

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10279373

A/C: REAN FERNANDES SALES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170004015 ASL-1208851/16

Vitima: REAN FERNANDES SALES

Data Acidente: 23/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOKARLA DIOGO LEITAO

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 a 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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10285744

A/C: REAN FERNANDES SALES

Sinistro: 3170004015 ASL-1208851/16  
Vítima: REAN FERNANDES SALES  
Data Acidente: 23/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOKARLA DIOGO LEITAO

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, 19 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10378990

A/C: REAN FERNANDES SALES

Sinistro: 3170004015 ASL-1208851/16  
Vítima: REAN FERNANDES SALES  
Data Acidente: 23/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOKARLA DIOGO LEITAO

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: REAN FERNANDES SALES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000237-2

Conta: 0000031528-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eu, Ruan Fernandes Sales

PORTADORIA DO RG Nº 20072838765 EXPEDIDO POR

SSP-CE

EM 23/04/15 E

CPF 05213771378 (CNPI)

PROFISSÃO Estudante

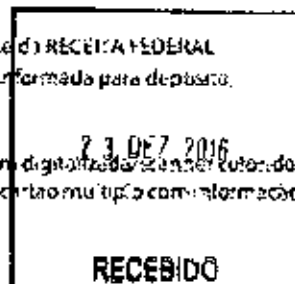
E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 0,00 POR QUALIDADE DE BENEFICÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA Ruan Fernandes Sales AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Art. 1º A Circular Sincopri nº 45/2012, que trata da prevenção à fraude, determina que todas as seguradoras devem garantir a consistência e a integridade dos dados pessoais dos segurados e beneficiários. Para isso, é necessário que os segurados e beneficiários forneçam informações corretas e atualizadas sobre sua situação pessoal.

Para evitar repetição de pagamentos, é importante lembrar que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário do Funcional;
- Conta empresarial - nos documentos apareçam termos tais como CNPJ ou ME, MEI ou empresa ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 013 da CEF (Cassa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF - aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, ativa ou em proposta de abertura, deve-se a apresentação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no S-DIPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada e/ou fotocopiada, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

02372 da CONTA (com dígito, se existir) 34528-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

Oratus 23 de setembro de 2016  
LOCAL E DATA

Ruan Fernandes Sales  
ASS. NATURAL DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seg. do DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (até o que será pago de acordo com a legislação vigente) e indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia de acordo com a idade das pessoas e do estado civil);
- tabela de seguro previsto no Art. 1º da Lei nº 2.947, de 1960, e seu anexo de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para conhecer o detalhamento das regras de indenização, consulte [www.OrdemSeguradora.org.br](http://www.OrdemSeguradora.org.br) ou Ligue para o SAC DPVAT (0800 221176).



## Extrato de Conta Corrente

Cliente: REAN FERNANDES SALES

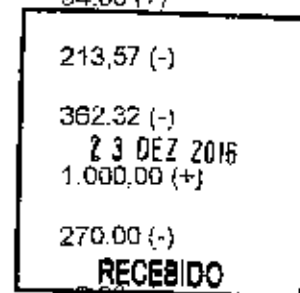
Agência: 237-2 Conta: 31528-1

## Lançamentos

Dia	Histórico	Valor
31/08/2016	Saldo Anterior	64,97 (-)
01/09/2016	Cobrança de I.O.F.	0,41 (-)
02/09/2016	Telefone Pre-Pago 88992845773-Claro NE	15,00 (-)
05/09/2016	Pago cartão crédito	572,27 (-)
05/09/2016	Tarifa Pacote de Serviços Tarifa referente a 05/09/2016	4,55 (-)
06/09/2016	Transferência on line 06/09 0237 6733-4 CLAYO CHRYSTIA	200,00 (+)
06/09/2016	TED-Crédito em Conta 341 0421 16495196806 ROGERIO GOUVEI	100,00 (+)
08/09/2016	Transferência on line 07/09 0237 38533 9 FABRICIO ALEXA	55,00 (-)
09/09/2016	Transferência on line 09/09 0237 28523-4 MARCELO AMORIM	300,00 (+)
09/09/2016	Pagamento de Título CAIXA ECONOMICA FEDERAL	83,00 (-)
12/09/2016	Transferência on line 12/09 0870 9206-1 ALBINO SALUSTR	220,00 (+)
12/09/2016	Cobrança de Juros	11,25 (-)
13/09/2016	Saque no TAA 13/09 21:15 SAA-CRATEUS	60,00 (-)
15/09/2016	Pagamento ref Pagseguro PAGSEGURO INTERNET LTDA.	94,00 (+)
15/09/2016	Pagamento de Título BANCO BRADESCO S.A.	213,57 (-)
15/09/2016	Pagamento de Título BANCO BRADESCO S.A.	362,32 (-)
16/09/2016	Deposito Online	1.000,00 (+)
19/09/2016	Saque no TAA 18/09 21:05 SAA-CRATEUS	270,00 (-)
19/09/2016	Telefone Pre-Pago 88992792538-Claro NE	15,00 (-)
20/09/2016	Depósito Online	80,00 (+)
20/09/2016	Saque no TAA 20/09 21:11 SAA-CRATEUS	200,00 (-)
20/09/2016	Pagamento de Título BANCO ITAU S.A.	575,00 (-)
23/09/2016	Saque no TAA 23/09 12:11 SAA-CRATEUS	200,00 (-)
25/09/2016	Saque no TAA 26/09 19:56 SAA-CRATEUS	100,00 (-)
26/09/2016	Tarifa SMS - Mês Anterior Tarifa referente a 12/09/2016	5,00 (-)
29/09/2016	Transferência on line 29/09 0237 36855-3 VALE AGENCIA D	100,00 (+)
30/09/2016	S A L D O	713,34 (-)

## Informações Adicionais

Limite Cheque Ouro	1.000,00 (+)
Saldo Disponível	286,66 (+)
Juros	29,74
Data de Debito de Juros	19/10/2016





Extrato de Conta Corrente

Cliente: REAN FERNANDES SALES

Agência: 237-2 Conta: 31528-1

Informações Adicionais

IOF	8,38
Data de Débito de IOF	03/10/2016
CREDITO BB-MELHOR OFERTA*	3.122,00 (+)
Dias de Uso Ch. Especial	13
Taxa Cheque Especial ao Mês	12,02%
Taxa Cheque Especial ao Ano	290,43%
Tributos (IOF) Diário	0,0082%
Tributos (IOF) Adicional	0,38%
Custo Efetivo Total ao Mês	12,65%
Custo Efetivo Total ao Ano	325,60%
Data Venc. Ch. Especial	31/05/2017

Informações Complementares - CET (\*)

Valor Total Devido	1.006,26	-
Valor Liberado	1.000,00	99,38%
Despesas-(IOF)	6,26	0,62%

(\*) Simulação para utilização única e integral do limite por 30 dias.

Total Aplicações Financeiras 0,00

\* Saldos por dia Base

Sujeitos a confirmação no momento da contratação

23 DEZ 2016

RECEBIDO

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Rean Fernandes Sales  
Endereço do(a) Examinado(a): R Siqueira Campos, 750  
S Vicente Crateus CE CEP: 63700-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20072838765  
Data local do exame: [ 10/01/2017 ] Crateús [ 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)

**FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO E DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO**

- 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?

( X ) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- 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?

( X ) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

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

**VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NA PERNA. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO E DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO**

Data da alta: JAN/2016

**FEITO FIXAÇÃO COM HASTE INTRAMEDULAR DA TÍBIA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A FISIOTERAPIA (60SS). EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO E DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO**

**Complicações: AUSENTE**

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

( X ) 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.

**LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO E DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior - Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
MÉDICO - CREMEC 9050



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS  
GUARDA CIVIL MUNICIPAL  
DEPT - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

BOLETIM DE  
DE TRÂNSITO

01 - NÚMERO



03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA <b>ADIAS VERAS C/C ZACARIAS CARLOS DE MELO</b>		04 - MUNICÍPIO <b>CRATEÚS</b>		05 - UF <b>CE</b>	
06 - PRÓXIMO, CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC. <b>CRUZAMENTO</b>		07 - HORA DA OCORRÊNCIA <b>16:22</b>	08 - ZONA RURAL URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBANA	09 - DATA <b>12/30/2016</b>	10 - DIA DA SEMANA <b>QUINTA</b>
11 - CLASSIFICAÇÃO SEM VÍTIMA <input type="checkbox"/> 1 COM VÍTIMA <input checked="" type="checkbox"/> 3		13 - NATUREZA DO ACIDENTE ABALROAMENTO <input type="checkbox"/> 1 ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 1 COLISÃO <input checked="" type="checkbox"/> 3 TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> 5 CHOQUE COM OBJETO FIXO <input type="checkbox"/> 7 OUTRA (Especificar) <input type="checkbox"/> 9		14 - TIPO DE PAVIMENTO ASFALTO <input type="checkbox"/> 1 CONCRETO <input type="checkbox"/> 3 PARALELEPÍPEDO <input checked="" type="checkbox"/> 5 CASCALHO <input type="checkbox"/> 7 TERRA <input type="checkbox"/> 9 AREIA <input type="checkbox"/> 2	
12 - Nº DE VÍTIMAS MORTOS <input type="checkbox"/> 1 FERIDOS <input checked="" type="checkbox"/> 1		15 - CONDIÇÕES DA VIA SECA <input checked="" type="checkbox"/> 1 MOLHADA <input type="checkbox"/> 3 OLEOSA <input type="checkbox"/> 5 ENLAMEADA <input type="checkbox"/> 7 DANIFICADA <input type="checkbox"/> 9 EM OBRAS <input type="checkbox"/> 2		16 - CONDIÇÕES DA VIA BOM <input checked="" type="checkbox"/> 1 CHUVA <input type="checkbox"/> 3 NEBLINA <input type="checkbox"/> 5 GAROA <input type="checkbox"/> 7	
17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade) Automóvel ou Caminhão <input checked="" type="checkbox"/> 2 Exceção Taxi <input type="checkbox"/> 3 TAXI <input type="checkbox"/> 1 CAMINHÃO <input type="checkbox"/> 1 ÔNIBUS OU MICRO-ÔNIBUS <input type="checkbox"/> 1 MOTOCICLETA OU MOTONETA <input checked="" type="checkbox"/> 2 CICLOMOTOR <input type="checkbox"/> 1		18 - CONTROLE DO TRÁFEGO DAS RODOVIAS CURVA FECHADA <input type="checkbox"/> 1 CURVA EM RAMPA <input type="checkbox"/> 9 TANGENTE EM NÍVEL <input type="checkbox"/> 2 TANGENTE EM LOMBADA <input type="checkbox"/> 2 CURVA EM NÍVEL <input type="checkbox"/> 5 OUTRO (especificar) <input type="checkbox"/> 4 PISTA ESTREITA <input type="checkbox"/> 7			
19 - NOME <b>REAN FERNANDES SALES</b>		20 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		21 - NASCIMENTO <b>17/10/21911</b>	
22 - ENDEREÇO		23 - 1ª HABILITAÇÃO <b>12/610131110</b>		24 - CATEGORIA <b>A</b>	
25 - PRONTUÁRIO Nº <b>0499437223</b>		26 - UF <b>CE</b>		27 - EX MÉDICO EM DIA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
28 - USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		29 - USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 ENCAMINHADO P/EXAME <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 7		31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECER NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 ATENDEU A VÍTIMA <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 EVADIU-SE <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2		32 - AÇÃO DO CONDUTOR FORÇAR PASSAGEM RODOVIA <input type="checkbox"/> 11 DESVIOU DE OBSTÁCULO <input type="checkbox"/> 13 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA <input type="checkbox"/> 15 EXCESSO DE VELOCIDADE <input checked="" type="checkbox"/> 17 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO <input type="checkbox"/> 19 (especificar) <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 29	
33 - NOME <b>RAFAEL MOURÃO GOMES</b>		34 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		35 - NASCIMENTO <b>17/10/1984</b>	
36 - ENDEREÇO <b>HEMÍLIO FALCÃO Nº 650</b>		37 - 1ª HABILITAÇÃO		38 - CATEGORIA <b>B</b>	
39 - PRONTUÁRIO Nº <b>06385441950</b>		40 - UF <b>CE</b>		41 - EX MÉDICO EM DIA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
42 - USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		43 - USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 ENCAMINHADO P/EXAME <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 7		45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECER NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 ATENDEU A VÍTIMA <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 EVADIU-SE <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2		46 - AÇÃO DO CONDUTOR FORÇAR PASSAGEM RODOVIA <input type="checkbox"/> 11 DESVIOU DE OBSTÁCULO <input type="checkbox"/> 13 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA <input type="checkbox"/> 15 EXCESSO DE VELOCIDADE <input type="checkbox"/> 17 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO <input type="checkbox"/> 19 (especificar) <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 29	
47 - MARCA <b>HONDA BROS 160</b>		48 - ESPÉCIE <b>PASSEIRO</b>		49 - PLACA <b>PM-09951</b>	
50 - MUNICÍPIO <b>CRATEÚS</b>		51 - UF <b>CE</b>			
52 - NOME DO PROPRIETÁRIO <b>REAN FERNANDES SALES</b>		53 - ENDEREÇO		54 - SEGURADORA	
55 - BILHETE		56 - DATA DE EMISSÃO			
57 - DEFEITO FAROL ANTERIOR <input type="checkbox"/> 1 LANTERNA TRASEIRA <input type="checkbox"/> 3 LANTERNA DE FREIO <input type="checkbox"/> 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA <input type="checkbox"/> 7 SETA DIRECIONAL <input type="checkbox"/> 9 FREIO <input type="checkbox"/> 2 PNEU GASTO <input type="checkbox"/> 4 OUTRO (especificar) <input type="checkbox"/> 6		58 - DATA DE EMISSÃO			



VEÍCULO Nº 02	56 - MARCA <b>FIAT PALIO</b>	59 - ESPÉCIE <b>PASSAGEIRO</b>	60 - PLACA <b>HWN 7973</b>	61 - MUNICÍPIO <b>CRATEUS</b>	62 - UF <b>CE</b>
	63 - NOME DO PROPRIETÁRIO <b>SIDINEY MOURÃO GOMES</b>			64 - ENDEREÇO	
	65 - SEGURADORA		66 - BILHETE		67 - DATA DE EMISSÃO
	68 - DEFEITO	PAROL DIANTEIRO <input type="checkbox"/> 1	LANTERNA TRASEIRA <input type="checkbox"/> 3	LANTERNA DE FREIO <input type="checkbox"/> 5	LIMPADOR DE PARA-BRISA <input type="checkbox"/> 7
		SETA DIRECIONAL <input type="checkbox"/> 9	FREIO <input type="checkbox"/> 2	PNEU GASTO <input type="checkbox"/> 4	OUTRO (especificar) <input type="checkbox"/> 8

VÍTIMA Nº 03	69 - NOME <b>KEAN FERNANDES SALES</b>	70 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 3	71 - NASCIMENTO <b>11/10/2011</b>
	72 - ENDEREÇO	73 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> 3 FATAIS <input type="checkbox"/> 5	74 - VIAJAVO NO VEÍCULO Nº <b>07</b>
	75 - USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 3	76 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	
	77 - CONDUZIDA PARA <b>HOSPITAL SÃO LUCAS</b>		

VÍTIMA Nº	78 - NOME	79 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 3	80 - NASCIMENTO
	81 - ENDEREÇO	82 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 3 FATAIS <input type="checkbox"/> 6	83 - VIAJAVO NO VEÍCULO Nº
	84 - USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 3	85 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	
	86 - CONDUZIDA PARA		

PEDESTRE	87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS	88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS	89 - OUTRA
	2 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 1	POR TRÁS DE VEÍCULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 1	CAMINHANDO AO LONGO DA CE <input type="checkbox"/> 1
	4 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 3	COM AUSÊNCIA DE VEÍCULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 3	BRINCANDO NA CE <input type="checkbox"/> 3
	CRUZ OU ENTRONC DE CE COM BR <input type="checkbox"/>		TRABALHANDO NA CE <input type="checkbox"/> 6
			SAINDO OU ENTRANDO EM VEÍCULO <input type="checkbox"/> 7
			OUTRA (especificar) <input type="checkbox"/> 9

TESTEMUNHAS	90 - NOME	91 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 3	92 - NASCIMENTO
	93 - ENDEREÇO	94 - IDENTIDADE Nº	95 - ÓRGÃO EMISSOR
	96 - NOME	97 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 3	98 - NASCIMENTO
	99 - ENDEREÇO	100 - IDENTIDADE Nº	101 - ÓRGÃO EMISSOR
			102 - UF

INFORMAÇÕES ADICIONAIS	104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE	105 - FUNÇÃO
	<p><b>CARTÓRIO MARTINS</b> Maria Efigênia Martins Rodrigues Escritor Substituta Cratêus - Ceará</p> <p><b>SIMBOLOGIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Q CAROTAGEM</li> <li>PLOSIHL</li> <li>ANTHOL</li> <li>OBJETO FIXO</li> <li>INCENDIO</li> <li>AUTOMÓVEL</li> <li>ÔNIBUS OU CAMINHÃO</li> <li>TREM</li> <li>VEÍCULO DE 2 RODAS</li> <li>MARCHA A FRENTE</li> </ul>	106 - DATA <b>21/10/2011</b>
	107 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL	108 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA
	109 - HORÁRIO DE AÇÃOAMENTO	110 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL

RESPONSÁVEL	103 - NOME <b>RAIMUNDO NONATO ABREU</b>	104 - FUNÇÃO <b>AG. TRANSITO</b>
	105 - NOME <b>ABREU</b>	106 - DATA <b>21/10/2011</b>
	107 - ESPÉCIE <b>CARGA</b>	108 - PLACA <b>PA 5955</b>
	109 - ASSINATURA <b>Raimundo Nonato Abreu</b>	110 - HORÁRIO DE AÇÃOAMENTO <b>16:25</b>
	111 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL <b>16:30</b>	112 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA <b>16:45</b>

VEICULO Nº 02	58 - MARCA <b>FIAT PALIO</b>	59 - ESPÉCIE <b>PASSAGEIRO</b>	60 - PLACA <b>HWN 7973</b>	61 - MUNICÍPIO <b>CRATEUS</b>	62 - UF <b>CE</b>
	63 - NOME DO PROPRIETÁRIO <b>SIDINEY MOURÃO GOMES</b>			64 - ENDEREÇO	
65 - SEGURADORA			66 - BILHETE	67 - DATA DE EMISSÃO	
68 - DEFEITO FAROL ANTEIRO <input type="checkbox"/> 1 LANTERNA TRASEIRA <input type="checkbox"/> 3 LANTERNA DE FREIO <input type="checkbox"/> 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA <input type="checkbox"/> 7 SETA DIRECIONAL <input type="checkbox"/> 9 FREIO <input type="checkbox"/> 2 PNEU GASTO <input type="checkbox"/> 4 OUTRO (especificar) <input type="checkbox"/> 6					

VITIMA Nº 01	69 - NOME <b>REAN FERNANDES SALES</b>		70 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 3	71 - NASCIMENTO <b>11/10/2014</b>	
	72 - ENDEREÇO		73 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> 3 FATAIS <input type="checkbox"/> 5	74 - VIAJAVAM NO VEICULO Nº <b>01</b>	75 - USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 3
	76 - CONDIÇÕES DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		77 - CONDUZIDA PARA <b>HOSPITAL SÃO LUCAS</b>		

VITIMA Nº	78 - NOME		79 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 3	80 - NASCIMENTO	
	81 - ENDEREÇO		82 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 3 FATAIS <input type="checkbox"/> 5	83 - VIAJAVAM NO VEICULO Nº	84 - USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 3
	85 - CONDIÇÕES DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		86 - CONDUZIDA PARA		

PEDESTRE	87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS 2 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 1 4 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 3 CRUZ OU ENTRONC DE CE COM BR <input type="checkbox"/>		88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS POR TRÁS DE VEICULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 1 COM AUSÊNCIA DE VEICULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 3		89 - OUTRA CAMINHANDO AO LONGO DA CE <input type="checkbox"/> 1 BRINCANDO NA CE <input type="checkbox"/> 3 TRABALHANDO NA CE <input type="checkbox"/> 6 SAINDO OU ENTRANDO EM VEICULO <input type="checkbox"/> 7 OUTRA (especificar) <input type="checkbox"/> 9	
----------	--	--	---	--	--	--

TESTEMUNHAS	90 - NOME		91 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 3		92 - NASCIMENTO	
	93 - ENDEREÇO		94 - IDENTIDADE Nº		95 - ORGÃO EMISSOR 96 - UF	
	97 - NOME		98 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 3		99 - NASCIMENTO	
100 - ENDEREÇO		101 - IDENTIDADE Nº		102 - ORGÃO EMISSOR 103 - UF		

*2ª Tabelião Pública*

INFORMAÇÕES ADICIONAIS	104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE		CARTÓRIO: MARTINS Maria Elgênio Martins Rodrigues Escrevente Substituta Cratêus - Ceará		23 DEZ 2016 SIMBOLOGIA <input checked="" type="checkbox"/> CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> PLOSIKIL <input type="checkbox"/> VEICULO OU CAMINHÃO <input checked="" type="checkbox"/> ANTRUS <input type="checkbox"/> FREIO <input checked="" type="checkbox"/> OBJETO FIXO <input type="checkbox"/> VEICULO DE 2 RODAS <input checked="" type="checkbox"/> INCÊNDIO <input type="checkbox"/> MARCHA A FRENTE	
	DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE					
	CONFORME RELATOS DE POPULARES O VEICULO SEGUIA PELO SUA PREFERENCIAL UM POUCO VELOZ QUANDO VEIO A COLIDIR COM O VEICULO 02 QUE AVANÇOU SUA PREFERENCIAL					

RESPONSÁVEL	108 - NOME <b>RAIMUNDO NONATO ABREV</b>		109 - FUNÇÃO <b>AG. TRANSITO</b>	
	108 - NOME <b>ABREV</b>	109 - ESPÉCIE <b>CARGA</b>	110 - PLACA <b>PNA 5955</b>	111 - DATA <b>23/10/2016</b>
	110 - ASSINATURA <b>RAIMUNDO NONATO ABREV</b>			
112 - HORÁRIO DE ACOMODAMENTO <b>16:25</b>		113 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL <b>16:30</b>		114 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA <b>16:45</b>



# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, REAN FERNANDES SALES, portador da carteira de identidade nº 20072838965 e inscrito no CPF/ME sob o nº 05213771378 residente e domiciliado na SILVEIRA CAMPOS Cidade CRATEÚS Estado CEARA 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.

Rean Fernandes Sales

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



CRATEÚS - CE 18/11/16

Local e data



179

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA  
REGISTRO DE SOCORRO



ESTAÇÃO: Cratús DATA: 23/06/16 Nº DA ASS.:  
NOME: Rean Fernandes Sales  
IDADE: 25 anos SEXO: F ( ) M (X)  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: R. Zaccarias Barros de Melo / Abidjan Vozal  
BAIRRO: São Vicente

HORA DA OCORRÊNCIA: 15:44  
CHEGADA AO LOCAL: 15:54  
SAÍDA DO LOCAL: 16:01  
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:04

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- |                              |                         |                               |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. ( ) AFOGAMENTO      | 09. ( ) MAL SÚBITO            |
| 02. ( ) AGRESSÃO             | 06. ( ) QUEIMADURA      | 10. ( ) EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. ( ) DESABAMENTO          | 07. ( ) CHOQUE ELÉTRICO | 11. ( ) JÁ REMOVIDO           |
| 04. ( ) INTOXICAÇÃO          | 08. ( ) QUEDA           | 12. ( ) FALSO AVISO           |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: Acidente de trânsito (carro x moto)

DOENÇAS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

COR		PELE		RESPIRAÇÃO	
CIANÓTICO ( )		QUENTE ( )	SECA ( )	SUPERFICIAL ( )	
PÁLIDO ( )		FRIA ( )	ÚMIDA ( )	DIFÍCIL ( )	
CONGESTO ( )		NORMAL (X)	NORMAL (X)	NORMAL (X)	
NORMAL (X)				AUSENTE ( )	
PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO	
FORTE ( )	IRREGULAR ( )	NORMAL (X)		AUSENTE (X)	
FRACO ( )	AUSENTE ( )	RETARDADO ( )		MÍNIMO ( )	
REGULAR (X)		AUSENTE ( )		MODERADO ( )	
				INTENSO ( )	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA		PUPILAS	
ALERTA (X)		NORMAL (X)			
RESPONDE A COMANDO ( )		CONFUSA ( )		D. REAGENTE ( )	E. REAGENTE ( )
RESPONDE A DOR ( )		ININTELIGÍVEL ( )		SEM REAÇÃO ( )	SEM REAÇÃO ( )
SEM RESPOSTA ( )		NENHUMA ( )			

SINAIS VITAIS: HORA: \_\_\_\_\_

P.A.: \_\_\_\_\_

PULSO: \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: Suspeita de Fratura da tíbia e do fêmur com  
para esquerda e encurtamento pelo corpo

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- |                          |                              |                    |
|--------------------------|------------------------------|--------------------|
| ( ) ASPIRAÇÃO            | ( ) CURATIVOS                | (X) PRANCHA LONGA  |
| ( ) OXIGÊNIO             | ( ) BANDAGENS                | ( ) PRANCHA CURTA  |
| ( ) ASSIST. VENTILATÓRIO | (X) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS | (X) COLAR CERVICAL |
| ( ) RCP                  | ( ) FÉRULA DE TRAÇÃO         | (X) OUTRO          |
| ( ) ASSIST. OBSTÉTRICA   | ( ) LÍQUIDO EV:              |                    |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- ( ) MELHORADO  
( ) PIORADO  
(X) INALTERADO

ÓBITO

- ( ) ANTES DO SOCORRO  
( ) ANTES DO TRANSPORTE  
( ) NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: HSI

RESPONSÁVEL REL. RECEPÇÃO NO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

SD. Agnaldo / SD. Korine / SGT. Aluandil  
SOCORRISTAS

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: REAN FERNANDES SALES

BANCO: 001

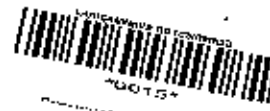
AGÊNCIA: 00237-2

CONTA: 000000031528-1

---

Nr. da Autenticação 660D78F74BA0A72E

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Renan Fernandes Sales

RG nº 20072838765 Data de expedição 23/04/15 Órgão SSP-CE

CPF nº 052.137.713-78 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>R. Siquiera Campos,</u>
Número	<u>750.</u>
Apto / Complemento	<u>Altos.</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Cratius</u>
Estado	<u>ce.</u>
CEP	<u>63.700.000.</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 92033534 / (88) 96402947.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cratius, ce 23/09/16.

Assinatura do Declarante: Renan Fernandes Sales

23 DEZ 2016

RECEBIDO

## DADOS DO CLIENTE

Nome: REAN FERNANDES SALES

End. Entrega: RU SIQUEIRA CAMPOS, 750, A, CENTRO

Cidade: CRATEUS

CEP: 63700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 011

Quadra: 0061

Lote: 0045

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

## ECONOMIAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço:

Medidor:

Leitura Anterior:

Leitura Atual:

Volumetria:

Média Semestral (m³)

RUA

R11F007883

287

290

3

6

## DATAS

Leitura Anterior: 12/08/2016

Emissão: 13/08/2016

Leitura Atual: 11/08/2016

Leitura Anterior: 12/08/2016 Próxima Leitura: 13/10/2016

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2016

Nº de Amostras:

Cloro:

Turbidez:

Cor:

Coliformes Totais:

Escherichia Coli:

051

051

010

051

051

051

051

051

010

051

051

051

Em conformidade

050

051

008

051

051

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 0 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

JUROS DE 0,033% AO DIA

MULTA DE 2%

Valor (R\$)

5,88

0,21

0,59

## HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano

Água (m³)

Esgoto (m³)

SET/15

11

0

OUT/15

10

0

NOV/15

7

0

DEZ/15

10

0

JAN/16

11

0

FEV/16

8

0

MAR/16

8

0

ABR/16

8

0

MAI/16

7

0

JUN/16

8

0

JUL/16

5

0

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição

Valor (R\$)

PIS

0,06

COFINS

0,31

## SUBSÍDIO

Descrição

Valor (R\$)

VALOR DO SERVIÇO

12,17

VALOR DO SUBSÍDIO

5,48

VALOR TOTAL A PAGAR

8,88

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

08/2016

05/10/2016

8,88

## Onde pagar sua conta

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BCB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Titulim, Outros: FajFaj. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Após o 1º dia de vencimento, sua fatura.

Cagece

0800 275 0195

Móvel

RECEBIDO

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme Resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1912, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACOFA - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição:

027873715

Código de Responsável:

3528570538-41288 - 0460

Mês/Ano: 08/2016

Local:

Setor:

Quadra:

Lote:

Comp:

029

011

0061

0045

0000

Subsetor:

00

00

Cidade:

CRATEUS

Vencimento:

05/10/2016

Total (R\$):

R. 8,88

8262000000 6 06680009100 2 02767371501 0 01005822015 4



२०१६

1057894-1

6222 6244

சென்னை

15220

163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1. *Introduction*

1999	2000
2001	2002
2003	2004
2005	2006
2007	2008
2009	2010
2011	2012
2013	2014
2015	2016
2017	2018
2019	2020
2021	2022
2023	2024
2025	2026
2027	2028
2029	2030
2031	2032
2033	2034
2035	2036
2037	2038
2039	2040
2041	2042
2043	2044
2045	2046
2047	2048
2049	2050
2051	2052
2053	2054
2055	2056
2057	2058
2059	2060
2061	2062
2063	2064
2065	2066
2067	2068
2069	2070
2071	2072
2073	2074
2075	2076
2077	2078
2079	2080
2081	2082
2083	2084
2085	2086
2087	2088
2089	2090
2091	2092
2093	2094
2095	2096
2097	2098
2099	2100
2101	2102
2103	2104
2105	2106
2107	2108
2109	2110
2111	2112
2113	2114
2115	2116
2117	2118
2119	2120
2121	2122
2123	2124
2125	2126
2127	2128
2129	2130
2131	2132
2133	2134
2135	2136
2137	2138
2139	2140
2141	2142
2143	2144
2145	2146
2147	2148
2149	2150
2151	2152
2153	2154
2155	2156
2157	2158
2159	2160
2161	2162
2163	2164
2165	2166
2167	2168
2169	2170
2171	2172
2173	2174
2175	2176
2177	2178
2179	2180
2181	2182
2183	2184
2185	2186
2187	2188
2189	2190
2191	2192
2193	2194
2195	2196
2197	2198
2199	2200
2201	2202
2203	2204
2205	2206
2207	2208
2209	2210
2211	2212
2213	2214
2215	2216
2217	2218
2219	2220
2221	2222
2223	2224
2225	2226
2227	2228
2229	2230
2231	2232
2233	2234
2235	2236
2237	2238
2239	2240
2241	2242
2243	2244
2245	2246
2247	2248
2249	2250
2251	2252
2253	2254
2255	2256
2257	2258
2259	2260
2261	2262
2263	2264
2265	2266
2267	2268
2269	2270
2271	2272
2273	2274
2275	2276
2277	2278
2279	2280
2281	2282
2283	2284
2285	2286
2287	2288
2289	2290
2291	2292
2293	2294
2295	2296
2297	2298
2299	2300
2301	

Total 19

Aug 2015  
152,24  
0304295300 00002 39542 70

152,24  
828429310 00032 39542 76





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOKARLA DIOGO LEITÃO, portador(a) do  
RG nº 2007190437-3, expedido por SSP/PE, em  
12/10/12008 CPF/CNPJ nº 057.883.743-05,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) REAN  
FERNANDES SALES do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAÇÃO  
REAN da vítima FERNANDES SALES, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas **RECEBIDO**

Profissão: AUTONOMA Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: NÃO POSSUO

Jokarla Diogo Leitão  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



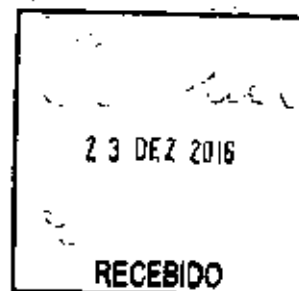
DADOS DO PACIENTE

Prontuário 020544	Atendimento 0008	Nome do Paciente REAN FERNANDES SALES	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20072838765			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 11/02/1991		Local CRATEUS/CE	Idade 25 Ano(s)	
Pai ROGERIO SALES RODRIGUES		Mãe IVONILDE FERNANDES DE OLIVEIRA		
Endereço RUA SIQUEIRA CAMPOS, 750		Bairro SAO VICENTE	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone 88 927
Responsável ROGERIO SALES RODRIGUES	CPF do Responsável	Endereço RUA SIQUEIRA CAMPOS, 750	Município CRATEUS	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 23/06/2016	Hora 16:12	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR			CRM/UF 6029/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidose			Função MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA	
Trânsito				
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)



1.270 mg/dl de glicose - 17:07

Wilton Gessy de Castro  
Médico  
CRM - CE 9575

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM: 6029

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ROGERIO SALES R

## FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

## DADOS DO PACIENTE

Nome <b>REAN FERNANDES SALES</b>				Prontuário/Atendimento 020544/0010	
Nascimento 11/02/1991		Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Idade 26 Anos(s)	
Documento(s) CPF: 052.137.713-78		Estado Civil Solteiro(a)		Religião EVANGÉLICA DE MISSÃO	
Identidade: 20072838765		CNS 70.2404.580.3070-21			
Endereço RUA SIQUEIRA CAMPOS		Bairro SAO VICENTE		Município CRATEUS-CE	
Fone (88) 9278-2538		Profissão ESTUDANTE		CEP 63700-000	
Responsável ROGERIO SALES RODRIGUES		CPF do Responsável		Fone Responsável (88) 9421-0428	
Endereço Responsável SIQUEIRA CAMPOS, 750 CASA		Cônjugue			
Mãe IVONILDE FERNANDES DE OLIVEIRA		Pai ROGERIO SALES RODRIGUES			

## DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 04/07/2016 13:47		Quarto/Letto 004-0001		Aposento APARTAMENTO	
Convênio PARTICULAR		Matrícula		Clínica CIRURGICA	
Médico GERARDO FERNANDES JUNIOR		Autorização		Setor CLÍNICA CIRURGICA	
CID Principal		CID Complementar		Dias 0	
Observação				Guia CRM 3704	
Usuário VIVIANE BARBOSA LIMA		Procedimento SUS		Sisprestat	
Data Saída		NCB		Usuário Saída	
Condição da Saída					

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

23 DEZ 2016

RECEBIDO

CRATEUS, 4 de julho de 2016.

Assinatura do paciente  
Responsável pela impressão: VIVIANE BARBOSA LIMA

*Edite e nome de mãe*  
Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PRONTUÁRIO

020544

DATA

04/07/16

PACIENTE

Reem Fernandes Sales

LEITO

## INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

~~Osteotomia tibial~~ e/ou  
e/ou

CIRURGIÃO

Dr. Gerardo

CRM

AUXILIARES

1º

CRM

2º

CRM

3º

CRM

4º

CRM

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Jamil

CRM

TIPO DE ANESTESIA

Rápidiana

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

Jocir

CIRCULANTE

Dinoelle

ACHADOS OPERATÓRIOS

- 1) Amputação do pé direito - transverso
- 2) Lesão do tendão do flexor digitorum profundus
- 3) Lesão do tendão do flexor digitorum superficial
- 4) Lesão do tendão do flexor pollicis longus
- 5) Lesão do tendão do flexor pollicis longus
- 6) Lesão do tendão do flexor pollicis longus
- 7) Lesão do tendão do flexor pollicis longus
- 8) Lesão do tendão do flexor pollicis longus

23 DEZ 2016

RECEBIDO

04/07/16

Dr. Gerardo  
CRM 123456  
04/07/16

Hospital São Lucas

## ANESTESIA

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

PRONTUÁRIO

020544

DATA

04/07/16

PACIENTE

Reon Fernandes Sales

LEITO

TIPO DE CIRURGIA

TEMPO DE SALA

IDADE

PESO

ALTURA

SEXO

TEMPERATURA

PULSO

RESPIRAÇÃO

P. ARTERIAL

TIPO SANGÜÍNEO

HEMÁCIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICEMIA

URÊIA

URINA

AP. RESPIRATÓRIA

ASMA

BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO

ECG

AP. DIGESTIVO

DENTES

PESCOÇO

ALERGIA

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

RISCO

ATARÁXICOS

ANESTESIAS ANTERIORES

CORTICÓIDES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

HORA

EFEITO

HIPOTENSORES

OUTROS

HORÁRIO

9:20 / 22:30

INDUÇÃO

Aguilão  
Ampliação

Linha

CODIGO  
V. P. Anest. O. Pulso O. Respiração  
A. X. Anestesia O. Ovariação260  
240  
220  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60  
40  
20

SATISFATÓRIO \_\_\_\_\_ EXCITAÇÃO \_\_\_\_\_

LARINGOESPASMO \_\_\_\_\_ LENTA \_\_\_\_\_

TOSSE \_\_\_\_\_ NÁUSEAS \_\_\_\_\_

VÔMITOS \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_

MANUTENÇÃO

23 DEZ 2016

RECEBIDO

ANESTESIA SATISFATÓRIA

SIM

NÃO

NÃO PORQUE?

DESPERTAR

REFLEXOS NA SO \_\_\_\_\_

OBSTRUÇÃO \_\_\_\_\_ CO2 \_\_\_\_\_

EXCITAÇÃO \_\_\_\_\_ NÁUSEAS \_\_\_\_\_

VÔMITOS \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_

PARA O LEITO CÂNULA \_\_\_\_\_

( ) SIM ( ) NÃO

CONDIÇÕES \_\_\_\_\_

BALANÇO

PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA \_\_\_\_\_ ml

VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO \_\_\_\_\_ ml

TEMPO CIRÚRGICO

CIRURGIA TOTAL NA OPERAÇÃO \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m

SÍMBOLOS  
E  
ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA

CIRURGIA

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

## FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Rian Fernandes SalesPRONTUÁRIO: 20544/010POSTO: CCTLEITO: 404

DATA		
04/07/16	<p>PT subintende a enfermidade -          Fibra E.          CD: Gêneros ps-qualitativos</p> <p><i>[Signature]</i></p>	
05/07/16	<p>às 07:50h PT jovem, consciente, orientado, verbaliza, desambula dito de desambular no momento. Submetido a procedimento traumatológico há 12 horas. Relata amnésia há 12 horas e de apresentar febre no período da manhã. ~~~~~</p> <p>T: 39° SPO<sub>2</sub> P.</p>	<p>New Blau 730000750</p>
05/07/16	<p>PT melhora episódio febril, estável, <del>psic</del></p> <p>CD: Gêneros ps-qualitativos          Gêneros de</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Stamp: ORTOPEDIAS - 11-05-2016 - 11-05-2016]</i></p>	<p>23 DEZ 2016</p> <p>RECEBIDO</p>
06/07/16	<p>PT melhora estável, repouso noturno em dor, além de estar em repouso episódico episódio febril - paracetamol.</p> <p>CD: MIE eluente</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Stamp: ORTOPEDIAS - 11-05-2016 - 11-05-2016]</i></p>	

# DOC MÉDICO

## RESUMO DE TRATAMENTO

1. NOME DO PACIENTE: REAN FERNANDES SALES

2. LOCAL: CRATENS - RR

3. DATA DO ACIDENTE: 23 06 16

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO:

Sofreu FRATURA GRAN  
REANA DIREITA

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO: CLING ANSEMA

DOR TX Analgesico Analgesia  
Redução DA FRATURA IMOBIL-  
IZAÇÃO.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: DOR EDEMA

DO MOMEMTO DE FLEXÃO  
EXTENSÃO ATORÇA MUSCULAR

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS  
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: 743WA

DIREITA GRAN

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas para facilitar a análise do acidente.

DATA: 21/09/16

Elânildo Martins  
MÉDICO  
CRM 6253  
[Assinatura]  
ASSINATURA E CARIMBO

23 DEZ 2016

RECEBIDO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

ACIENTE: Rean Fernandes SalesMÉDICO: Dr. GenivaldoPRONÓTIPO: 020544DATA: 06/07/16CONVÊNIO: ParticularLEITO: AP = 04SETOR: Clínico Cirúrgico

## PRESCRIÇÃO

## APRAZAMENTO

## EVOLUÇÃO

1) Dulc gél2) Dulc3) Leptoxona 1g EV 1811h luta4) Enterosol 80mg EV 1811h luta5) Propranolol 100mg + 100mg EV 1811h6) Rehidrolin 50mg EV 1811h7) Doxanona long EV 1811h 616h8) Versa 40mg SC di9) SSU

10V 22:

10V 18: 02:

14: 02:

10V 18: 02:

10V 18V 22: 04:

10V

06.07.16 às 09:30h

Paciente em repouso no leito, consciente, verbalizando, em PO de osteossíntese em tíbia "E" e curativo e edema no local, no momento não require queixas algicas. Segue do CCE. PA: 130x90 mmHg T: 36.9°C P: 89bpm L: 20rpm SPO<sub>2</sub> 96%.

06.07.16 às 16:00h  
Paciente recebe alta hospitalar, para casa, com medicação e orientações pós-operatórias. Inicialmente 1092584 TE

Edite Cassio de Melo



23 DEZ 2016  
ARTORIO MARTINS  
Nato 08/05/1985 - Rod. Rio  
Esc. 100 - Substituta  
Esc. 100 - road



2007190437 - 3 12/09/2000

JOSÉ CARLOS LESTÃO  
JOSÉ CARLOS LESTÃO  
BALTIM MOTA RIBEIRO LESTÃO  
CENTRO - CE  
10/02/1992

CERT. NASCIMENTO - CARTÃO: 1 OFICIA TERMO: 19655 PULSA: 143  
LIVRO: 14 RUA: 100000 - CE

36



# THE JURY

## NEIL

ISME	01	1079202000	0000000000	EXERCÍCIO	2016
REAN PERM... ***** ***** CRATEUS...					
0521371000			PLACA PMT9951		
PLACA/CV			IND0910GR419995		
ESPECÍFICO			COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO/ELÉTRIC			GASOL/ALCO		
MARCA/MODELO			ANO FAB.		ANO MOD.
HONDA/NOVE160 BRQ			2015		2016
ESDD					
CATEGORIA			COR PREDOMINANTE		
2P/000/167CC			PRETA		
COTA ÚNICA		AVENC. COTA ÚNICA		VENC/COTAS	
1 *****		1 *****		1 *****	
FAXIA (PZ)		PARCIMENTO/COTAS		2 *****	
1 *****		1 *****		3 *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)			IOF (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)
					DATA DE PAGAMENTO
					00/00/000
AL FID - ADMIN DE ONS NACIONAL HOND A LTDA. ***** *****					
CRATEUS			16/02/2016		

101  
10187

23 DEC 2016

REC'D

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO FUNDAMENTO DA PESSOA TRANSITANDO OU NÃO SEGURO DPVA

CE Nº 012410130595 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO OPVAT**

**SAC DPVAT 0800 622 1204**

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2016 26/02/2016

CPF / CNPJ	PLACA
05213771378	EMT9951

RENAVAM	MARCA/MODELO
1478282650	HONDA XR160 BROS ESDD

AND EAB CAT-TIME NEG CLASS  
2015 09 902KD0210GRA19995

## PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) ————— DEN. TUB. (CST) ————— CUST. DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGUNDO FMI
------------------------	-----------	------------------------------

PAGAMENTO		DATA DE EMISSÃO
<input checked="" type="checkbox"/> CÉDULA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	00/00/0000

PROPRIETARIO  
LOTE/DO: **SEGURODORA LIDER** DPVAT  
MOTOR: **KD08EL** CNP: **093600000104**

**ANTONIO MARTINS**  
Maria Elzaida Martins Rodrigues  
Escrevente Substituta

CONFIDENTIAL

original:respetivo. Dat

13 SEP 2015

5. Cloning

**Publicis**



11/11/2011 11:11:11 AM

## 5162-2116

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170004015

**Cidade:** Crateús

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** REAN FERNANDES SALES

**Data do acidente:** 23/06/2016

**Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/01/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** O LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** MEMBRO INFERIOR 25

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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	17,5 %	R\$ 2.362,50

## 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:** 3170004015

**Cidade:** Crateús

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** REAN FERNANDES SALES

**Data do acidente:** 23/06/2016

**Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO E DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** FEITO FIXAÇÃO COM HASTE INTRAMEDULAR DA TÍBIA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A FISIOTERAPIA (60SS). SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/01/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu ( nome completo) Dean Fernando Sales  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Estudante portador da cédula  
de identidade RG nº 20072838365, emitido pela SSP / (UF) PE,  
inscrito sob o CPF nº 052.137.713-78, residente na ( endereço  
completo ) R. Siquiera Campos, 750 A, na cidade de  
Oratins, ( UF ) PE, CEP 63.700-000 nomeio e  
constituo meu procurador, ( nome do representante ) Yokaira Dione Brito  
( nacionalidade ) Brasileira, ( profissão ) Autônoma portador da cédula  
de identidade RG nº 2007190147-3, emitido pela SSP / (UF) PE,  
inscrito sob o CPF nº 057.883.143-05, residente na ( endereço  
completo ) R. Ubalino Santa Maria, 1087, na cidade de  
Oratins, ( UF ) PE, CEP 63.700-000 a quem confiro  
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**  
**SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) \_\_\_\_\_  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) Oratins PE 23/09/16.

23 DEZ 2016

RECEBIDO



(assinatura)

Dean Fernando Sales

( RG ) \_\_\_\_\_



RECONHECIMENTO ÀS FIRMAS
<u>Yokaira Dione Brito</u>
<u>Dean Fernando Sales</u>
Dou fé
Craseus <u>30 SET 2016</u>
Em testemunho <u>de</u> da verdade
<u>Yokaira</u>

Cartório de Notas  
Piedade Filipe de Moraes  
Escritório de Notariado  
Cartório de Notas

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170004015

**Cidade:** Crateús

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** REAN FERNANDES SALES

**Data do acidente:** 23/06/2016

**Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO E DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** FEITO FIXAÇÃO COM HASTE INTRAMEDULAR DA TÍBIA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A FISIOTERAPIA (60SS). SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/01/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

