
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Francisco Laíton de Sa Lima*

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  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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

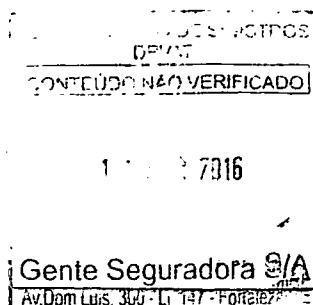
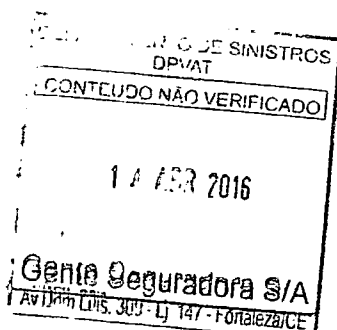
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

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





RECEIVED  
JAN 10 1964  
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D.C. 20535



CONFIDENTIAL

Reference is made to the letterhead memorandum dated and captioned as above, and to the letterhead memorandum dated and captioned as above, both of which are being furnished to you for your information.

Very truly yours,

Director, Federal Bureau of Investigation

Special Agent in Charge

San Francisco Office

Enclosure

Very truly yours,

Special Agent in Charge

San Francisco Office

Enclosure

Very truly yours,

Special Agent in Charge

San Francisco Office

Enclosure

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisca Lauriston de Sá Lima, portador  
da carteira de identidade nº 1225100986 e inscrito no CPF/MF sob o  
nº 316.672.873-20, residente e domiciliado na R. Siqueira

S/N Cidade Quixerado, 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.

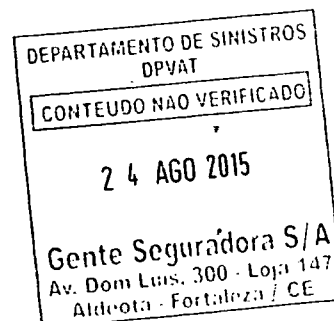
x F. Lauriston de Sá Lima

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Quixerado - CE 12/08/15

Local e data



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

BRDESCO020620160500000000002370159300000001914284375 PAGO

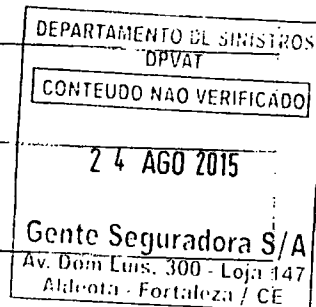
DATA	PROCEDIMENTO	RÚBRICA
	Tramã 1004 + 200ml SF - N Ciprux 2cc + 18cc SD N V. Stomus 70g 2m	M <sup>a</sup> Sidneide C. B. Téc. Enfermagem CORRENTE 64436
	 <p>Atestamos para os devidos fins a presente cópia reprográfica do original que foi apresentado em cartório pela interessada.</p> <p>03 JUL. 2015</p> <p>Em test. _____ da verdade.</p> <p>Cartório: JOAO BEZERRA Ruy Fco. Soares e Lima Tel. 412-0491-Q</p> <p>Validade assinatura indefinida</p> <p>Marieiba Vanuza Viana Silva - Titular Maria Lucio Lima Silva - Substituta Maria Aurineide de Almeida Costa - Esc. Autorizada</p>	<p>União Paranaense P.A. Filial CPF 02.324.104-00 CH. 00000000</p> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</p> <p>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</p> <p>24 AGO 2015</p> <p>Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis. 300 - Lda. 147 Curitiba - Fone/Fax: CE</p>

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Francisca Lailton de Sá Lima  
 RG nº 122500986, data de expedição   /  /   Órgão SEP/CE  
 CPF nº 316.672.873-20, venho perante a este instrumento declarar que não  
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em  
 nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>DT Iguiraras</u>
Número	<u>  </u>
Apto / Complemento	<u>S/N</u>
Bairro	<u>  </u>
Cidade	<u>DT Custódio</u>
Estado	<u>Guiracá</u>
CEP	<u>Ceará</u>
Telefone de Contato	<u>63.900-000</u> (88)3412-1978 (88)99943-8459 (88)3412-0863 (88)99918-3360
E-mail	<u>(88)99119-7239</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guiracá - CE 12/08/15

Assinatura do Declarante: x FCP Lailton de Sá Lima

6201755-1

6201755-1

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi instituída  
pelo Decreto nº 432, de 23 de abril de 2011.

374323507

24 28001 03 032000 - 4

04/02/2015

SONIA RAIMUNDA DE LIMA

DT IPUEIRAS 00000

DISTRITO CUSTODIO - QUIXADA - 63900000

7263800

0000 0000

04-RURAL MONOFASICO

0,00

143693873-68

Fez/2015 04/02/2015 05/03/2015

GUIXELA

Dez/2014

DIORI= 0,00 F

EIGD 3,75

ITEM	10,97	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00
	1,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00					

9,29

0,51

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

2 4 AGO 2015

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luis. 300 - Loja 147

Aracaju - Fortaleza / CE

26/03/2015

TOTAL PAGAR/RS 9,80

Descrição	Valor	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Tarifa	10,97										
Imposto	0,70										
Contribuição	0,00										
Tributos (ICMS e IPI)	0,00										
Total	11,67										

14,69 0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

## CONTAS EM ATRASO

PARA DE DEBITO JUNTOS:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimo legal até esta data, no valor de R\$ 14,69. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 10 dias corridos a partir da data de vencimento e não será.

## DEBITOS ANTERIORES

Mes Ano	Valor R\$
11/2014	14,69
12/2014	1,15

Bancos e Tarifas: VERMELHA

Último débito de R\$ 0,00 referente a PIS e COFINS.

Em 2015 entrou em vigor o sistema de concessões tarifárias. - parcelas de cada mês implicam cobrança adicional. As concessões amarela e vermelha, quando adotadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

6201755-1

04/02/2015

374323507

Referência: Fev/2015

9,80

0006201755 00007 39102 33

83800000000-9 09800031000-0 00062017550-8 00073910261-3







**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: \_\_\_\_\_

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável - Nº Registro: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: \_\_\_\_\_

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

sumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_

Proposta de conduta 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

CID: 24 AGO 2015

CID: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldéobila - Fortaleza / CE



## **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:

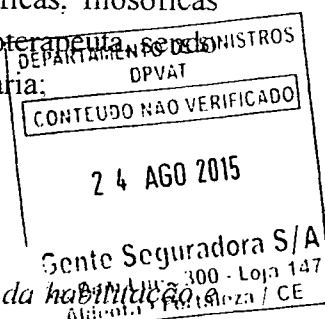
**VI – realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando 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, sendo 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 nº167, seção 1 em 01/09/2009, página 89) *Dispõe sobre a autonomia da habilitação e competência do Fisioterapeuta para desempenhar atividades de perícia, consistentes na*



*[Handwritten signature]*

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 São 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.

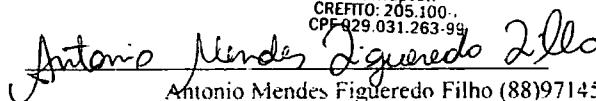
**Conclusão quanto a capacidade funcional – invalidez permanente total ou parcial:**

**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.

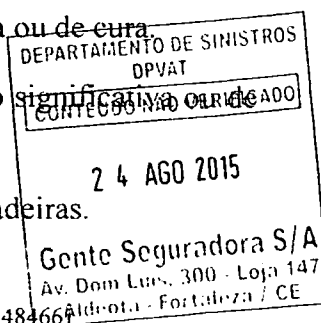
Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima, e que as postas acima são verdadeiras.

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

CREFITO: 502100-F

Fisioterapeuta

Quixadá, CE 30/07/2015





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

692409127

Nome: FRANCISCO LAERTON DE SA LIMA

DOCUMENTO / ORGANIZADOR: 122500986- SSP CE

CPF: 316.672.873-20 DATA NASCIMENTO: 22/01/1969

Função: GERALDO GOMES DE LIMA

LOURDES ALVES DE SA LIMA

RG: 02239743077 VALIDADE: 23/11/2017 1ª EMISSÃO: 21/11/1992

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CUIZADA, CE DATA EMISSÃO: 27/11/2012

ASSINATURA DO EMISOR: JOAO PIRO 01565808092 CP133243281

DETRAN - CE (CLARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

692409127

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 AGO 2015

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldéota - Fortaleza / CE



## DECLARAÇÃO

Eu Francisco Laurton de Sá Lima portador da  
carteira de identidade nº 122500986 e inscrito no CPF sob o nº  
346.672.873-20.

Residente e domiciliado na  
DT. Iguarapaba SN  
Cidade: Quipadá 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 aC 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 custas 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 Laurton de Sá Lima

Assinatura do Declarante

Quipadá - CE

12 / 08 / 15

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 AGO 2015

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Ataídeia - 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 médico pericial:** AO EXAME, REFERE LOMBOSSACRALGIA CRÔNICA PÓS-TRAUMÁTICA COM DORES IRRADIADAS PARA OS MEMBROS 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:**

