

REGINA CELIA RODRIGUES SILVEIRA ME  
RUA PRAÇA DA MATRIZ  
TERM.NET-ISO 000002288 DATA 15/06/2012  
CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

\*\*\*PROPOSTA DE ABERTURA DE CONTA \*\*\*

AG. RELAC.:00699 - S.GONCALO AMARANTE  
PACB :088 - MERCADINHO SILVEIRA

AGENCIA :00699-S.GONCALO AMARANTE  
CONTA :0000000530107-05  
NOME :RAIMUNDO,ROQUE DA SILVA  
DT ABERT. :15/06/2012  
MODALIDADE:00

TIPO PESSOA: FISICA  
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

NSU BANCO: 020583132601  
DATA : 15/06/2012  
HORA : 09:01:57

SUJEITO A CONFIRMACAO

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

NSU REDE: 088323 HORA REDE: 08:54:31

10/06/2012



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 106 - 9763 / 2012

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 19/09/2012 16:22:13

Data / Hora da Ocorrência : 17/12/2011 06:30:00

Endereço da Ocorrência: R LOCALIDADE DE FIRMA MACHADO  
NAO INFORMADO PENTECOSTE /CE

Ponto de Referência: PRÓX. A FABRICA DE GRAMAS

SEGURO DA PÚBLICA E DEFESA  
SEXTO DISTRITO POLICIAL  
SOCIAL - SDS - SEC

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

Nascimento : 08/02/1969

RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:

Filiação: JOÃO FERREIRA DE CASTRO  
MARIA DA SILVA CASTRO

Endereço: GLR NUCLEO H

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*



PENTECOSTE CE BRASIL

Telefone:

*Histórico*

Informa a vítima que na data, local e hora supracitada, trafegava na MOTOCICLETA, MARCA HONDA/CG 125 FAN, DE PLACA HXH-9711-CE/CAUCAIA, COR PRETA, ANO/MOD. 2007/2008, CHASSI 9C2JC30708R126152, de propriedade de: BENEDITA VERONICA MENDES DA SILVA, quando na subida de um alto, uma moto de PLACA e GUAIDOR não identificado colidiu com o mesmo; QUE a vítima foi socorrida para o Hospital Municipal de Pentecoste e em seguida transferida para o I.J.F CENTRO, onde permaneceu internada. E nada mais disse.///

Antônio Paulo da Silva  
Escrivão de Policia  
MAT. 97.122

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 97122-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Raimundo Roque da Silva Castro

VISTO DO DELEGADO(A) :

10 OUT 2012

## **DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA**

Eu, Raimundo Roque da Silva Castro,  
RG nº 2004002051650 e CPF nº 549.037.853-00, declaro  
que resido na Rua Gl R. nuelio M Bairro  
Zona Rural do município de Pentecosté, CEP nº  
62640-000.

Declaro também que não possuo comprovante de endereço e que a presente declaração atende a Circular DPVAT-SIN 043/2005 de 08 de Agosto de 2005.

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

\*1004040\*



Fones para contato: (85) 88174119 / (85) 88801234

Fortaleza/CE, 04, 10, 2012

1004040

Atenciosamente,

Raimundo Roque da Silva Castro

Assinatura do Declarante



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- 50F 08:06  
1. Preencher esta ficha em 3 vias.  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem.

## FICHA DE REFERÊNCIA

5AMU 1112.170369

CEP: 62.640-000

Município: PENTECOSTE

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Nome: *Raimundo Palmeira da Silva* Telefone:

Sexo: M  F  Data Nascimento: 08/02/ RG:

Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: Nicolo Al

Bairro:

Agente de Saúde: \_\_\_\_\_ RLP: \_\_\_\_\_ Nº Solicitado: \_\_\_\_\_

Histórico do Paciente: *paciente com infecção de maozinho, com febre, politraumatismo, com dor, estufor e com febre.*

Exames solicitados e resultados:

Medicamentos utilizados: 1) B6r F 51061-00-07-1018  
2) Vicorit 1000 Eu + 100 + 00.

Impressão Diagnóstica: *poliflorulose, com forte edema no píleo*

*10* Assinatura e Carimbo do Médico

*17/12/11* Data

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatório

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência:

Data: 1/1/11

Hora:

## FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário Nº:

Alta: 1/1/11

Resumo Clínico / Cirúrgico:

10/12/2012

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal

CID:

Secundário 1

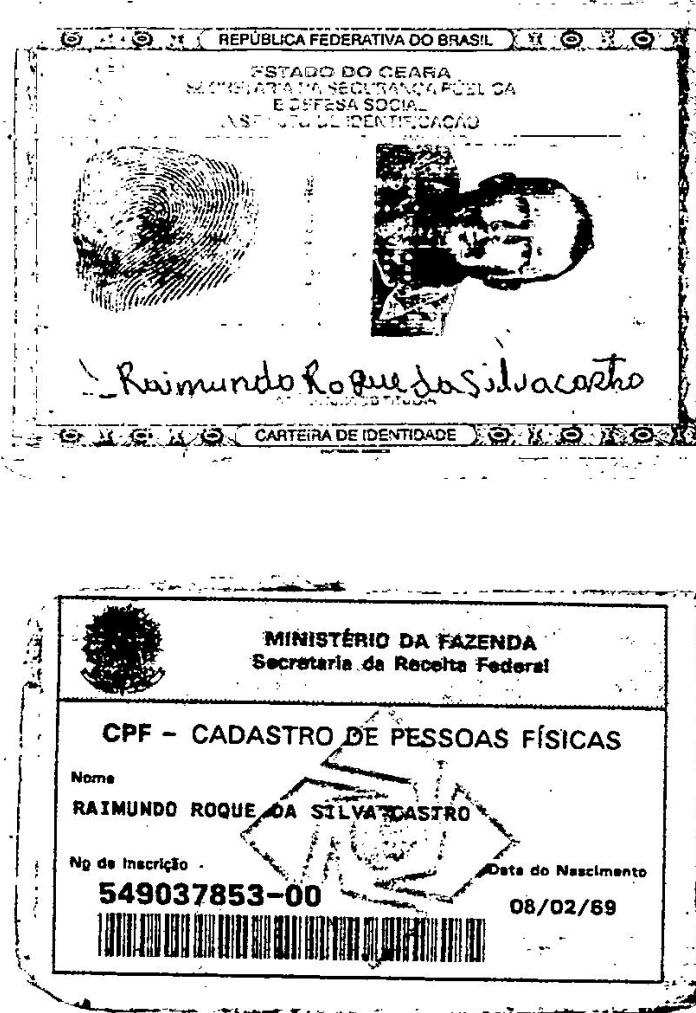
CID:

Secundário 2

CID:

Proposta de Conduta para seguimento:

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2004002051650 26/3/2004  
RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

JOAO FERREIRA DE CASTRO E MARIA  
DA SILVA CASTRO

SAO LUIS DO CURU-CE 8/2/1939  
CERT. NASC. 14514 L A 16 F  
29V MATIAS, PENTECOSTE CE  
54903785300 ID. GANT. 170340688

LEI Nº 7.116 DE 29/05/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO \*1004037\*

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura:  
+ Raimundo Roque da Silva Castro

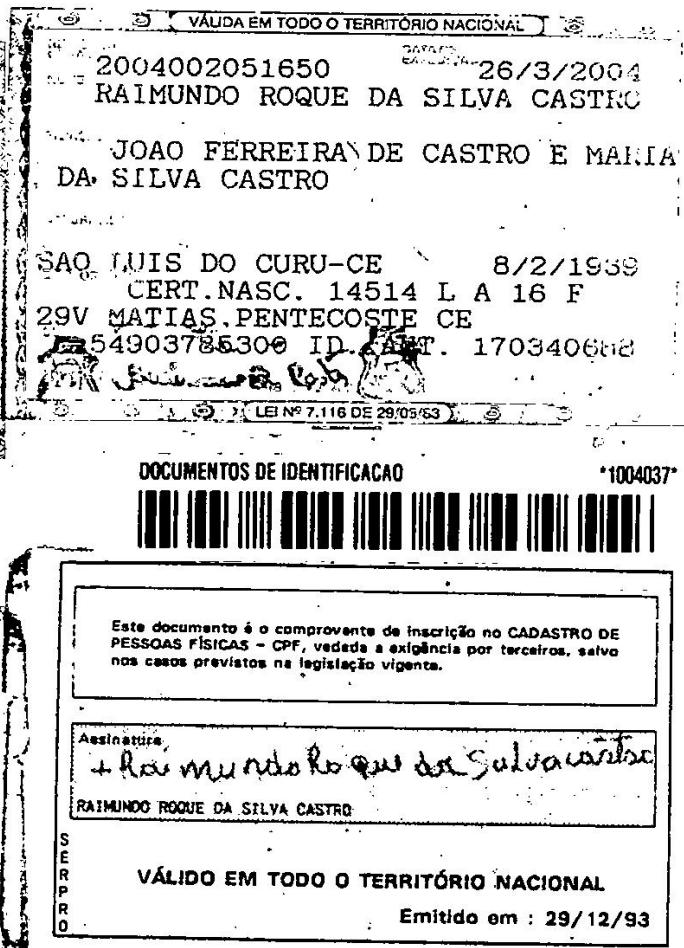
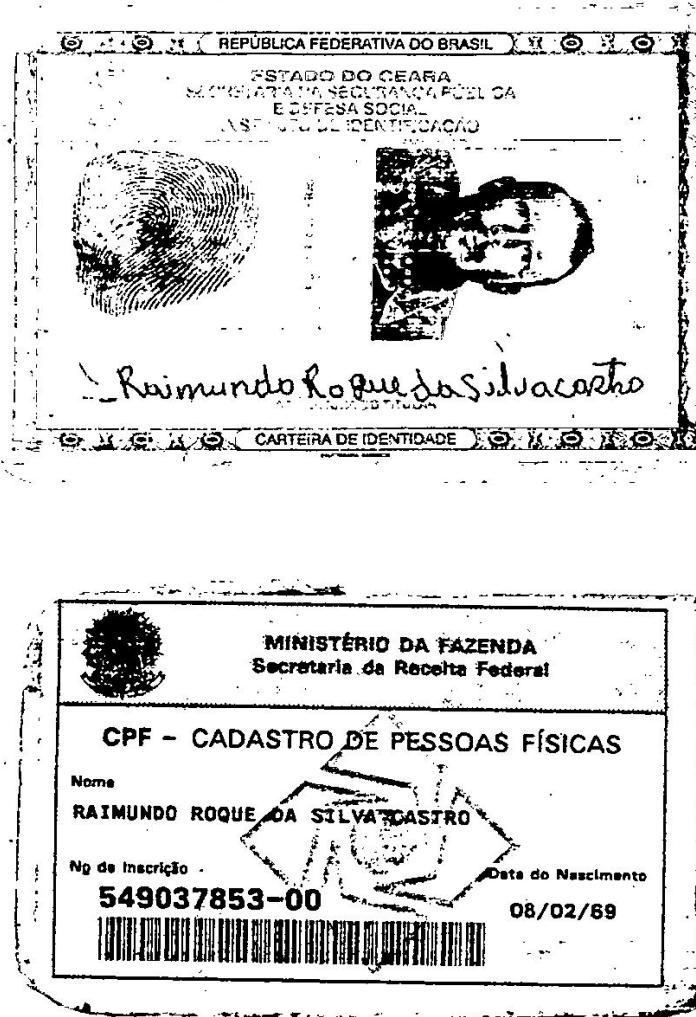
RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

S E R P R O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 29/12/93





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Raimundo Roque da Silva Castro portador da carteira de identidade nº 2004002051650 e inscrito no CPF/MF sob o nº 549.037.853-00, residente e domiciliado na GLR - nullio H, Cidade Zona Rural Anticola, Estado SC, 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 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.

OUTROS

1004054



Raimundo Roque da Silva Castro

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Fort. e 04.10.2012

Local e data

OUTROS

\*1004054\*



REVISAO DE PROCESSO

Eu, Raimundo Roque da Silva (esq. tru) portador do RG 2004002051650  
inscrito no CPF 549.037.853-00 com endereço na  
Rua/Trav. Rv. Colonos N.º 0 Setor N.º 81 Bairro Colonos  
Cidade de Lins do Rio Verde UF GO, venho através desta requerer aos senhores  
revisão do processo, a referida solicitação se faz pelo fato de não concordar com valor  
pago do processo, tendo em vista as gravidades das lesões por mim sofridas em  
consequência do acidente de trânsito.

Diante das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo  
e se necessário realização de uma nova perícia médica com médico  
auditor da seguradora para que o mesmo possa constatar real situação,  
pois é inaceitável o valor pago.

Fortaleza/18/04/2013.

Atenciosamente,

X Raimundo Roque da Silva (assunto)

25 ABR 2013

# **Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes**

---

## **Informações do Acidente**

Sinistro: 2012514581

Nome da Vítima: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

Local: PENTECOSTE - CE

Data do Acidente: 17/12/2011

## **Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador**

---

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(  )Sim (  )Não (  )Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

---

---

**Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito**

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E POSTERIORMENTE INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DE FÊMUR COM CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DA COXA E DO JOELHO ESQUERDO.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

---

---

b) Exames Complementares (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

---

---

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

---

---

Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

DOR CRÔNICA PÓS-TRAUMÁTICA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO + EDEMA RESIDUAL DO JOELHO + HIPOTROFIA MUSCULAR + MARCHA CLAUDICANTE COM USO DE MULETAS

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

Sim  Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

---

---

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

( x ) Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

**Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou inferiores de uma das mãos.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( x ) 50% Médio ( ) 75% Grave

**Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas**

### **Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor**

APESAR DE NÃO APRESENTAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS, O PERICIADO RELATA QUE SOFREU FRATURA DOS OSSOS DA Perna NO ACIDENTE E APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE ANTERIOR DA Perna E FACE ANTERIOR DO JOELHO

---

### **Identificação do médico responsável pela avaliação.**

#### **Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

Registro no CRM: 9050 CE

#### **Local e Data do Exame**

FORTALEZA, 16/05/2013

# Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

## Informações do Acidente

Sinistro: 2012514581

Nome da Vítima: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

Local: Rodovia Estadual no Município de Quixeré(CE)

Data do Acidente: 17/12/2011

## Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(  )Sim (  )Não (  )Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Colisão moto/carro em município de Fortaleza

**Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito**

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Comprova com ficha emergencia acidente com veículo motor - Colisão entre carro e moto em que pilotava levou a fratura de fêmur, Tíbia e pstele esquerdos.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fratura de fêmur, Tíbia e pstele direitos, tratados cirurgicamente(placas e parafusos), além de fratura de mandíbula sem sequelas aparentes.

Apresenta encurtamento não quantificado em relação ao membro saudável, além de hipotrofia muscular e limitação para flexo-extensão do tornozelo esquerdo e marcha insegura.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Exames Complementares (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

---

---

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

---

---

Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

Hipotrofia muscular e limitação para flexo-extensão do tornozelo esquerdo e marcha insegura.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

Sim  Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

---

---

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

**Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Médio ( x ) 75% Grave

**Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas**

**Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor**

---

---

**Identificação do médico responsável pela avaliação.**

---

**Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: ANTONIO GLAUBER TEÓFILO ROCHA

Registro no CRM: 6774 CEARÁ

**Local e Data do Exame**

Fortaleza, 31/10/2012

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: 13/11/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00699-8

CONTA: 00000530147-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO13112012050000000002370069900000530147253125 PAGO

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: 13/11/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00699-8

CONTA: 00000530147-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO13112012050000000002370069900000530147253125 PAGO

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: 22/05/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.220,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00699-8

CONTA: 00000530147-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO22052013050000000002370069900000530147222075 PAGO