



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, 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, 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 inicio 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,



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2017

Carta n°: 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.

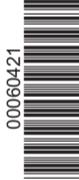
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 10378990

A/C: REAN FERNANDES SALES

Sinistro: 3170004015 ASL-1208851/16
Vitima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

A standard linear barcode is positioned at the bottom of the page, consisting of vertical black bars of varying widths on a white background.

Nº DO SÍN.STRG

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 procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem furos, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Ex. Team timetables Sales

POR TADORA/DO RG N° 20072838765 EXPEDIDO POR SSP-LE EM 23/04/15 E
CPF 05213771378 (CNPJ) PROFESSÃO Estudante
E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00. PELO PRESENTE A QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VLT. MAIS 700,00, LITROS DE GASOLINA. AUTORIZO A SEGURADORA - DER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CREDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS.

“A Cidade de São Paulo é uma das poucas que tem um sistema de governo descentralizado, com 120 distritos que têm autonomia para gerir suas respectivas áreas. Isso significa que os cidadãos têm mais direitos e responsabilidades em relação ao seu ambiente local.”

Nota expositiva: referentes a assentos de concordância (não) em que os discursos que se relacionam não devem, de forma alguma, ser interpretados

- Conta salário é só beneficiário - nos documentos aparecem termos como INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funerária
 - Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tal como CNPJ ou ME, MEI ou RG Empresarial ou LTDA
 - Conta conjunta quando o beneficiário é vítima não falecida
 - Conta tipo FÁCIL, operação para o cliente de movimentação financeira intensa;
 - Conta tipo FÁCIL operações 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Loterias com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário vencido, inativo ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL (www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no S-ODIVAT Simbras 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 como imagens digitalizadas de extrato de contas bancárias, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

Digitized by srujanika@gmail.com

RECEBIDO

02372 de LOMA KEN DAIA W 31528-1

PARA CHEQUE EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº DO BANCO NÚMERO DE AGENCIA (sem dígitos de digito) NÚMERO CONTA (sem dígitos de digito)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA E FULARDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCITAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E SOU COMO OBRIGADO O VALOR DA PELEDA INDENIZAÇÃO.

Oratis 23^o settembre 16. Rec. Fernanob. Sab.
RECUPERATA ASS. NATL. 20.000 BENEFAZENTI

! ATENÇÃO

- * O Seguro SPVAT garante um valor de R\$ 15.000,00 e invalidez permanente (adicional que será paga caso o segurado tenha invalidez permanente) e seguro de vida de R\$ 15.000,00 em caso de invalidez permanente. Além disso, é possível adquirir o seguro de vida de R\$ 15.000,00 em caso de invalidez permanente. Além disso, é possível adquirir o seguro de vida de R\$ 15.000,00 em caso de invalidez permanente.



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	Pagto cartão crédito	572,27 (-)
05/09/2016	Tarifa Pacote de Serviços Tarifa referente a 05/09/2016	4,65 (-)
06/09/2016	Transferência on line 06/09 0237 6733-4 OLAVO CHRYSTIA	200,00 (+)
06/09/2016	TEO-Crédito em Conta 341 0421 16495196806 ROGERIO GOUVEI	100,00 (+)
08/09/2016	Transferência on line 07/09 0237 38533 5 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	Depósito Online	23 DEZ 2016 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	RECEBIDO 10,00 (-)
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 (-)
26/09/2016	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

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



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	325,80%
Data Venc. Ch. Especial	31/05/2017

• Informações Complementares - CET (*)

Valor Total Devido	1.006,26	-
Valor Liberado	1.000,00	99,38%
Gaspesas-(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 Vítimas 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?

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?

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, REPOUZO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO E DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDÉMA 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)?

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

"Sem sequela permanente"

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

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior - Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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



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

BOLETIM DE
TRÂNSITO

01 - NÚMERO

DADOS DO ACIDENTE	03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRÉCHO DA RODOVIA 06 - PRÓXIMO, CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC. CRUZAMENTO										04 - MUNICÍPIO	05 - UF							
	ANDRÉAS VERRAS C/C ZACARIAS CARLOS DE MELO CRATEÚS										07 - HORA DA Ocorrência	08 - ZONA RURAL URBANA	09 - DATA	10 - DIA DA SEMANA					
											16:22	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	12/31/2016	61 QUINTA					
	11 - CLASSIFICAÇÃO		13 - NATUREZA DO ACIDENTE		14 - TIPO DE PAVIMENTO		15 - CONDIÇÕES DA VIA		16 - CONDIÇÕES DA VIA										
	SEM VÍTIMA	COM VÍTIMA	ABALROAMENTO	<input type="checkbox"/>	ASFALTO	<input type="checkbox"/> 1	SECA	<input checked="" type="checkbox"/> 1	BOM	<input checked="" type="checkbox"/> 1									
	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 1	CONCRETO	<input type="checkbox"/> 3	MOLHADA	<input type="checkbox"/> 3	chuva	<input type="checkbox"/> 3									
	12 - N° DE VÍTIMAS		COLISÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 3	PARALELEPIPEDO	<input checked="" type="checkbox"/> 5	OLEOSA	<input type="checkbox"/> 5	NEBLINA	<input type="checkbox"/> 5									
	MORTOS	FERIDOS	TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM	<input type="checkbox"/> 5	CASCALHO	<input type="checkbox"/> 7	ENLAMIGADA	<input type="checkbox"/> 7	GAROA	<input type="checkbox"/> 7									
			CHOCO COM OBJETO FIXO	<input type="checkbox"/> 7	TERRA	<input type="checkbox"/> 9	DANIFICADA	<input type="checkbox"/> 9											
			OUTRA (especificar)	<input type="checkbox"/> 9	AREIA	<input type="checkbox"/> 2	EM OBRAS	<input type="checkbox"/> 2											
17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade)												18 - CONTROLE DO TRÂNSITO DAS RODOVIAS							
Automóvel ou Carroceria	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	BICICLETA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	CURVA FECHADA	<input type="checkbox"/> 1	CURVA EM RAMPA	<input type="checkbox"/> 9									
Exceção Taxi	<input type="checkbox"/> 1		TREM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	TANGENTE EM NÍVEL	<input type="checkbox"/> 2	TANGENTE EM LOMBADA	<input type="checkbox"/> 2									
TAXI	<input type="checkbox"/> 1		VEÍCULO FRAÇÃO ANIMAL	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	CURVA EM NÍVEL	<input type="checkbox"/> 5	OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 4									
CAMINHÃO	<input type="checkbox"/> 1		ANIMAL	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	PISTA ESTREITA	<input type="checkbox"/> 7											
ÔNIBUS OU MICRO-ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> 1		PEDESTRE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3													
MOTOCICLETA OU MOTONETA	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3													
CICLOMOTOR	<input type="checkbox"/> 1																		
19 - NOME REAN FERNANDES SALES												20 - SEXO	21 - NASCIMENTO						
												<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> 3 F	1/1/10121911					
22 - ENDEREÇO																			
23 - 1º HABILITAÇÃO		24 - CATEGORIA		25 - PRONTUÁRIO Nº		26 - UF	27 - EX-MÉDICO EM DIA	28 - USAVA CINTO	29 - USAVA CAPACETE										
0161011101		A		04994317223		CE	<input checked="" type="checkbox"/> SIM 1	<input type="checkbox"/> NÃO 3	<input type="checkbox"/> SIM 1	<input type="checkbox"/> NÃO 3									
30 - EXAME DE EMBRAGUEZ ALCOÓLICA												32 - AÇÃO DO CONDUTOR							
REALIZADO NO LOCAL		SIM <input type="checkbox"/> 1		NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 3		FORÇAR PASSAGEM RODOVIA		<input type="checkbox"/> 11		NÃO MANTÉVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA		<input type="checkbox"/> 21							
ENCAMINHADO P/EXAME		SIM <input type="checkbox"/> 5		NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 7		DESVIOU DE OBSTÁCULO		<input type="checkbox"/> 13		CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO		<input type="checkbox"/> 23							
31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR												ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA		<input type="checkbox"/> 15		MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO		<input type="checkbox"/> 25	
PERMANECIU NO LOCAL		SIM <input checked="" type="checkbox"/> 1		NÃO <input type="checkbox"/> 3		EXCESSO DE VELOCIDADE		<input checked="" type="checkbox"/> 17		LUZ ALTA		<input type="checkbox"/> 27							
ATENDEU A VÍTIMA		SIM <input type="checkbox"/> 5		NÃO <input type="checkbox"/> 7		CONTRAMÃO DE DIREÇÃO		<input type="checkbox"/> 19		OUTRA (especificar)		<input type="checkbox"/> 29							
EVADIU-SE		SIM <input type="checkbox"/> 9		NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 2								23 DEZ 2016							
33 - NOME RAFAEL MOURÃO GOMES												34 - SEXO	35 - NASCIMENTO						
36 - ENDEREÇO HEMILIO FALCÃO N° 650												<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> 3 F	1/10/1518141					
37 - 1º HABILITAÇÃO		38 - CATEGORIA		39 - PRONTUÁRIO Nº		40 - UF	41 - EX-MÉDICO EM DIA	42 - USAVA CINTO	43 - USAVA CAPACETE										
		B		06385441950		CE	<input checked="" type="checkbox"/> SIM 1	<input type="checkbox"/> NÃO 3	<input type="checkbox"/> SIM 1	<input type="checkbox"/> NÃO 3									
44 - EXAME DE EMBRAGUEZ ALCOÓLICA												46 - AÇÃO DO CONDUTOR							
REALIZADO NO LOCAL		SIM <input type="checkbox"/> 1		NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 3		FORÇAR PASSAGEM RODOVIA		<input type="checkbox"/> 11		NÃO MANTÉVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA		<input type="checkbox"/> 21							
ENCAMINHADO P/EXAME		SIM <input type="checkbox"/> 5		NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 7		DESVIOU DE OBSTÁCULO		<input type="checkbox"/> 13		CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO		<input type="checkbox"/> 23							
45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR												ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA		<input type="checkbox"/> 15		MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO		<input type="checkbox"/> 25	
PERMANECIU NO LOCAL		SIM <input checked="" type="checkbox"/> 1		NÃO <input type="checkbox"/> 3		EXCESSO DE VELOCIDADE		<input checked="" type="checkbox"/> 17		LUZ ALTA		<input type="checkbox"/> 27							
ATENDEU A VÍTIMA		SIM <input type="checkbox"/> 5		NÃO <input type="checkbox"/> 7		CONTRAMÃO DE DIREÇÃO		<input type="checkbox"/> 19		OUTRA (especificar)		<input type="checkbox"/> 29							
EVADIU-SE		SIM <input type="checkbox"/> 9		NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 2								13 SET 2016							
47 - MARCA HONDA BROS 160												48 - ESPÉCIE PASSAGEIRO	49 - PLACA PM79951	50 - MUNICÍPIO	51 - UF				
52 - NOME DO PROPRIETÁRIO REAN FERNANDES SALES												53 - ENDEREÇO							
54 - SEGURADORA												55 - BILHETE		56 - DATA DE EMISSÃO					
57 - DEFEITO FAROL DIANTEIRO												LANTERNA TRASEIRA	LANTERNA DE FREIO	LIMPADOR DE PARA-BRISA	SETA DIRECIONAL	FREIO	PNEU GASTO	OUTRO (especificar)	
												<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

VEÍCULO Nº 02	56 - MARCA Fiat Palio	58 - ESPECIE PASSAGEIRO	60 - PLACA HWN 7973	61 - MUNICÍPIO CRATEús	62 - UF CE																				
	63 - NOME DO PROPRIETÁRIO Sidiney Mourão Gomes	64 - ENDEREÇO																							
VITIMA Nº 01	65 - SEGUROADORA	66 - BILHETE			67 - DATA DE EMISSÃO																				
	68 - DIFERENÇA FAROL DIANTEIRO LANTERNA TRASEIRA LANTERNA DE FREIO LIMPADOR DE PARA-BRISA SETA DIRECIONAL FREIO PNEU GASTO OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8																
VITIMA Nº 02	69 - NOME Rean Fernandes Sales	70 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3	71 - NASCIMENTO 11/10/1911																						
	72 - ENDEREÇO	73 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1	GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> 3	FATAIS <input type="checkbox"/> 5	74 - VIAJAVA NO VÉHICULO Nº 01	75 - USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 3																			
VITIMA Nº 03	76 - CONDIÇÕES DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	77 - CONDUZIDA PARA HOSPITAL SÃO LUCAS																							
	78 - NOME	79 - SEXO <input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3	80 - NASCIMENTO																						
PEDESTRE	81 - ENDEREÇO	82 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1	GRAVES <input type="checkbox"/> 3	FATAIS <input type="checkbox"/> 6	83 - VIAJAVA NO VÉHICULO 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																							
	87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS 2 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 1 4 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 3	88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS POR TRAS DE VÉHICULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 1 COM AUSÊNCIA DE VÉHICULO 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	90 - OUTRA SAINDO OU ENTRANDO EM VÉHICULO OUTRA (especificar) <input type="checkbox"/> 9																					
	90 - NOME Nº	91 - SEXO <input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3	92 - NASCIMENTO																						
TESTEMUNHAS Nº	93 - ENDEREÇO	94 - IDENTIDADE Nº	95 - ÓRGÃO EMISSOR																						
	97 - NOME Nº	98 - SEXO <input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3	99 - NASCIMENTO																						
	100 - ENDEREÇO	101 - IDENTIDADE Nº	102 - ÓRGÃO EMISSOR																						
	104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE 						N																		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	105 - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE CONFORME RELATOS DE PESSOAS O VÉHICULO SEGUIA PELA SUA PREFERENCIAL UM POUCO MAIS LENTO QUANDO VEIO A COLIDIR COM O VÉHICULO QUE AVANÇOU SUA PREFERENCIAL																								
	106 - SIMBOLOGIA <table> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>CAPOTAGEM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>AUTOMÓVEL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>PLÔSILH</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ÔNIBUS OU CAMINHÃO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>ANTROL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TREM</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>OBJETO FIXO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>VÉHICULO DE 2 RODAS</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>INCÊNDIO</td> <td colspan="2">→ MARCHA A FRENTE</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/>	CAPOTAGEM	<input type="checkbox"/>	AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/>	PLÔSILH	<input type="checkbox"/>	ÔNIBUS OU CAMINHÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	ANTROL	<input type="checkbox"/>	TREM	<input checked="" type="checkbox"/>	OBJETO FIXO	<input type="checkbox"/>	VÉHICULO DE 2 RODAS	<input checked="" type="checkbox"/>	INCÊNDIO	→ MARCHA A FRENTE
<input type="checkbox"/>	CAPOTAGEM	<input type="checkbox"/>	AUTOMÓVEL																						
<input type="checkbox"/>	PLÔSILH	<input type="checkbox"/>	ÔNIBUS OU CAMINHÃO																						
<input checked="" type="checkbox"/>	ANTROL	<input type="checkbox"/>	TREM																						
<input checked="" type="checkbox"/>	OBJETO FIXO	<input type="checkbox"/>	VÉHICULO DE 2 RODAS																						
<input checked="" type="checkbox"/>	INCÊNDIO	→ MARCHA A FRENTE																							
RESPONSÁVEL	108 - NOME Raimundo Nunato ABREU	109 - FUNÇÃO AG. TRANSITO																							
	58 - NOME ABREU	59 - ESPECIE CARGA	60 - PLACA PNA 5955	110 - ASSINATURA Raimundo Nunato ABREU	111 - DATA 12/10/2016																				
112 - HORÁRIO ALCIONAMENTO 16:25	113 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL 16:30	114 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA 16:45																							

VEICULONº 02	SB - MARCA FIAT PALIO	69 - ESPÉCIE PASSAGEIRO	80 - PLACA HWN 7973	61 - MUNICÍPIO CRATEUS	62 - UF CE
	63 - NOME DO PROPRIETÁRIO SIDINEY MOURÃO GOMES	64 - ENDEREÇO	66 - SÍLHETE	67 - DATA DE EMISSÃO	
68 - DFEITO FAROL DIANTEIRO LANTERNA TRASEIRA LANTERNA DE FREIO LIMPADOR DE PARA-BRISA SETA DIRECIONAL FREIO PNEU GASTO OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6				
VITIMA Nº 01	69 - NOME REAN FERNANDES SALES	70 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3	71 - NASCIMENTO 11/10/2016		
	72 - ENDEREÇO	73 - FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5	74 - VIAJAVAO VÉHICULO N° 01	75 - USAVA CINTO SIM 1 NAO 3	
76 - CONDIÇÕES DA VITIMA	77 - CONDUZIDA PARA				
CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	HOSPITAL SÃO LUCAS				
VITIMA Nº 02	78 - NOME	79 - SEXO <input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3	80 - NASCIMENTO		
	81 - ENDEREÇO	82 - FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5	83 - VIAJAVAO VÉHICULO N°	84 - USAVA CINTO SIM 1 NAO 3	
85 - CONDIÇÕES DA VITIMA	86 - CONDUZIDA PARA				
CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5					
PEDESTRE	87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS 2 FAIXAS DE ROLAMENTO 4 FAIXAS DE ROLAMENTO CRUZ OU ENTRONC DE CE COM BR	88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS POR TRAS DE VÉHICULO ESTACIONADO COM AUSÊNCIA DE VÉHICULO ESTACIONADO	89 - OUTRA CAMINHANDO AO LONGO DA CE BRINCANDO NA CE TRABALHANDO NA CE	90 - OUTRA SAINDO OU ENTRANDO EM VÉHICULO OUTRA (especificar)	
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9
TESTEMUNHAS	90 - NOME Nº	91 - SEXO <input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3	92 - NASCIMENTO		
	93 - ENDEREÇO	cópia confere com o original respectivo. Dou	94 - IDENTIDADE N°	95 - ORGÃO EMISSOR	96 - UF
Nº	97 - NOME	98 - SEXO <input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3	99 - NASCIMENTO		
100 - ENDEREÇO	Crateús, 13 SET. 2016	101 - IDENTIDADE N°	102 - ORGÃO EMISSOR	103 - UF	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	<p>104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE</p> <p>CARTÓRIO: MARTINS Maria Eugênia Martins Rodrigues Escrevente Substituta Crateús - CE</p> <p>23 DEZ 2016 SÍMBOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Q CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL O PLÔSILK <input type="checkbox"/> ÔNIBUS OU CAMINHÃO X ANTRUL <input type="checkbox"/> RECEBIDO <input checked="" type="checkbox"/> OBJETO FIXO <input type="checkbox"/> VEÍCULO DE 2 RODAS <input type="checkbox"/> INCÊNDIO <input type="checkbox"/> MARCHA A FRENTE <p>DESCRÍÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE</p> <p>CONFORME RELATOS DE PESSOAS O VÉHICL SEGUIA PELO SUB PREFERENCIAL UM POUCO VELHO QUANDO VEIO A COLIDIR COM O VÉHICLO QUE AVANÇOU SUA PREFERENCIAL</p>				
RESPONSÁVEL	108 - NOME RAIMUNDO NONATO ABREU	109 - FUNÇÃO AG. TRANSITO			
	SB - NOME ABREU	59 - ESPÉCIE CARGA	60 - PLACA PNA 5955	111 - DATA 23/06/16	
	110 - ASSINATURA Raimundo Nonato Abreu				
112 - HORÁRIO ADIONAMENTO 16:25	113 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL 16:30	114 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA 16:45			



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, REAN FERWANDER SALS, portador da carteira de identidade nº 20072838765 e inscrito no CPF/MF sob o nº 052 137 775-72, residente e domiciliado na SILVEIRA CAMPOS, Cidade CRAZÓIS, 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.

23 DEZ 2016

RECEBIDO

Rean Ferwander Sals
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CRAZÓIS - CE 18/11/16

Local e data



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: Crateús DATA: 23/06/16 N° DAASS:
NOME: Rean Fernando Sales SEXO: F () M (X)
IDADE: 25 anos
LOCAL DA OCORRÊNCIA: R. Zecaíos Barros de Melo c/ Atidion Veral
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 Melo)

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO () PÁLIDO () CONGESTO () NORMAL (X)	QUENTE () FRIA () NORMAL (X)	SECA () UMIDA () NORMAL (X)
FORTES () FRACOS () REGULAR (X)	IRREGULAR () AUSENTE ()	NORMAL (X) RETARDADO () AUSENTE ()
		AUSENTE (X) MÍNIMO () MODERADO () INTENSO ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS
ALERTA (X) RESponde a comando () RESponde à dor () SEM RESPOSTA ()	NORMAL (X) CONFUSA () ININTELIGÍVEL () NENHUMA ()	D () REAGENTE () SEM REAÇÃO () E () REAGENTE () SEM REAÇÃO ()

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: Suspeita de Fratura de Tibia e Fíbula com perna exposta e encarcerada pelo corpo

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | () CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | () BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | (X) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | () FÉRULA DE TRAÇÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDO EV: |

- | |
|--------------------|
| (X) PRANCHA LONGA |
| () PRANCHA CURTA |
| (X) COLAR CERVICAL |
| (X) OUTRO |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

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

HOSPITAL DE DESTINO: HSL

ÓBITO

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

SD Agnaldo / SD Kormi / Sgt Alvaro
SOCORRISTAS

M-p.001 - Ed.39/03-588 / 93884-000

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, Rian Fernandes Sales,

RG nº 2007.2838765 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. Siqueira Campos</u>
Número	<u>750</u>
Apto / Complemento	<u>Alto</u>
Bairro	<u>Ventre</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.200-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 92033534 / (88) 914102947</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

23 DEZ 2016

Local e Data: Fortaleza, de 23/10/16.

RECEBIDO

Assinatura do Declarante:

Rian Fernandes Sales

DADOS DO CLIENTE

Nome: REAN FERNANDES SILES
 End. Láctea: RUA DIOQUETRA CAMPOS, 750, A, CENTRO
 Cidade: CRATÉUS
 End. Entrega:
 Cidade:
 Logrte: 029 Selor: 011 Quadra: 0061 Lote: 0045 Comp: 0000
 Subsolar: 00 Subquadra: 00

CEP: 63700-000

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumetria	Média Semestral m³
RGUN	R11F007883	287	290	3	6

DATAS

Lectura Anter: 13/09/2016 Emissao: 13/09/2016 Lect Agua: 1135380
 Lectura Anter: 12/08/2016 Próxima Lectura: 13/10/2016 Lect Esgotx:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2016

Nº de Amostras	Claro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Echerichia Col.
Estigidas	051	051	010	051	051
Amostradas	051	051	010	051	051
Em conformidade	050	051	006	051	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 0 m³ | META: 10 m³.
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada é saúde.
 RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	5,88			
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,21	SET/15	11	0
MULTRA DE 2%	0,59	OUT/15	10	0
		NOV/15	7	0
		DEZ/15	15	0
		JAN/16	11	0
		FEV/16	8	0
		MAR/16	8	0
		ABR/16	8	0
		MAY/16	7	0
		JUN/16	8	0
		JUL/16	5	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO		Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)	
PIS	0,06	VALOR DO SERVIÇO	12,17	
COFINS	0,31	VALOR DO SUBSÍDIO	5,48	
		VALOR TOTAL A PAGAR	8,69	

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
09/2016	05/10/2016	8,69

COMO PAGAR SEU FATURA

Bancos: Bradesco, BB, Itaú, Sic, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triântula, Outros Pix/PIX
 A fatura disponibiliza o serviço de débito em conta da sua fatura. Para este serviço, informe seu número.

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

Código de Atendimento
Cagece
0800 275 0195



RECEBIDO

RELATÓRIO MARTINS
 Antônio Martins Rodrigues
 Substituto
 Cratéus Ceará

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, 1. Enidades Reguladoras: Fortaleza: ARCEB - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos da Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demar: 3101-1912, da BH às 12h e 13h às 17h. Operadora: Saneamento Ambiental: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

DADOS DO CLIENTE
 Inscrição: 027673715 Código de Reprocédere: 352867053841288 - 0460
 Mês/Ano: 09/2016

Logrte: 029 Selor: 011 Quadra: 0061 Lote: 0045 Comp: 0000	Subsolar: 00 Subquadra: 00
---	----------------------------

Cidade: CRATÉUS Vencimento: 05/10/2016 Total (R\$): 8,69
--

8262000000 6 06680009100 2 02767371501 0 01005622015 4





4295380-4

2015		2016	
Barbados	152.28	Barbados	152.28
Belarus	152.28	Belarus	152.28
Bolivia	152.28	Bolivia	152.28
Bosnia and Herzegovina	152.28	Bosnia and Herzegovina	152.28
Bulgaria	152.28	Bulgaria	152.28
Cambodia	152.28	Cambodia	152.28
Cameroon	152.28	Cameroon	152.28
Central African Republic	152.28	Central African Republic	152.28
Chad	152.28	Chad	152.28
Chile	152.28	Chile	152.28
China	152.28	China	152.28
Croatia	152.28	Croatia	152.28
Côte d'Ivoire	152.28	Côte d'Ivoire	152.28
Cuba	152.28	Cuba	152.28
Cyprus	152.28	Cyprus	152.28
Czechia	152.28	Czechia	152.28
Djibouti	152.28	Djibouti	152.28
Egypt	152.28	Egypt	152.28
El Salvador	152.28	El Salvador	152.28
Equatorial Guinea	152.28	Equatorial Guinea	152.28
Eritrea	152.28	Eritrea	152.28
Eswatini	152.28	Eswatini	152.28
Egypt	152.28	Egypt	152.28
Guinea-Bissau	152.28	Guinea-Bissau	152.28
Honduras	152.28	Honduras	152.28
Iceland	152.28	Iceland	152.28
India	152.28	India	152.28
Indonesia	152.28	Indonesia	152.28
Iran	152.28	Iran	152.28
Iraq	152.28	Iraq	152.28
Ireland	152.28	Ireland	152.28
Italy	152.28	Italy	152.28
Jamaica	152.28	Jamaica	152.28
Japan	152.28	Japan	152.28
Kazakhstan	152.28	Kazakhstan	152.28
Kenya	152.28	Kenya	152.28
Lao PDR	152.28	Lao PDR	152.28
Latvia	152.28	Latvia	152.28
Lebanon	152.28	Lebanon	152.28
Liberia	152.28	Liberia	152.28
Lithuania	152.28	Lithuania	152.28
Luxembourg	152.28	Luxembourg	152.28
Macedonia	152.28	Macedonia	152.28
Maldives	152.28	Maldives	152.28
Mali	152.28	Mali	152.28
Mauritania	152.28	Mauritania	152.28
Mauritius	152.28	Mauritius	152.28
Mexico	152.28	Mexico	152.28
Moldova	152.28	Moldova	152.28
Mongolia	152.28	Mongolia	152.28
Namibia	152.28	Namibia	152.28
Nepal	152.28	Nepal	152.28
Nicaragua	152.28	Nicaragua	152.28
Niger	152.28	Niger	152.28
Nigeria	152.28	Nigeria	152.28
Oman	152.28	Oman	152.28
Pakistan	152.28	Pakistan	152.28
Papua New Guinea	152.28	Papua New Guinea	152.28
Romania	152.28	Romania	152.28
Russia	152.28	Russia	152.28
Saint Lucia	152.28	Saint Lucia	152.28
Saint Vincent and the Grenadines	152.28	Saint Vincent and the Grenadines	152.28
Saudi Arabia	152.28	Saudi Arabia	152.28
Singapore	152.28	Singapore	152.28
Sri Lanka	152.28	Sri Lanka	152.28
Sudan	152.28	Sudan	152.28
Togo	152.28	Togo	152.28
Tunisia	152.28	Tunisia	152.28
Uganda	152.28	Uganda	152.28
Ukraine	152.28	Ukraine	152.28
United Arab Emirates	152.28	United Arab Emirates	152.28
United Kingdom	152.28	United Kingdom	152.28
United States	152.28	United States	152.28
Uruguay	152.28	Uruguay	152.28
Venezuela	152.28	Venezuela	152.28
Zambia	152.28	Zambia	152.28

72,18	8,99	
CONTAS EM ATRASO		

Solicita Desconto ICP-Brasil
Cada conta fatura R\$ 1,00 reais de taxa ICP-Brasil.

4295388-6
43463/2035
385998042

23 DEZ 2016

RECEBIDO



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

² 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 2007790437-3, expedido por SSP/RPF, em 12/10/12008 CPF/CNPJ nº 054.883.743-05,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) REIANE FERNANDES SALES, do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ 23 DEZ 2016, da vítima REIANE FERNANDES SALES, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas RECEBIDO.

Profissão: Autônoma A Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: NÃO POSSO

Jokarla Diogo Leitão
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CRATEUS - CE
Guia de atendimento - CONSULTORIOS



DADOS DO PACIENTE

Prontuário 020544	Atendimento 0008	Nome do Paciente REAN FERNANDES SALES		CNS	Guia de Autorizações
Documento(s) Identidade: 20072638765				Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 11/02/1991	Local CRATEUS/CE				Idade 25 Ano(s)
Pai ROGERIO SALES RODRIGUES	Mae IVONILDE FERNANDES DE OLIVEIRA				
Enderéto RUA SIQUEIRA CAMPOS, 750	Bairro SAO VICENTE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 927
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Conjugado			
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 Acidente Trânsito			Função MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		às	hs
	/ /			
			() Alta	() Internação
			() Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (min)
				PA (mmHg)

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

23 DEZ 2016

RECEBIDO

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM: 6029

Julian Goyek de Castro
Médico
CRM-CE 9575

Foto: Dr. Julian Goyek de Castro
Assinatura Paciente/Responsável:
Responsável: ROGERIO SALES R

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome REAN FERNANDES SALES				Prontuário/Atendimento D20546/0010
Nascimento 11/02/1991	Local CRATEUS	Pais Nacionalidade Brasil	Idade 26 Anos(s)	
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Etnia	Estado Civil Solteiro(a)	
Documento(s) CPF: 052.137.713-78	Identidade: 20072838785	CNS	Religião EVANGÉLICA DE MISSÃO	
Endereço RUA SIQUEIRA CAMPOS	Nº 750	Bairro SAO VICENTE	Município CRATEUS-CE	
Fone (88) 9278-2538	Profissão ESTUDANTE	Empresa	CEP 63700-000	
Responsável ROGERIO SALES RODRIGUES		CPF do Responsável	Fone Responsável (88) 9421-0428	
Endereço Responsável SIQUEIRA CAMPOS, 750 CASA		Conjugado		
Mae IVONILDE FERNANDES DE OLIVEIRA		Fai	ROGERIO SALES RODRIGUES	
DADOS DA INTERNAÇÃO				
Data/Hora 04/07/2016 13:47	Quarto/Leito 004-0001	Aposento APARTAMENTO	Clinica CIRURGICA	Setor CLÍNICA CIRURGICA
Convênio PARTICULAR	Matrícula	Autorização	Dias 0	Gula CRM 3704
Médico GERARDO FERNANDES JUNIOR			CBO Complementar	
CIB Principal				
Observação				
Usuário VIVIANE BARBOSA LIMA	Procedimento SUS			Sisprental
Data Saída	Hora	Condicao da Saída		Usuário 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 Intensão: VIVIANE BARBOSA LIMA

Edilce renee de milo

Assinatura do responsável

PRONTUÁRIO

020544

DATA

04/07/16

PACIENTE

Rean Fernandes Sales

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA	Otoscopia fibro ó tiroteo
	REALIZADA	o amiss
CIRURGÃO	Dr. Gerardo	CRM
	1º	CRM
AUXILIARES	2º	CRM
	3º	CRM
	4º	CRM
ANESTESIOLOGISTA	Dr. Jamil Reguidiano	CRM
TIPO DE ANESTESIA		
PATOLOGISTA		
INSTRUMENTADOR(A)	Zoccir	
CIRCULANTE	Dinorille	

ACHADOS OPERATÓRIOS

- D Ámora e esti - grax
 D Linhas parapéticas (falsas) rachad
 D Colicos e pressão intracelular
 D Colostom e gás - gas
 D Fúngus e carnef fibro atípico
 D Glândulas e hash intramucosas
 D Glândulas peroxis e histol + sangue 23/07/2016
 D Sítio + cunha

RECEBIDO

04/07/16

DR. JAMIL REGUIDIANO

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CARLOS

ANESTESIA

PRONTUÁRIO

020544

DATA

04/07/16

PACIENTE

Reon Fernandes Soles

LEITO

TIPO DE CIRURGIA

TEMPO DE SALA

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	P. ARTERIAL

TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA

AP RESPIRATÓRIA				ASMA		BRONQUITE
AP CIRCULATÓRIO					ECG	

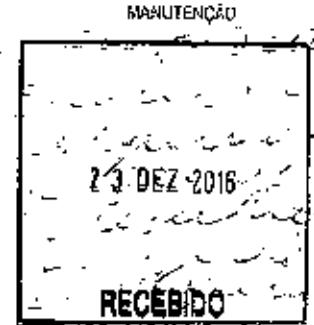
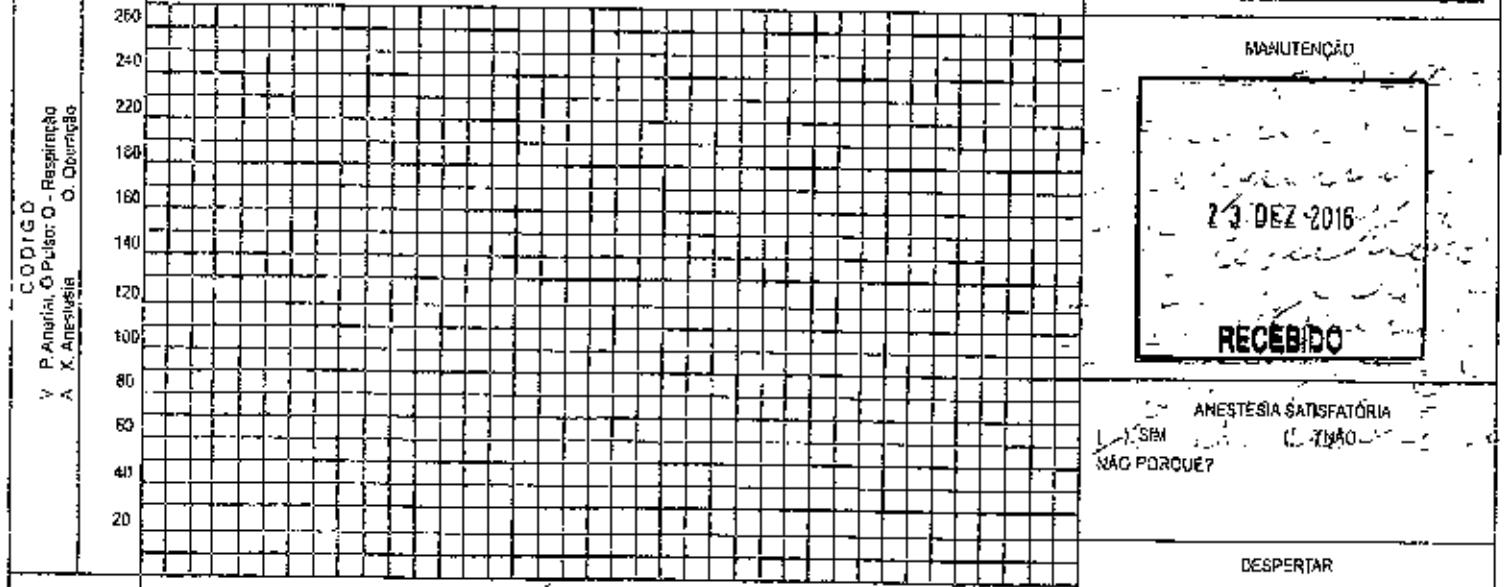
AP DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO		ALERGIA	
AP URINÁRIO					ESTADO MENTAL	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ATARÁXICOS	
ANESTESIAS ANTERIORES					CÓRTICOIDES	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		HORA	EFEITO	HIPOTENSORES	DUTROS
HORÁRIO	920 / 22:30				INDUÇÃO

Ajuda Anestesia		SATISFATÓRIO	EXCITAÇÃO
Laringo		LARINGOESPASMO	LENTA

TOSSE	NÁUSEAS
VÓMITOS	OUTROS



ANESTESIA SATISFATÓRIA
 SIM NÃO
 NÃO PORQUE?

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	REFLEXOS NA SO
	OBSTRUÇÃO _____ O2 _____

POSIÇÃO	EXCITAÇÃO	NÁUSEAS
AGENTES	VÓMITOS	OUTROS

TÉCNICA	PARA O LEITO CÂNULA
CIRURGIA	() SIM () NÃO

CIRURGIÕES	CONDIÇÕES	BALANÇO
ANESTESISTAS		PERDA SANGUÍNEA APROXIMADA _____ ml

VOLUME SANGUÍNEO REPOSTO _____ ml
 TEMPO CIRÚRGICO _____ min
 DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO _____ h

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Ricar Fernandes BalesPRONTUÁRIO: 20344/010 POSTO: C CT LEITO: PPR 04

DATA	EVOLUÇÃO	
<u>04/07/16</u>	<p>Pt submetido a extensão tibial D. D: Lesão pós-operatória</p> <p>Exame de rotina</p> <p>Exames de rotina</p>	

05/07/16 às 07:50h pt jovem, consciente, orientado, verbaliza, desambula digo si desambula no momento. Submetido a procedimento traumato-cirúrgico há + 12 horas. Relata ameaça há 12 horas e dor. Apresentou febre no período da manhã.

T: 39° SPO₂: 100% Blanca 730000750

DATA	EVOLUÇÃO	
<u>05/07/16</u>	<p>Pt melhora episódio gelado, entedido</p> <p>D: Gelo pós-operatório Electro shoc</p>	<p>23 DEZ 2016</p> <p>RECEBIDO</p> <p>Exame de rotina</p> <p>Exames de rotina</p>

DATA	EVOLUÇÃO	
<u>06/07/16</u>	<p>Pt melhora estabilizada, apresenta náuseas e vômitos, relata dor no membro operado. Episódio gelado no período.</p> <p>D: MIE elevado</p> <p>Exame de rotina</p> <p>Exames de rotina</p>	

DOC MÉDICO

RESUMO DE TRATAMENTO

1. NOME DO PACIENTE: R.F.A.N Fernandes Sales

2. LOCAL: Opatica - RJ

3. DATA DO ACIDENTE: 23/06/16

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO:

Sofreu Fratura Crânio
PEANA DIREITA

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO: Cirurgia Crânio
Dor Td Anestesia Analgesia
Fratura Crânio Interna
ZACB

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: Dor Edema

Dor momento de flexão
Extensão torção muscular

23 DEZ 2016

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: T4,2m

Direita Crânio

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

DATA: 21/09/16

Elanildo Martins
MÉDICO
CRM 6253

ASSINATURA E CARIMBO

PRESSCRIÇÃO MÉDICA

23 DEZ 2016

RECEBIDO

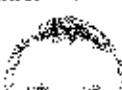
ACIENTE: Ricar Fernandes SolesMÉDICO: Dra. GenovezaPRONTO-SERVIÇO: 020544DATA: 06/07/16CONVÊNIO: Paticular

PREScrição

APRAZAMENTO

LEITO: AP = 04SETOR: Clínica Cirúrgica

PREScrição	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO	
		DATA	HORA
① Dalt zol		06/07/16	às 09:30hs
② July			
③ Lymecine 3g ev 09/07/16 lata	10V	22:	Tacanha em repouso no leito, consciente, verbalmente, em PO de estabilização em tibio
④ Butamox 50mg ev 09/07/16	10V	18: 02:	"E" gl curativo e edema na local, no momento não refere queixas algicas. Sugere dop CDE. PA 130x90 mmHg
⑤ Propranol 100mg + 100ml SF EV 11/07	14:	02:	TT 36,3°C P: 88bpm R: 20rpm
⑥ Rehidrat 50g ev 09/07/16	10V	19: 02:	S102-961
⑦ Dexamex 10mg ev 09/07/16 m ac - fm	10V / 10V	02: 04:	60 06/07/16 fm 16:30hs
⑧ Verap 40mg sc dia	10V		Pode receber alta hospitalar, entretanto, volta, reinternar e parenterale
⑨ 25000			pré operatória. Consultar Uro -
			1092584 TE
			Edite horário de mule

NAME SEAN FERNANDES SALES		PAC NUMBER : DIS. NUMBER 26072838765 88708 CE	
		CN 052.137.713-78 11/02/1891 NAME SÉRGIO SALES RODRIGUES TIVORILDE FERNANDES DE OLIVEIRA	
DOB: 02/11/1891 1097062890 V REGISTRO 26/01/2010		CEP <input type="checkbox"/> CRED <input checked="" type="checkbox"/> REC <input type="checkbox"/> CAL/REC TRANSPORTE 26/01/2010	

SEM OBSERVAÇÃO:

Dear Friends

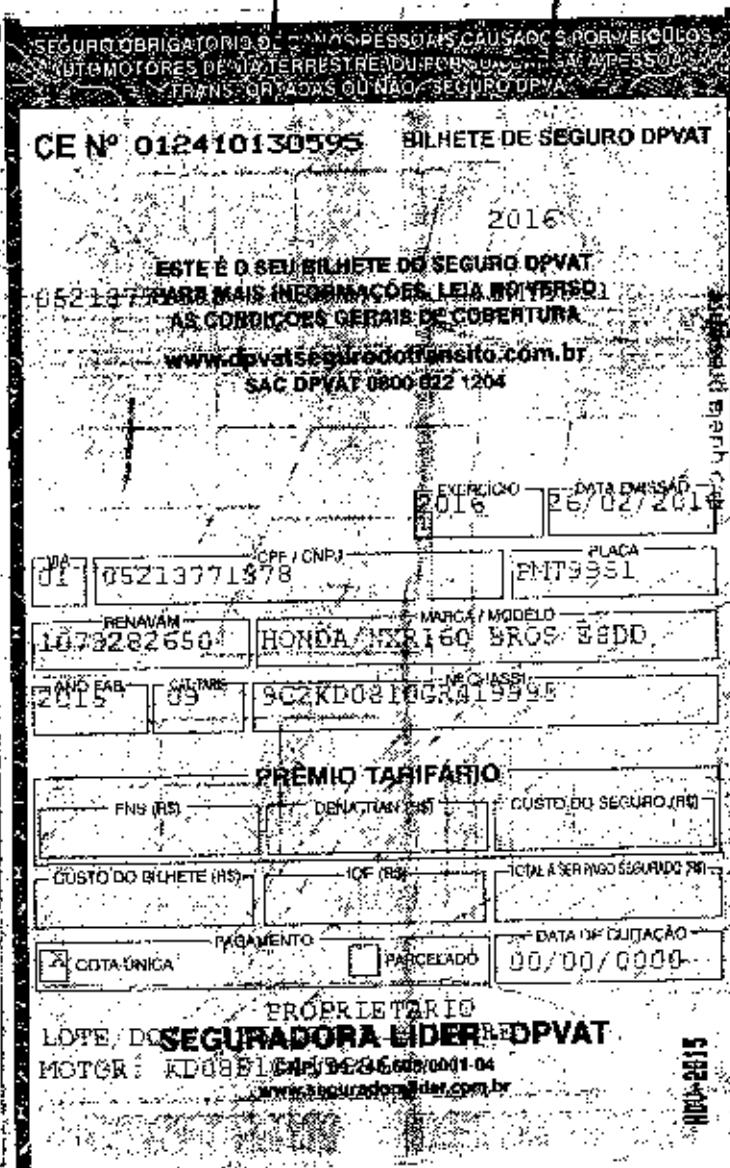
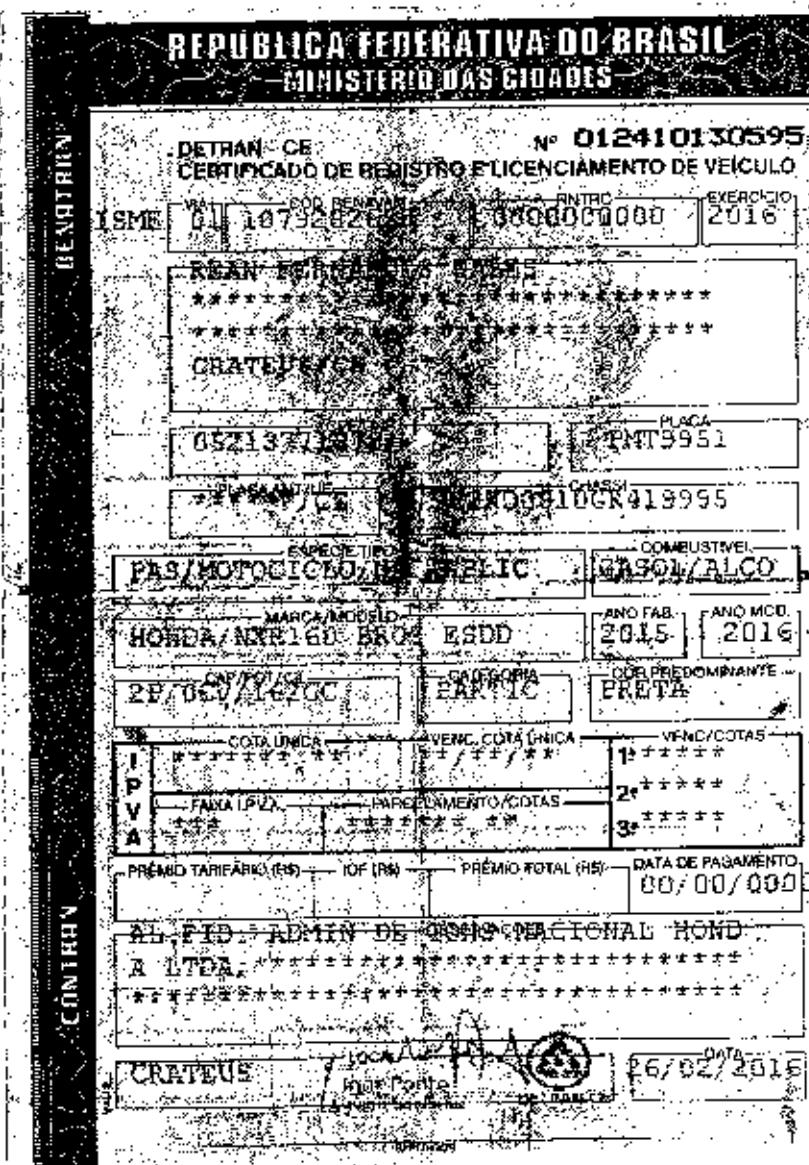


DATA DO CADASTRO	2007/11/04/27	Nº CADASTRO	00000000000000000000000000000000
DATA DE EXPEDICAO	12/09/2008		
INSCRIÇÃO FISCAL			
JOSÉ CARLOS LEITÃO			
00000000000000000000000000000000			
JOSE CARLOS LEITÃO			
VALCIRIA SÁVIA RIBEIRO LEITÃO			
00000000000000000000000000000000			
CRMF - CE		00000000000000000000000000000000	
CRMF - CE		10/02/1992	
DADOS PESSOAIS			
CERT. BASCENTO - CERTIDÃO DE NOME TERMO:105555 PULSA:160			
LUNERA 14 BIRLA ROSSA - CE			
00000000000000000000000000000000			



3 DEZ 2016

RECIBIDO



WILTON MARTINS
Editorial Substituto
Secretário Substituto
Presidente

www.conferencemao.org.br
original respeitado. Data:
15 SET 2015
Filiado:
Câmara de Vereadores de São Paulo
Sessão Plenária - 1º Semestre - 2015
Presidente: Fernando Haddad
Vereador: **Paulo Pimentel**
Assinatura: 
Foto: 

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

sequelas:

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 FINOS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Rian Fernandes Sales (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Estudante portador da cédula de identidade RG nº 20072838765, emitido pela SSP / (UF) ___, inscrito sob o CPF nº 052.137.713-78, residente na (endereço completo) R. Siqueira Campos, 750 A, na cidade de Brutus, (UF) PR, CEP 63.300-000 nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) Wesleya Diogo Bento (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Autônomo portador da cédula de identidade RG nº 2007190147-3, emitido pela SSP / (UF) ___, inscrito sob o CPF nº 057.883.143-05, residente na (endereço completo) R. Ubaldino Souto Maior, 1087, na cidade de Brutus, (UF) PR, CEP 63.300-000 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**.

23 DEZ 2016

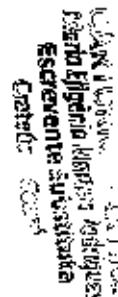
RECEBIDO

(local e data) Brutus PR 23/09/16

(assinatura) Rian Fernandes Sales

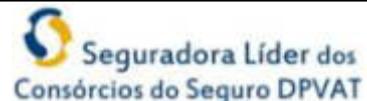
(RG) _____

AUTENTICIDADE															
	<table border="1"><tr><td>RECONHECO A(S) FIRMAS DE</td><td><u>Rian Fernandes Sales</u></td></tr><tr><td colspan="2">Declaro que as assinaturas</td></tr><tr><td colspan="2">Concordo com o que consta</td></tr><tr><td colspan="2">Assinei o documento</td></tr><tr><td colspan="2">Data: 30 SET 2016</td></tr><tr><td colspan="2">Em testemunho da verdade</td></tr><tr><td colspan="2"><u>Jabágu</u></td></tr></table>	RECONHECO A(S) FIRMAS DE	<u>Rian Fernandes Sales</u>	Declaro que as assinaturas		Concordo com o que consta		Assinei o documento		Data: 30 SET 2016		Em testemunho da verdade		<u>Jabágu</u>	
RECONHECO A(S) FIRMAS DE	<u>Rian Fernandes Sales</u>														
Declaro que as assinaturas															
Concordo com o que consta															
Assinei o documento															
Data: 30 SET 2016															
Em testemunho da verdade															
<u>Jabágu</u>															



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: