

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04374-5

CONTA: 000010006154-0

Nr. da Autenticação D7F0D5EA33E6FE8F

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170652802

Cidade: Monsenhor Tabosa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Data do acidente: 25/08/2017

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia à direita e ferimento lacero contuso em pé direito.

Descrição do exame médico pericial: Periciado em bom estado geral. Marcha com claudicação importante à direita. Ao exame físico do membro inferior direito, apresenta encurtamento de 2 cm em relação ao membro contralateral presença de cicatrizes cirúrgicas em pé, devido à enxerto cutâneo e no terço médio da perna compatível com procedimento de osteossíntese. Apresenta redução da amplitude de movimento do membro inferior direito, com limitação aos movimentos de flexão de joelho em 70°, bem como bloqueio articular quase completo do tornozelo. Incapaz de realizar agachamento e apoio na ponta do pé ou sobre o calcâneo. Constatada atrofia muscular, com consequente redução de força em membro inferior (força em grau III). A repercussão das lesões acarreta prejuízo funcional ao membro inferior direito como um todo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda da lesão fratura exposta de tibia à direita e ferimento lacero contuso em pé direito, bem como restrição intensa da mobilidade do membro inferior direito, devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de osteossíntese metálica da fratura, enxertia de pele total no pé direito e posterior realização de sessões de fisioterapia. Após tratamento, na fase de estadiamento da lesão, apresentou melhora discreta. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior direito (grau médio) devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2017

Conduta mantida:

Observações: Periciado possui fratura antiga em ossos do membro inferior esquerdo, sem relação com o presente sinistro. Periciado apresenta documento de pronto atendimento com informação de fratura exposta em tibia direita e laceração em pé direito. Vítima já indenizada em sinistro anterior nº 2014946565. Data do acidente em 23/07/2014. Diagnosticado com fratura no tornozelo e pé esquerdo, sendo apurada perda funcional incompleta do membro inferior esquerdo em grau leve e perda funcional incompleta do pé esquerdo em grau leve.

Médico examinador: Francisco Ivo de Vasconcelos

CRM do médico: 3374

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Henrique Rodrigues Rosito".

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170652802**

Vitima: **FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**

Data do Acidente: **25/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO GOMES ARTUR**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170652802**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**

Sinistro: **3170652802**

Vítima: **FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**

Data do Acidente: **25/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO GOMES ARTUR**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170652802** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Carta nº 12169135

A/C: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170652802 ASL-0470770/17
Vitima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 25/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO GOMES ARTUR

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3170652802

Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO GOMES ARTUR

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170652802** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Carta n°: 12551993

A/C: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170652802
Vitima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA
Data do Acidente: 25/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILLO GOMES ARTUR

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 ANTONIO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000004374-5

Conta: 000010006154-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL
3370/652802

CPF da Vítima

Nome completo da vítima FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO ANTONIO DA SILVA	CPF titular da conta 388.489.703-97	Profissão AGRICULTOR.
Endereço FAZENDA BARGADO	Número 5146	Complemento DT. LIVRAMONTO
Bairro ZONA RURAL	Cidade MONSENTOR TABOSA	Estado CEARÁ
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	D/V
<input type="text" value="4374"/>		<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6154"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome		NRO.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Centrais - Co. 02 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Local e Data

PF. x Danilo Gomes Artur

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0227200 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

388.489.703-97

Nome completo da vítima

Francisco Antônio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Francisco Antônio da Silva

CPF titular da conta

388.489.703-97

i Profissão

Agricultor

Endereço

213 - Barroca

Número

31he

Complemento

Bairro

Kaiuaramento

Cidade

Monsenhor Tabosa

Estado

CE

CEP

63.780-000

Email

franciscolebreira21@hotmail.com

Telefone (DDD)

88.9.9690-3249

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Semente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

Nº

001

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DV

DV

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DV

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Monsenhor Tabosa, 23 de Novembro de 2017.

Loral e Data



Francisco Antônio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



JULIO CEZAR
Tel.: (88) 3692.3794
Tel.: (88) 9488.0286
juliocezar3577@uol.com.br



ANTONYA DERANY NOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE N° 34.813
ADVOGACIA TRABALHISTA, CIVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

*Endereço Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 970, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep: 63.700-000 - Tel.: (Piauí) (88) 3692-3794 - E-mail: deranyasantos@hotmail.com*

DECLARAÇÃO

Declarante:	Nacionalidade: Brasileira	
Residência:	Profissão:	
CPF nº:	RG nº:	Estado Civil:
Bairro:	Cidade:	Estado/UF:
CEP:	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consôante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

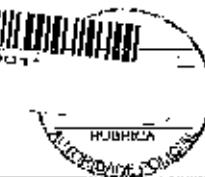
Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

_____. Cé, _____. de _____. de _____.

DECLARANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 799 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO

Data / Hora da Comunicação: 09/11/2017 08:30:46

Data / Hora da Ocorrência: 25/08/2017 14:00:00

Endereço da Ocorrência: BOA VIAGEM

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL Município: MONSENHOR TABOSA/CE

Ponta de Referência: 48KMS DE MT

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Nascimento: 15/09/1953 CPF:

RG: 1105424 Orgão Emissor: SSP

UF:

Filiação: LUIZA ROZENO DA SILVA

ANTONIO BATISTA DA SILVA

Endereço: RUA ASSENTAMENTO BARGADO S/N

Bairro: ZONA RURAL

Município: MONSENHOR TABOSA/CE

País: BRASIL

CEP:

Telefone: (88) 9446-0594

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSQ0432 UF: CE Município: BOA VIAGEM Chassi:

9C2KD0540DR138425 Renavam: 541112236 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD Ano

Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA/ALCOOL

Cor: PRETA Proprietário: RENAN PINTO DA SILVA Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa o declarante que estava na garupa da moto acima cadastrada sendo conduzida pela pessoa de RENAN PINTO DA SILVA; QUE estavam em uma estrada carroçal com o chão cheio de pequenos declives e quando foi na curva que o condutor reduziu a velocidade o veículo derrapou, perdendo o controle e vindo a cair; QUE a moto caiu por cima do declarante; QUE Renan ajudou a retirar o veículo de cima do declarante; QUE próximo ao local tem a Escola Florestano Fernandes onde trabalha a pessoa de ERIVALDO VERAS AQUILINO, que deu assistência à vítima, levando-a de carro para o hospital de Monsenhor Tabosa, sendo depois transferido para o hospital de Crateús; QUE estão sendo auxiliados pelo intermediário DANILLO, de Crateús; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

LOUISE VASCONCELOS SERRA - MAT.: 30104213

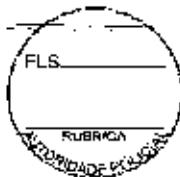
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VANESSA HILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS - MAT.: 30104218

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Pág. 1 de 1
Impresso em: 06/11/2017 08:20:33

RECEBIDO



TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA RENAN PINTO DA SILVA

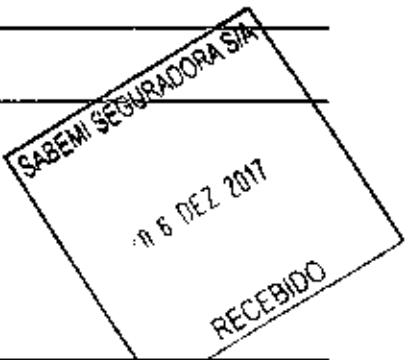
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 799 / 2017

Aos 9 dia(s) do mês de Novembro de 2017, nesta cidade de Tamboril, Estado do Ceará, onde pela(s) 08:45 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a), **VANESSA HILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS**, Delegado(a), comigo **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinada, aí compareceu em Cartório **RENAN PINTO DA SILVA**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), superior incompleto, filho(a) de **FRANCISCO ANTONIO DA SILVA** e **LUCIA PINTO DA SILVA**, nascido(a) em 05/12/1996, CPF: 071.026.243-44, RG: 20085389824, residente à Vila Boa Viagem, Zona Rural - Monsenhor Tabosa/CE. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, é filho da vítima e condutor da moto envolvida no acidente; QUE estava por volta de 40 a 60km/h na estrada carroçal a caminho de Bargado, zona rural de Monsenhor Tabosa quando reduziu a velocidade do veículo para fazer a curva o veículo derrapou e caíram; QUE a moto caiu por cima da vítima e o declarante ajudou a retirar; QUE foi até a Escola próxima ao local pedir ajuda e apareceu Erivaldo, que levou a vítima de carro para o hospital de Monsenhor Tabosa; QUE não foi para o hospital. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : Renan Pinto da Silva

DEPOENTE : X Renan Pinto da Silva

ESCRIVÃ(O) : Jorge





TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA ERIVALDO VERAS AQUILINO

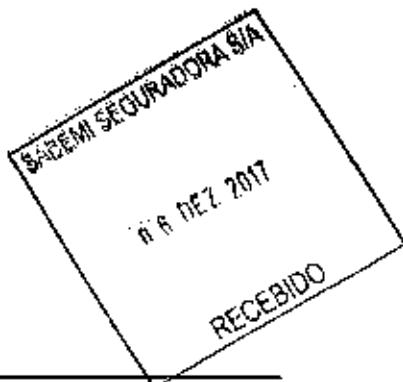
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 799 / 2017

Aos 9 dia(s) do mês de Novembro de 2017, nesta cidade de Tamboril, Estado do Ceará, onde pela(s) 08:52 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a), **VANESSA HILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS**, Delegado(a), comigo **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivâ(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **ERIVALDO VERAS AQUILINO**, nacionalidade Brasil, casado(a), 2o. grau completo, filho(a) de **ALUISIO VERAS DE OLIVEIRA** e **MARIA MADALENA DE OLIVEIRA**, nascido(a) em 23/06/1951, CPF: 877.999.523-34, RG: 2006014133091, residente à Vila Bargado, Zona Rural - Monsenhor Tabosa/CE. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido (a) pela Autoridade, DISSE: QUE, trabalha como transporte escolar na Escola Florestano Fernandes e vizinho da vítima; QUE Renan apareceu na escola informando do acidente e o declarante se prontificou a levar a vítima no seu carro D20 para o hospital de Monsenhor Tabosa. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivâ(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : Vanessa Felicio

DEPOENTE : Erivaldo Veras Aquilino

ESCRIVÂ(O) : L.S.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170652802

Cidade: Monsenhor Tabosa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Data do acidente: 25/08/2017

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia à direita e ferimento lacero contuso em pé direito.

Descrição do exame médico pericial: Periciado em bom estado geral. Marcha com claudicação importante à direita. Ao exame físico do membro inferior direito, apresenta encurtamento de 2 cm em relação ao membro contralateral presença de cicatrizes cirúrgicas em pé, devido à enxerto cutâneo e no terço médio da perna compatível com procedimento de osteossíntese. Apresenta redução da amplitude de movimento do membro inferior direito, com limitação aos movimentos de flexão de joelho em 70°, bem como bloqueio articular quase completo do tornozelo. Incapaz de realizar agachamento e apoio na ponta do pé ou sobre o calcâneo. Constatada atrofia muscular, com consequente redução de força em membro inferior (força em grau III). A repercussão das lesões acarreta prejuízo funcional ao membro inferior direito como um todo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda da lesão fratura exposta de tibia à direita e ferimento lacero contuso em pé direito, bem como restrição intensa da mobilidade do membro inferior direito, devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de osteossíntese metálica da fratura, enxertia de pele total no pé direito e posterior realização de sessões de fisioterapia. Após tratamento, na fase de estadiamento da lesão, apresentou melhora discreta. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior direito (grau médio) devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2017

Conduta mantida:

Observações: Periciado possui fratura antiga em ossos do membro inferior esquerdo, sem relação com o presente sinistro. Periciado apresenta documento de pronto atendimento com informação de fratura exposta em tibia direita e laceração em pé direito. Vítima já indenizada em sinistro anterior nº 2014946565. Data do acidente em 23/07/2014. Diagnosticado com fratura no tornozelo e pé esquerdo, sendo apurada perda funcional incompleta do membro inferior esquerdo em grau leve e perda funcional incompleta do pé esquerdo em grau leve.

Médico examinador: Francisco Ivo de Vasconcelos

CRM do médico: 3374

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Henrique Rodrigues Rosito".