

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: FABIO FURTADO BRAGA

Nº Sinistro: 3180080436

Vitima: FABIO FURTADO BRAGA

Data do Acidente: 10/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEILA SILVA FURTADO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180080436**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

080-089-809-62

Nome completo da vítima

Fábio Furtado

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Fábio Furtado Braga	CPF titular da conta	080-089-809-62	Profissão	recuso
Endereço	R- Joni Larma	Número	00	Complemento	Sem
Bairro	porto dos Bancos	Cidade	Itanema	Estado	CEP
Email	nao.possui				Telefone (DDD)
					88-9969-39968

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

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

AGÊNCIA
NRO.

D/V CONTA
NRO. D/V

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA
NRO.

D/V CONTA
NRO. D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	<input type="text"/> Bradesco	NRO.	<input type="text"/> 237
AGÊNCIA NRO.	<input type="text"/> 0684	D/V	<input type="text"/> 0
CONTA NRO.	<input type="text"/> 16690	D/V	<input type="text"/> 04
(Informar dígito se existir)			

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

Acaraí , 08 de Fevereiro de 2018

Local e Data

FÁBIO FURTADO BRAGA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Fábio Furtado Braga.

CPF da Vítima

080 089 803 62

Data do Acidente

10-12-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Acanaí, 01 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Fábio Furtado Braga

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

EMS: Porto das BarcasPSF de origem: Nome: Fábio Funtado Braga

Raça: Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena ()

Filiação: Flávio Rodrigues Braga / Leila Silva FuntadoEndereço: Porto das BarcasRG 2017060681-8Registro Nascimento 6695

Horário de chegada:

ACS: Leila DN 06/07/2000ACS: DN / / Sexo: M () FIdade: 13 ABairro: Naturalidade Macau - PData Expedição 30/3/04 CNS 898003219099639Livre 449 Fólias 65 Telefone ()Data 10/12/17 Recepção Charlinda

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA: mmHg Temp: Cº Pulso: bpm FR: mm Peso: Kg SpO2 % GC: mg/dL

Ass. Aux./Tec. de Enfermagem/Carimbo: _____ Horário: _____

PROCUROU A UNIDADE DE SUA ÁREA?

SIM: Encaminhado () Sem Ficha de Atendimento () Sem Médico () Unidade Fechada () Problema Não Solucionado () Outros _____

NÃO: Pode () Presumir não resolver seu problema () Visitará sua residência () Sem Atendimento

Queda Principal: _____

Breve Histórico: _____

Observações: _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Classificação de Risco

VERMELHO ()	LARANJA ()	AMARELO ()	VERDE ()	AZUL ()
--------------	-------------	-------------	-----------	----------

Conduta de Enfermagem: _____

Assinatura Enfermeira: GERENIBIA CORRETORA DE SEGURO
15 FEV. 2018

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Paciente com História de Onicofagia de Mão e Cho de Copeia. Lactante com a regra temporal (D) e 3/3 mês de peso (P)

Medicação: (1) Valeren 75mg IN (2) Sulfato Sipé

Exames Solicitados: (1) Baloto Rx

Maria Luisa de Cassia Costa
Escrevente Compromissada
Cartório de Itarema

Dr. Nivaldo Santos
CRM: 11783
CREMEC: 55
SELO: 100

CARTÓRIO LAURA

SÉRIE DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA-CE

O PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE COM O ORIGINAL, QUE

ESTÁ APRESENTADO NESTAS NOTAS, DOU-PE

ITAREMA-CE 17/01/18

D2F 03
AUTENTICO
HN221389

Laura Eduardo de Cassia Costa - Titular
Mary Cláudia Costa Roque - Substituta

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

Medicação Administrada: _____

Horário da Administração: _____

Ass. Aux./Tec. Enfermagem/COREN: _____

Término do Atendimento: _____

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO FURTADO BRAGA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00684-0

CONTA: 000000016670-7

Nr. Autenticação

BRADESCO14052018050000000002370068400000016670472500 PAGO

INFORMAÇÕES
4912885-0
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdivino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 509349782

Rota 32 35063 05 039900 - 9 Data de Emissão 17/01/2018
Nome FLAVIO RODRIGUES BRAGA
End. Postal RU JOSE COSMO 00000
PORTO DOS BARCOS - ITAREMA - 62590000
Medidor 2124615 Poste 0000 A805
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 074977947-01 CGF
Nome do Responsável

DATAS			INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.					
Jan/2018	17/01/2018	16/02/2018	Conjunto	AC200	Mês	Nov/2017	EUSD 20,16	
			ICMS					
			Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual	
			ISENTO			Mensal	Trim.	Anual
			DIC	10,58	21,17	42,34	0,33	0,00
			AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL	FIC	7,67	15,34	30,65	1,00
				DMIC	5,68		0,33	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cona. Inc.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4431	4298	1,00	133	0,00	133	0,36490	48,53
17/01/18	15/12/17		30 DIAS		133		48,53
							VALOR (R\$)
							48,53
							1,53
							12,85

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 48,53
CORRECAO MONETARIA DO MES 1,53
JUROS DO MES 12,85

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	22,76
Transmissão	2,27
Distribuição	12,25
Encargos Sistêmicos	5,35
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,69
TOTAL	48,53

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

14	13	145	128	137	96	150	134	160	136	143	129	119
PED	Jan	Dez	Nov	Out	Sep	Agosto	Jul	Jun	Maio	Abri	Mar	Fev

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (+ 30)

57,48 0,00 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NÚMERO DE CLIENTE SÓLIDO NO BLOCO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 2,65 referente à PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,00% e (COFINS:4,5%
Outros: 9% PIS/COFINS - enel - IPI: 10,637,02 e ICMS: 0,823,85)

Nº do Cliente: 4912885-0 Referência: Jan/2018
Data de Emissão: 17/01/2018 Total a Pagar (R\$): 62,91
Nº da Nota Fiscal: 509349782 Nº de Controle: 0004912885 00068 39692 02

83800000000-9 62910031000-8 00049128850-6 00683969217-9



172.017.124.060

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 Freila Silva Furtado inscrito (a) no CPF/CNPJ 109.513.877 / 40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fábio Furtado Braga inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.089.805-63, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Fábio Furtado Braga, inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.089.805 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: revisor Renda: meio bdp e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, comprov. endereço

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço			Número	Complemento
R- Jorí Cosmo			00	Sem
Bairro	Bairro	Cidade	Estado	CEP
Ponto dos bairros	Itanema			
Email			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
nao possui			88 996919968	88 996919008

Acarauí, 01 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Freila Silva Furtado
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leila Sibra Furtado,
RG nº 95002169777 data de expedição 05/10/2009
Órgão SSP/ce, portador do CPF nº 109.513.877-40, com
domicílio na cidade de Itarema, no Estado de
Brasília, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Camilo - Porto dos Barcos, nº 00,
complemento Sem, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fábio Furtado Braga, cujo o condutor era
Francisco Anderson Souza Ferreira.

Veículo: Moto
Modelo: Honda B12 125 ES

Ano: 2013

Placa: DSP 5932/CE

Chassi: 9C2J5C4820 DR 509601

Data do Acidente: 10.12.2017

Local e Data: Itarema 31.01.2018



Leila Sibra Furtado

Assinatura do Declarante

Francisco Anderson Souza Ferreira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO LAURA
 CARTÓRIO DE TESTEMUNHA

Reconheço a(s) Firma(s) de
Leila Sibra Furtado
Dou fé Itarema-CE, 31/01/2018
Em testemunho Leila Sibra Furtado
LAURA EDUARDO DE CÁSSIA COSTA - Titular
MARY CLÁUDIA COSTA ROQUE - SUBSTITUTA

Mano Luisa de Cassia Costa
Escrevente Compromissada
Cartório de Itarema



VALIDO SOMENTE
COM SELO
DE AUTENTICIDADE

LEIA CORRETORA DE SEG. LTDA
15 FEV. 2018

REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

EMS: Porto das Barcas ACS: Leila DN: 06/07/2000
 FSE: Leila ACS: BN: Sexo: M / F
 Nome: Fábio Funtado Braga Idade: 17
 Raça: Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena ()
 Filiação: Flávio Rodrigues Braga / Leila Silva Funtado
 Endereço: Porto das Barcas Bairro: Naturalidade Itarema - PI
 RG: 2017060681-8 Data Expedição: 30/3/14 CNS: 898003219099639
 Registro Nascimento: 6645 Livro: 419 Folhas: 65 Telefone:
 Horário de chegada: 10/12/13 Recepcionista: Leila

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA: X mmHg Temp.: 36 C° P脉: 80 bpm FR: 18 mm Peso: 65 Kg SpO2: 98 % GC: 100 mg/dL
 Ass. Aux./Tec. de Enfermagem/Carimbo: _____ Horário: _____

PROCUROU A UNIDADE DE SUA ÁREA?

Sim () Enfermaria () Sem Fisica de Atendimento () Sem Medico () Unidade Fechada () Problema Não
 Solucionado () Outros _____

NÃO: Foi () Presumi não resolver seu problema () Distante de sua residência () Sem Atendimento
 () Outros _____

Questão Principal: _____

Breve Histórico: _____

Observações: _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Classificação de Risco

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE ()

Sensação de Enfermagem: _____

Assinatura Enfermeiro/COREN: _____

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Pac. com Histórico de Onicada de Mto. na Cx de Copacabana. Tumor
Onicada na Reta = Tumor () e 1/3 recto aberto ()
Medicação: () Valganciclovir 750 mg 3x / () Sulfam. Sup.

Exames Solicitados: () Sulfam. Rx.

Maria Luisa de Cassia Costa
 Escrevente Compromissada
 Cartório de Itarema

Dr. Wellington Santos
 2016/09/10 11:11:11

CRÉDITO: 00000000000000000000000000000000

AUTENTICO: 00000000000000000000000000000000

DATA: 00/00/0000


**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3021114

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3021114

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fábio Fábio Braga

6 - NP DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACIOCÓR

Masc. Fem.

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Móvel Fixo

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Móvel Fixo

15 - ENDERÇO (RUA, N°, BARRA)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. ICD-10 MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com história de
alcoolismo com desab

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + exames epidemiológicos

23 - DIAGNÓSTICO FINAL
história de alcoolismo

24 - COD. ICD-10: S52.8

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Testes de álcool

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0401801204311

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DO DOCUMENTO (CNIS/CNP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*THAIS ANAIS**11/12/2018*

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*CONSELHO FEDERADO DE SAÚDE DO CEARÁ***PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPQ DA SEGURODORA

40 - N° DO BILHETE - TELO - 1400000000000000

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPQ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA - 44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45 - VÍNCULO

46 - N° DO BILHETE - TELO - 1400000000000000

40 - EMPREGADO

41 - EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESAPPREGADO

47 - N° DO CÓDIGO EMISSOR

45 - APOSENTADO

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DOCUMENTO

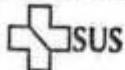
52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - CNIS

53 - CNPQ

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

17/03/2018
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3021114

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3021114

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fábio Funido Braga

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Mas.

1

Fem.

3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com febre de
olecrano com dor

LIBIA CORRETORA DE SEGUIMENTO
- 8 MAR. 2018
0056212118

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

anamnese + exar artrítico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

febre de olecrano

24 - CD 10 PRINCIPAL, 25 - CD 10 SECUND., 26 - CD 10 ASSISTENTE

552.8

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080204311

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

94717121031618

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

THIAGO ANANJO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/12/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM-CE 1001000001-1

Ortopedista e Traumatologista

CRM-CE 1001000001-1

Thiago Ananjo

CRM-CE 1001000001-1

Thiago Ananjo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGUADORA

40 - N.º DO BILHETE

1001000001-1 SÉRIE

PS43

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Fábio Furtado Braga.

Vítima de acidente de transito na data: 10/12/2017, apresenta:

fratura de Olearano com Denis pelo qual foi feito proceder cirurgia; seu fisioterapeu de reabilitação, com desinervação da força muscular do braço esquerdo e dor em excesso aos esforços de movimentos bruscos.

Dra. Arlet M. S. S. Consulta
data 26/03/2018 2300515
f

URIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 MAR. 2018
0056212118

Acaraú 23/Março/2018

3180080436
1693-23-012

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Pólio Furtado Braga.

Vítima de acidente de trânsito na data: 10 / 12 / 2017, apresenta:

quadro de Pólio com envio pelo qual foi feito
processo cirúrgico: cirurgia de reposição, com
diminuição da força muscular do braço esquerdo e
por esse motivo aos esforços de movimentos livres.

Dra. Aline T. Braga
CRM-CE 2300515

RIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
29 MAR. 2018

Acaraú 29/Março/2018

3180086189
0056212/18

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Pálio Furtado Biopsa

Vítima de acidente de trânsito na data: 10/12/2017, apresenta:
histórico de Olímpio com ferimento pelo qual foi feito
processo cirúrgico, com fisioterapeuta de reabilitação, com
desenvolvimento de forte náuseas, de hipo e esgotado e
dor em decorrência dos esforços de movimentos bruscos.

Dra. Arlet M. Bento
Médica 2300525

10/04/18

COMPANHIA DE SEGUIMENTO
12 ABR. 2018

REGISTRO DE VACINAÇÃO



REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

EMS: Porto dos Bárbaros ACS: Leila DN 06/07/2000
 PSF de origem: _____ ACS: _____ DN 11 Sexo: M / F
 Nome: Fábio Funtado Braga Idade: 17
 Raça: Branca () Parda () Preta () Amazônica () Indígena ()
 Filiado: Flávio Rodrigues Braga / Leila Silva Funtado
 Endereço: Porto dos Bárbaros Bairro: Naturalidade Macapá - PA
 RG 2017060681-8 Data Expedição 30/3/07 N-CNS 898003219099639
 Registro Nascimento 6695 Livro 449 Folhas 65 Telefone ()
 Horário de chegada: _____ Data 10/12/17 Repcionista Charlinda

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA: x mmHg Temp: Cº Pulsos: bpm FR: mm Peso: Kg SpO2: % GC: mg/dL
 Ass. Aux./Tec. de Enfermagem/Carimbo: _____ Horário:

PROCUROU A UNIDADE DE SUA ÁREA?

SIM () Encaminhado () Sem Ficha de Atendimento () Sem Médico () Unidade Fechada () Problema Não Solucionado () Outros _____

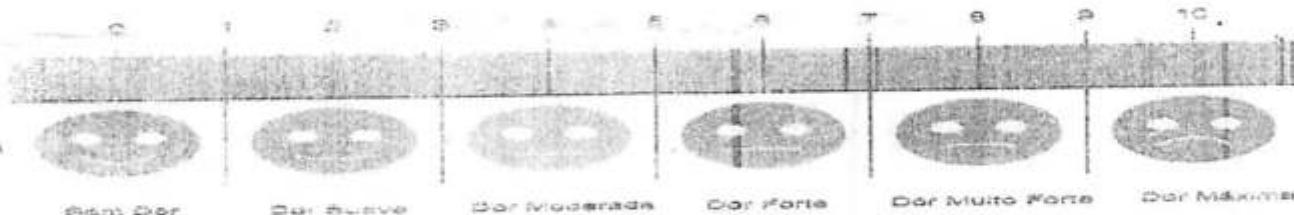
NÃO: Pôs. () Presumi não resolver seu problema () Distante de sua residência () Sem Atendimento () Outros _____

Queixa Principal: _____

Brve Historico: _____

Observações: _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Classificação de Risco

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()

Conduta de Enfermagem: _____

Assinatura Enfermeiro/COREN: _____

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Tosse com Márca de Chuva de Moto na Chuva de Copo. Lixo
 Cat. contum e rugido temporal (D) e 3/3 necto ab. para (E)
 Edema importante do Cobalto (F) (Furto furado?)
 Medicção: (D) Valtom 75g 1a (E) Sutur Sapl

Exames Solicitados: (F) Sputo Rx.

Mano Luisa de Cassia Costa
 Escrevente Compromissada
 Cartório de Itarema

DR. Nivaldo Santos
 CRM: 10783
 MÉDICO CRM
 CREMEC 55

CARTÓRIO LAURA

OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA-CE

A presente cópia confere com o original, que
 foi apresentado nestas notas, DOU-PE



VLD

Itarema-CE 17/07/18

</



Sistema
Ministério
Único da
Saúde da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

30211114

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

30211114

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fábio Ferreira Braga

9 - N° DO PRONTUÁRIO

3

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1

8 - SEXO

M

9 - RAC/ETN

3

11 - NOME DA MÃE

10 - DDD

0

12 - FONE DE CONTATO

0

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - DDD

0

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBOPE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com febre de

oleosse com dor

LÍMIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade tratamento cirúrgico

26 ABR. 2018

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

anemia - oxir eletro

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

febre de oleosse

24 - CD. HABITAC., 25 - CD. 10 SECUR., 26 - CD. 10 SECUR.

5521

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

gastroint

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040181012101311

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS

CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

99735121031613

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

THALES ANARDO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*CRM/CE
ONTOPIA ALENTO*

36 - N.º DO BRUHETE

10000041 - SÉRIE

1047

36 - 1 ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - 1 ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

41 - CBO-R

38 - 1 ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PRÉVIA-DE

EMPREGADO EMPREGADOR

AUTÔNOMO DESENTRALGADO

APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DDD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

CNS CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/11/2018

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

62 - CORRETORA DE SEG. DE VIDA

26 ABR. 2018

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Fábio Augusto Bessa

Vítima de acidente de trânsito na data: 10/12/2017, apresenta:
fratura de Ossipus com desvio pelo qual foi feito
proceder cirúrgico: ure fisioterapeus de reabilitação, com
diminuição da força muscular do braço esquerdo e
por esse motivo os esforços de movimentos baixos.

Dra. Aline Tadeu
Assinatura

16
05
2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

17 MAIO 2018

ASSINATURA

A rectangular notary seal with rounded corners. The text is arranged in a grid-like pattern. The top row reads 'VALDO SÓMERO COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO'. The middle row contains '06/07/2000' on the left and 'Massimeto' on the right. The bottom row has 'FABIO FURTADO BRAGA' on the left, 'Nome' in the center, and '080.089.803-62' on the right. A diagonal line from the bottom-left to the top-right contains the text 'RECITAL Federal 5 FEV. 2008'. A large, faint circular watermark in the background reads 'MINISTÉRIO DA FAZENDA CORRETORA DE SEGURO'.

9E6E.DA22.B81B.F8C4
CÓDIGOS DE CONTROLE
A autenticidade desse comprovante deve ser
verificada no Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 09:04:52 do dia 23/04/2015 (horas e data de Brasília)
digite o verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	30/03/2017	DATA DE EMISSÃO	2017060681 - 8	NR. DO DOCUMENTO
FLÁVIO FURTADO BRAGA				
FLÁVIO RODRIGUES BRAGA				
LEILA SILVA FURTADO				
DATA NACIONAL				
06/07/2000				
MACÉ · RJ				
DOC. NACIONAL				
CEERT, MASCIMENTO - CARTÓRIO:2 DISTRITO DE MACAÉ TÉRMO:6645				
FOLHA:65 LIVRO:149 MACAÉ - RJ				
LEI N° 7.116 DE 29/06/83				
REGISTRO DE DOCUMENTO				
VIA				
P.: 128				

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RECIBO GERAL 95002169777	DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/2009
NOME LEILA SILVA FURTADO	
FILHO(a) DOMINGOS GUILHERME FURTADO	
FRANCISCA VERA DA SILVA	
NATURALIDADE FORTALEZA - CE	
DATA DE NASCIMENTO 15/01/1979	
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:12355 FOLHA:140V	
LIVRO:111 ACARAÚ - CE	
CNPJ 20 000 000 0001-01	
ASSINATURA DO DIRETOR LEI N 7.116 DE 29/08/83	
P. : 128	
ASSINATURA DO TITULAR Leila Silva Furtado	
CARTERA DE IDENTIDADE	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polegar Direito







LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
15 FEV. 2018
ASS:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180080436

Nome do(a) Examinado(a): FABIO FURTADO BRAGA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOSE COSMO, 00 - ITAREMA/CE - CEP 62590-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20170606818 - SSP-CE. - 30/03/2017

Data e Local do Acidente : 10/12/2017 - ITAREMA, CE.

Data e Local do Exame : 08/05/2018 RUA PAULO ARAGÃO, 579 - SOBRAL/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAREMA, TRANSFERIDA PARA MARACANAÚ, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK. A VÍTIMA FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM MARÇO DE 2018, SEM COMPLICAÇÃO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATRFIA MUSCULAR DO MSE, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO COTOVELO ESQUERDO, AUMENTO DE VOLUME DO COTOVELO ESQUERDO E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSE, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE E BLOQUEIO DO COTOVELO ESQUERDO.

VII. Segundo 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

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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MSE.

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180080436

Nome do(a) Examinado(a): FABIO FURTADO BRAGA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOSE COSMO, 00 - ITAREMA/CE - CEP 62590-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20170606818 - SSP-CE. - 30/03/2017

Data e Local do Acidente : 10/12/2017 - ITAREMA, CE.

Data e Local do Exame : 29/05/2018 RUA PAULO ARAGÃO, 579 - SOBRAL/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO ITAREMA, TRANSFERIDO PARA MARACANAÚ, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM MARÇO DE 2018, SEM COMPLICAÇÃO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DO MSE, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO COTOVELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL DO COTOVELO ESQUERDO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSE, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE E BLOQUEIO DO COTOVELO ESQUERDO.

VII. Segundo 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

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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MSE.

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

3180080436
0056242118

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Fábio Furtado Bessa
Vítima de acidente de trânsito na data: 10/12/2017, apresenta:
fratura de Osservano com desvio pelo qual foi feito
proceder cirúrgico com fisioterapeuta de reabilitação, com
desmobilização da força muscular do braço esquerdo e
por seu desempenho os esforços de movimentos baixos.

ora. Ariel Tabesuho
data 23/05/15

14
04
18

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
26 ABR. 2018

SOLICITAÇÃO DE REANALISE DE PROCESSO

NOME	Fábio Furtado Braga
RG	20170606818
CPF	080.089.805-62
SINISTRO	31801080436

Venho por meio desta solicitar a reanálise do meu processo junto a Seguradora Lider, visto que encontro-me com sequelas, favor solicitar nova avaliação médica para que meu caso seja reavaliado.

Agradeço desde já.

Acaraú-ce, 16/05/2018

*FÁBIO FURTADO BRAGA

UBIA CORRETORA DE SEG. LTD

17 MAIO 2018

ASS.

UBIA CORRETORA DE SEG. LTD

17 MAIO 2018

ASS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE COTOVELO DIREITO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

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	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'JORGE DA SILVA MOTTA'.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE COTOVELO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

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	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

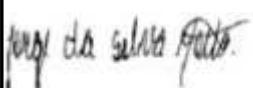
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE COTOVELO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

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	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

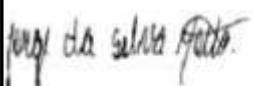
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

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	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

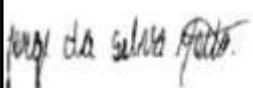
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

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	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

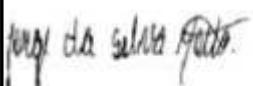
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE COTOVELO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

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	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

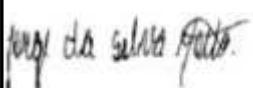
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE COTOVELO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

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	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

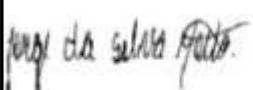
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

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	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

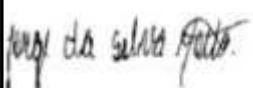
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA

Cidade: Itarema
Data do acidente: 10/12/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE SEVERA DE COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: COTOVELO 75%

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA

Cidade: Itarema
Data do acidente: 10/12/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olécrano esquerdo.

Descrição do exame Bloqueio articular do cotovelo esquerdo associado a assimetria escapular e edema residual acarretando debilidade **médico pericial:** funcional do membro superior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do olécrano esquerdo (redução e fixação metálica).
Realizou fisioterapia (20 sessões).
Recebeu alta médica em 03/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do cotovelo esquerdo , com comprometimento funcional e diminuição da força do membro superior esquerdo.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA LEAL

CRM do médico: 16566

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA

Cidade: Itarema
Data do acidente: 10/12/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olécrano esquerdo.

Descrição do exame Bloqueio articular do cotovelo esquerdo associado a assimetria escapular e edema residual acarretando debilidade **médico pericial:** funcional do membro superior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do olécrano esquerdo (redução e fixação metálica).
Realizou fisioterapia (20 sessões).
Recebeu alta médica em 03/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do cotovelo esquerdo , com comprometimento funcional e diminuição da força do membro superior esquerdo.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA LEAL

CRM do médico: 16566

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olécrano esquerdo.

Descrição do exame Bloqueio articular do cotovelo esquerdo associado a edema residual , assimetria escapular e atrofia muscular do **médico pericial:** membro superior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do olécrano esquerdo (redução e fixação metálica).

Realizou fisioterapia (40 sessões).

Recebeu alta médica em 03/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do cotovelo esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro superior esquerdo.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.

A revisão referente a essa perícia manteve a conduta da perícia anterior , a saber: região corporal- Membro superior esquerdo com dano de 50%.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA LEAL

CRM do médico: 16566

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180080436 **Cidade:** Itarema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FURTADO BRAGA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olécrano esquerdo.

Descrição do exame Bloqueio articular do cotovelo esquerdo associado a edema residual , assimetria escapular e atrofia muscular do
médico pericial: membro superior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do olécrano esquerdo (redução e fixação metálica).

Realizou fisioterapia (40 sessões).

Recebeu alta médica em 03/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do cotovelo esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro superior esquerdo.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.

A revisão referente a essa perícia manteve a conduta da perícia anterior , a saber: região corporal- Membro superior esquerdo com dano de 50%.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA LEAL

CRM do médico: 16566

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Outorgante: Fábio Gustavo Braga, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Rua José Lemos, nº 00, bairro Porto dos Barcos, Município de Parma, Estado de(o) Ceará, Cep: 62590-000, portador(a) do Rg nº 2017-060681-8, SSP/CE e CPF nº 080.089.803-62.

Outorgado: Geila Silva Furtado, brasileiro(a),
estado civil Solteira, profissão Agente de Saúde, residente e domiciliado(a) à
Rua Vereador Lamego, nº 00, bairro Ponta das Barcas,
Município de Florianópolis, Estado de (o) SC, Cep: 88090-000,
portador (a) do RG nº 05002169777 SSP/SC e CPF nº 109.513.877-40

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Jaíro Furtado Braga, ocorrido em 10.12.2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

..... Haruma 30, de januário De 2017.

1º OFICIO

FÁBIO FURTADO BRAGA

Outorgante
CPF N° 080.089.803-62

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTORIO LAURA 700 SEMEINCA

Reconheço a(s) Firma(s) de
Fábio Furtado Biagi

Dou fé Itarema-CE, 30/01/2019.
Em testemunho _____ da Verdade

LAURA EDUARDO DE ASSIS - TIA titular
MARY CLÁUDIA COSTA ROQUE - SUBSTITUTA



**VALIDO SOMENTE
COM SELO
DE AUTENTICIDADE**

9.803-002
CORRETORA DE SEG. ETC
15 FEV. 2018
ASS:

PROCURAÇÃO

Outorgante: Fábio Gustavo Braga, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Flávio José Lemos, nº 00, bairro Porto dos Barcos, Município de Parába, Estado de(o) Ceará, Cep: 62590.000, portador(a) do Rg nº 2017-060681-8, SSP/CE e CPF nº 080.089.803-62.

Outorgado: Geila Silva Furtado, brasileiro(a),
estado civil Solteira, profissão Agente de Saúde, residente e domiciliado(a) à
Rua Vereador Corrêa, nº 00, bairro Ponta das Barcas,
Município de Itarumé, Estado de (o) Rio Grande, Cep: 62990-000,
portador (a) do RG nº 05002169778SPI cl. e CPF nº 109.513.877-40

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Jaíro Furtado Braga, ocorrido em 10.12.2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

..... Haruma 30, de januário De 2017.

1º OFICIO

FÁBIO FURTADO BRAGA

Outorgante
CPF N° 080.089.803-62

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

GARTORIO LAURA



9.803-002
CORRETORA DE SEG. ETC
15 FEV. 2018
ASS:

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: FABIO FURTADO BRAGA

Nº Sinistro: 3180080436

Vitima: FABIO FURTADO BRAGA

Data do Acidente: 10/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEILA SILVA FURTADO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180080436**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FURTADO BRAGA**

Nº Sinistro: **3180080436**

Vitima: **FABIO FURTADO BRAGA**

Data do Acidente: **10/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEILA SILVA FURTADO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180080436**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FURTADO BRAGA**

Nº Sinistro: **3180080436**

Vitima: **FABIO FURTADO BRAGA**

Data do Acidente: **10/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEILA SILVA FURTADO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180080436**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FURTADO BRAGA**

Nº Sinistro: **3180080436**

Vitima: **FABIO FURTADO BRAGA**

Data do Acidente: **10/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEILA SILVA FURTADO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180080436**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

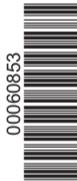
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FURTADO BRAGA**

Nº Sinistro: **3180080436**

Vitima: **FABIO FURTADO BRAGA**

Data do Acidente: **10/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEILA SILVA FURTADO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180080436**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FURTADO BRAGA**

Nº Sinistro: **3180080436**

Vitima: **FABIO FURTADO BRAGA**

Data do Acidente: **10/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEILA SILVA FURTADO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180080436**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

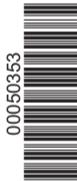
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Carta n°: 12814387

A/C: FABIO FURTADO BRAGA

Nº Sinistro: 3180080436
Vitima: FABIO FURTADO BRAGA
Data do Acidente: 10/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LEILA SILVA FURTADO

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: FABIO FURTADO BRAGA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000684-0

Conta: 0000016670-7

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 superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: FABIO FURTADO BRAGA

Sinistro: 3180080436

Vítima: FABIO FURTADO BRAGA

Data do Acidente: 10/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEILA SILVA FURTADO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180080436** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: FABIO FURTADO BRAGA

Sinistro: 3180080436

Vítima: FABIO FURTADO BRAGA

Data do Acidente: 10/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEILA SILVA FURTADO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180080436** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

