

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012656266**Cidade:** Itaitinga**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO CARMIALINO  
SAMPAIO SILVA**Data do acidente:** 15/07/2011**Emissor do parecer:** Camila  
Monteiro  
dos  
Santos**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional  
Informações e Serviços**CRM do médico:** 6302

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA ATROFIA DE QUADRÍCEPS FEMORAL DIREITO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, DEFICIT NA DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA COXA DIREITA**Resultados terapêuticos:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS.**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 20/03/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

%	Dimensão	Graduação
70	1	25

**Valor avaliado:** 2.362,50

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2012656266**  
Vítima: **FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA**  
Local: **CE-ITAINGA**  
Data do Acidente: **7/15/2011**

### Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

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 DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**APRESENTA ATROFIA DE QUADRÍCEPS FEMORAL DIREITO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, DEFICIT NA DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ CIRURGICA NA COXA DIREITA.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa 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:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

**Segmento Anatômico**

1ª Lesão

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302**  
**Médico Revisor: ALVARO HENRIQUE GOYANNA CRM: 5295990-1**



**Dr. Alvaro H. Goyanna**  
**Médico**  
**CRM-RJ 52.95990-1**

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2012656266**  
Vítima: **FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA**  
Local: **CE-ITAINGA**  
Data do Acidente: **7/15/2011**

### Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

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 DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**APRESENTA ATROFIA DE QUADRÍCEPS FEMORAL DIREITO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, DEFICIT NA DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ CIRURGICA NA COXA DIREITA.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa 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:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

**Segmento Anatômico**

1ª Lesão

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302**  
**Médico Revisor: ALVARO HENRIQUE GOYANNA CRM: 5295990-1**



**Dr. Alvaro H. Goyanna**  
**Médico**  
**CRM-RJ 52.95990-1**

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**

# 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: 22/03/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03880-6

CONTA: 000010014395-4

---

Nr. da Autenticação 226FF49803E42318

**PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS**

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres

Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225

e-mail [psa@fortalnet.com.br](mailto:psa@fortalnet.com.br) - C.G.C 07.272.297/0001-93**DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR**

Atesto e declaro que FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA, deu entrada neste Hospital no dia 15/07/11, Prontuário N.º 143.903, aos cuidados médicos do DR CLÁUDIO FERNANDES EUFRASIO, paciente internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 20/07/11. Paciente encontra-se em alta médica definitiva.

Fortaleza, 4 de janeiro de 2012.

**SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA****JEFSON ROCHA**  
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO  
DR. CLAUDIO EUFRASIO  
ORTOPEDIA-ORINATOLOGIA  
CRM: 8078  
PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS  
UNidade 1 - Rua da Cruz  
Fortaleza - CE  
Cidade SAM-E  
SEGUROS  
20 DEZ 2012

**PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS**

Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres

Fortaleza-Ce Tel. 3244 - 2144 Fax 3224-7225

e-mail psahosp@veloxmail.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

**Registro de Atendimento Médico Hospitalar**

Atesto e declaro que FRANCISCO CARMELINO SAMPAIO SILVA, deu entrada neste Hospital dia 15/07/11, Prontuário N.º 143.903 aos cuidados médico de DR. CLAUDIO JOSÉ FERNANDES EUFRASIO. Paciente internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico recebeu alta hospitalar dia 20/07/11, retornou dia 02/09/11 submetido a tratamento cirúrgico de fratura do fêmur direito CID S 72.3, recebeu alta hospitalar dia 08/09/11. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

Fortaleza, 28 de janeiro de 2013

**SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA**

JEFSON ROCHA  
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Valeiro Pinheiro  
Ortopedia Traumatologia  
07/06/193





DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

# CPF

**029.774.763-00**

MARIA LIDIA BATISTA CHAVES

28/03/1965



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR  
**MARIA LIDIA BATISTA CHAVES**

DATA DE NASCIMENTO  
**28/03/1965**

MUNICÍPIO / UF  
**ITAINGUA/CE**

2012 ELEITORAL

POLEGAR DIREITO

*Maria Lidia Batista Chaves*

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA E JUSTIÇA ELEITORAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

**MARIA LIDIA BATISTA CHAVES**

Antônio Alvaro Chaves

Maria Batista Chaves

Partido: OLIV. VERDE

Part. Nascim. 28/03/1965

Itainguá - CE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Maria Lidia Batista Chaves*

Fortaleza, 11 de Dezembro de 2012

REGDATA

OUTROS

\*1004054\*



Acc. Analista

Referente: Sinistro 2012/143331- FRANCISCO CARMIALINO  
SAMPAIO SILVA

Prezado Analista,

Venho por meio deste informar que não possuo a documentação que estão exigindo para dar continuidade ao meu processo DPVAT. O único prontuário médico que o hospital possui do meu atendimento é o que já lhes enviei, mas que o envio novamente em anexo. Por conta da falta deste documento, para que o meu seguro não seja prejudicado, solicito agendamento de uma perícia com o médico do DPVAT para que possam avaliar a real situação em que me encontro hoje.

Sem mais, aguardo resposta.



maria lúcia BATISTA STACHAVES

x





**CARTÓRIO ITAITINGA**  
**1º E 2º OFÍCIOS DA CIDADE DE ITAITINGA – ESTADO DO CEARÁ**  
**OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS**

Av. Cel. Virgílio Távora, nº 267, Sala 11  
Fone (85) 3377-1333 Itaitinga - Ceará  
CEP 61.880-000

**ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA**  
Titular

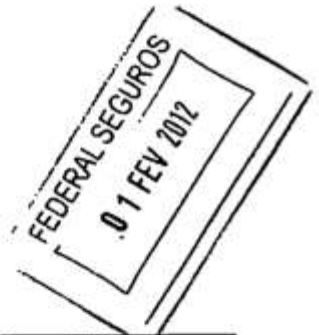


**Livro: 024**

**Folhas: 064**

**Ato: 1655**

**PROCURAÇÃO PÚBLICA**, na forma abaixo:

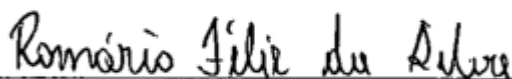


**SAIBAM** quantos este público instrumento de procuração virem, que aos vinte (20) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e doze (2012), nesta cidade de Itaitinga, Estado do Ceará, neste Cartório, sito na Av. Cel. Virgílio Távora, nº 267, Sala 11, Bairro Centro, compareceu (ram) como **OUTORGANTE(S): FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, portador da cédula de identidade nº 92002020337 SSP-CE, inscrito no CPF/MF sob o nº 582.026.333-20, residente e domiciliado à Rua Marinheiro Helder de Oliveira, nº 234, Bairro Parque Genezaré, em Itaitinga-CE, o (s) presentes reconhecido (s) pelos documentos apresentados, como o (s) próprio (s) de que trato, de cujas identidade (s) e capacidades jurídicas dou fé. E, pelo (a) outorgante, me foi dito que por este público instrumento de procuração e nos melhores termos de direito, nomeia (m) e constitui (em) seu/sua bastante procurador (a), ora adiante dito simplesmente **OUTORGADO(A): MARIA LÍDIA BATISTA CHAVES**, brasileira, solteira, maior, do lar, portadora da cédula de identidade nº 1303984-87 SSP-CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 029.774.763-00, residente e domiciliada à Rua Marinheiro Helder de Oliveira, nº 234, Bairro Parque Genezaré, em Itaitinga-CE, a quem confere, os seguintes **PODERES:** para requerer o seguro DPVAT do(a) outorgante, podendo para tanto, juntar, apresentar, retirar e assinar todos os documentos necessários, dar e receber quitação, apresentar provas e justificações, fazer e assinar requerimentos e petições, assinar termos de responsabilidade, pedir e prestar declarações necessárias, cumprir as exigências legais, promover, praticar, requerer e assinar tudo mais que se fizer necessário ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer. FEITA CONFORME MINUTA APRESENTADA. As

**CARTÓRIO ITAITINGA**  
Romário Felix da Silva  
Escriturário

testemunhas instrumentárias foram dispensadas de acordo com o artigo 215, § 5º do Novo Código Civil Brasileiro, com a redação dada pela Lei nº 6952/81. Assim o disse (ram), dou fé, me pediu (ram) e eu lhe (s) lavrei o presente instrumento, o qual feito, lhes sendo lido em voz alta e clara, foi em tudo achada conforme outorgou (ram), aceitou (ram) e assina (m). A rogo do (a) outorgante (já qualificado), em virtude do mesmo não ser alfabetizado, ficando no final desta a impressão dactiloscópica de seu polegar direito, como prova de seu consentimento, assina, Lidia Sales de Queiroz, brasileira, solteira, maior, do lar, portadora da cédula de identidade nº 2003030039601 SSP-CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 746.983.383-87, residente e domiciliada à Rua Marinheiro Helder de Oliveira, s/n, Bairro Parque Genezaré, em Itaitinga-CE. Eu, (ass) Romário Félix da Silva, Escrevente Autorizado, digitei. Eu, (ass) Antonio Francisco de Souza, Tabelião, subscrevo e assino em público e raso de que uso. (digital) FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA; (A rogo) Lidia Sales de Queiroz. Está conforme o original. Dou fé. Trasladata hoje, Itaitinga-CE, 20 de janeiro de 2012.

Em testemunho  da verdade



**Romário Félix da Silva**  
Escrevente Autorizado

CARTÓRIO ITAITINGA  
Romário Félix da Silva  
Escrevente



EMOLUMENTOS R\$ 20,03 + FERMOJU R\$ 2,52 + SELO R\$ 3,25  
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE - Nº DO SELO AB 811.345

FEDERAL SEGUROS

01 FEV 2012

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

Obs. 1: Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco Carmualino Sampaio Silva PORTADOR (A) DO  
RG Nº 92.002020337 EXPEDIDO POR SSP-CE EM (DATA) 11/01/2008 E  
CPF 582.026.333-20 PROFISSÃO Ferreiro E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA  
QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO  
OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Carmualino Sampaio Silva,  
AUTORIZO A SEGURADORA \_\_\_\_\_ A EFETUAR O  
RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Obs. 2: Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

## ( ) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/C \_\_\_\_\_

## ( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASILNº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 3880-6 C/P \_\_\_\_\_14.395 - 2

## ( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

## ( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

REGDATA

27 MAR 2012

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.  
UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA  
DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Staitungo - u 27/03/2012

LOCAL / DATA

maria lidia BATISTA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A)

CHALVES**Atenção**

- o Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/740 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Susep).

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
27/03/2012 - Autoatendimento - 15:19:48  
OUVIDORIA BB 0800 729 5678

346970690

0452

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

=====

FAVORECIDO	
CLIENTE	FRANCISCO C S SILVA
AGENCIA: 3880-6	CONTA: 14.395-2
VARIACAO	1
VALOR TOTAL *	2,00
NR. ENVELOPE	2.659.988.063

\* Valor sujeito a conferencia.

=====

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATE A OPERACAO  
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

Conta Poupança  
Ag: 3880-6  
Conta: 14.395-2

REGDATA  
27 MAR 2012



GOVERNO DO EST/  
SECRETARIA DA SI  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA

BOLETIM DE OCORRENCIA  
1004026



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 208 - 64 / 2012**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **18/01/2012 10:20:54**

Data / Hora da Ocorrência : **15/07/2011 10:20:54**

Endereço da Ocorrência: **R MARINHEIRO HELDER DE OLIVEIRA  
PARQUE GENEZARÉ ITAITINGA /CE**

Ponto de Referência: **PROX AO CAMPINHO DO MARINHEIRO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA**

Nascimento : **28/08/1964**

RG: **92002020337** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **58202633320**

Filiação: **ANDREI LINO SAMPAIO LIMA**

**MARIA DO CARMO DA SILVA**

Endereço: **R MARINHEIRO HELDER DE OLIVEIRA 234**

**PARQUE GENEZARÉ**

**ITAITINGA CE BRASIL**

Telefone: **87547552**

**Histórico**

Comunica a vítima QUE, na data acima citada estava caminhando na rua sentido Campinho do marinho à sua residência de dados acima mencionados, quando de repente um veículo de mesmo sentido, colidiu na vítima, QUE, o veículo causador do acidente não foi identificado, como também os dados do veículo, pois o condutor do mesmo, evadiu-se do local, não socorrendo a vítima, QUE, o mesmo suspeita que o condutor estivesse embriagado, pois não estava em "linha reta", QUE, a vítima foi socorrida pela população, que deu entrada no Hospital Pronto Socorro de Acidentados no dia 15/07/2011, aos cuidados do médico Dr Cláudio Fernandes Eufrazio, foi internado com laudo médico de Fratura Do Fêmur Direito CID S 72.3, submetido a tratamento cirúrgico, e recebeu alta hospitalar dia 20/07/2011. E, nada mais disse!!!!

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: **029763-1-5**

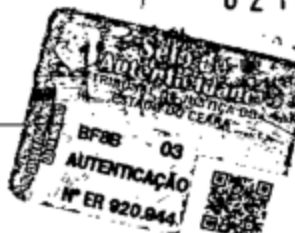
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_



CONFIRMAÇÃO: \_\_\_\_\_  
conferido com o original que foi  
apresentado para FA  
Preenchimento: \_\_\_\_\_

**02 FEV. 2012**





CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**

*Secretaria da Segurança Pública  
e Defesa Social*

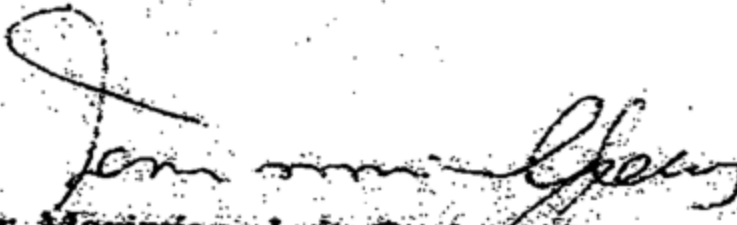
**Percícia Forense do Estado do Ceará**

Ofício nº. 547/2008-PEFOCE/SSPDS.

Fortaleza, 20 de outubro de 2008

Em resposta a solicitação contida em requerimento datado de 09/10/2008, informamos que no Estado do Ceará existe Instituto Médico Legal nos municípios de Juazeiro do Norte, Quixeramobim, Sobral, Canindé e Fortaleza.

Atenciosamente,

  
**Dr. Maximiliano Leite Barbosa Chaves**  
Chefe-Geral da PEFOCE

