

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

080.089.803-62

Nome completo da vítima

Fabio Furtado

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Fabio Furtado Braga</u>		CPF titular da conta <u>080.089.803-62</u>	Profissão <u>sem</u>
Endereço <u>R. José Carmo</u>		Número <u>00</u>	Complemento <u>Sem</u>
Bairro <u>Porto dos Bancos</u>	Cidade <u>Itanema</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62590-000</u>
Email <u>naopomui</u>		Telefone (DDD) <u>88-9969-9968</u>	

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			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> <u>Bradesco</u> <u>237</u>	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> <u>0684</u> <u>0</u> <u>16690</u> <u>9</u> (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.

Aconari, 05 de Fevereiro de 2018
Local e Data

FABIO 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

Fabio 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.

acará, 01 de Fevereiro de 2018

Local e Data

FABIO FURTADO BRAGA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

EMS: Porto das Baúas ACS: Leila DN 06/07/2000
 PSF de origem: ACS: DN / / Sexo: X M() F
 Nome: Fabio Furtado Braga Idade: 17
 Raça: Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena ()
 Filiação: Flávio Rodrigues Braga / Leila Silva Furtado
 Endereço: Porto das Baúas Bairro: Naturalidade Local - PJ
 RG 2017060681-8 Data Expedição 30/3/17 CNS 898003219099639
 Registro Nascimento 6645 Livro 449 Folhas 65 Telefone ()
 Horário de chegada: Data 10/2/17 Recepcionista Charlinda

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA: x mmHg Temp.: C° 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

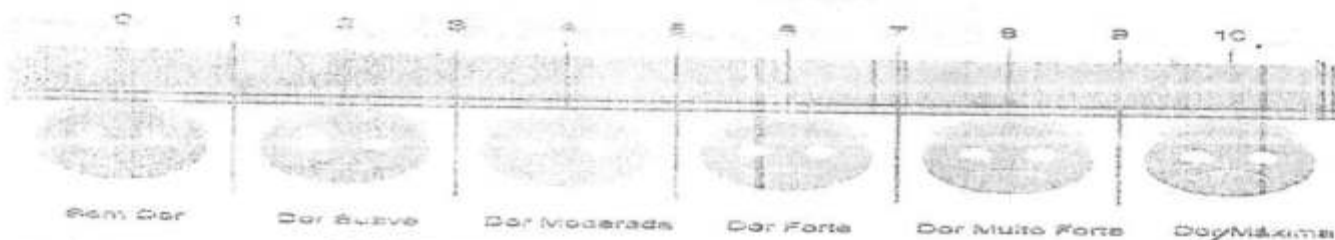
NÃO: Pois () Presumi não resolver seu problema () Distância de sua residência () Sem Atendimento

Queixa Principal:

Breve Histórico:

Observações:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Classificação de Risco

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

Conduta de Enfermagem:

Assinatura Enfermeira/COREN:

15 FEB. 2018
 1513 CORRETORA DE S.S. LTDA.

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Paciente com História de Queda de 1,50m sem Cho de Copacete. Lacer
Co. Contus e reg. Temporal (D) e 3/3 macho do puno (E)
Educa imobiliza de Colúmbio (F) (Fratura fechada?).
 Medicação: (1) Valium 75mg IV (2) Sulfamida

Exames Solicitados: (1) Raio X

Maria Luisa de Cassia Costa

Escrevente Compromissada

Cartório de Itarema

Dr. Valdemar Santos
 MEDICO CRM
 CREMEC-SE 783

CARTÓRIO LAURA

OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA-CE
 presente copia conferi com o original, que
 e foi apresentado nestas notas, DOU-PE



Itarema-CE 17/02/2018

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

BRABCO1405201805000000000023700684000000016670472500 PAGO

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

Atividade para ser realizada
 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07047291/0001-70 | CGF 08.105.848-3

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			ÍNDICE 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	ACR000	
			Mês	Nov/2017	ÍNDICE 20,16
ICMS			DICI = 0,00 P		
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		
ISENTO			Mensal	Trim.	Anual
			DIC	10,59	21,17
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	7,67	15,34
C222.B455.38FF.218C.9EF8.4F8F.D168.D1E5			DMIC	5,68	
					0,33

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
4431	4298	1,00	133	0,00	133	0,36440	48,53		
17/01/18	18/12/17		30 DIAS		133		48,53		
DESCRIÇÃO							VALOR (R\$)		
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		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	22,76	134	133
Transmissão	2,49	145	128
Distribuição	2,35	137	96
Encargos Setoriais	2,69	150	134
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,69	143	160
TOTAL	48,53	136	129
		119	
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		15 FEB 2018	
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		100	
Emitido kg (CO ₂)	57,48	Consciência Ecológica + 30%	
Compensado kg (CO ₂)	0,00		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
 PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DO CLIENTE 4912885-0
 Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
 de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal
 Consta desta fatura R\$ 2,69 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:1,00% e COFINS:4,50%
 (LCS: 9 Rev. 100 2005 - ANCEL e leis n. 10.637-02 e 10.833-03)

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

8380000000-9 62910031000-8 0004912885-6 00683969217-9



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

15 FEB. 2018

Ans.

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 Keila Silva Furtado inscrito (a) no CPF/CNPJ 109.513.877 / 40 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabio Furtado Braga inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.089.805-62 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Fabio Furtado Braga inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.089.805 / 62 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: recuso Renda: recuso e apresento os documentos comprobatórios: Rg, cpf, comp. endereço.

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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 <u>R - José Cosmo</u>		Número <u>00</u>	Complemento <u>sem</u>
Bairro <u>Porto das barcos</u>	Cidade <u>Itarema</u>	Estado	CEP
Email <u>nao possui</u>	Telefone comercial(DDD) <u>33 996919968</u>	Telefone celular (DDD) <u>33 996919968</u>	

Acaracú, 01 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Keila Silva Furtado
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Reila Silva 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

Pernambuco, 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 Fabio Furtado Braga, cujo o condutor era

Francisco Anderson Souza Ferruzia

Veículo: Moto

Modelo: HONDA B12 125 ES

Ano: 2013

Placa: OSP 5932/CE

Chassi: 9C2JC4820KR5096A

Data do Acidente: 10.12.2017

Local e Data: Itarema 31.01.2018



Reila Silva Furtado

Assinatura do Declarante

Francisco Anderson Souza Ferruzia

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

CARTÓRIO LAURA
DE AUTENTICIDADE

Reconheço a(s) Firma(s) de

Reila Silva Furtado

→ → →

Dou fé Itarema-CE, 31/01/2018

Em testemunho da da verdade

Laura Eduardo de Cassia Costa

LAURA EDUARDO DE CÁSSIA COSTA - Titular

MARY CLÁDIA COSTA ROQUE - SUBSTITUTA

Maria Luisa de Cassia Costa
Escrevente Compromissada
Cartório de Itarema



VALIDA SOMENTE
COM SELO
DE AUTENTICIDADE

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

15 FEV. 2018

ASS:

REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

EMS: Porto das Bananas ACS: Leila DN: 06.07.2000
 PSF: 6645 ASES: 65 BN: 1 Sexo: M Idade: 17.4
 Nome: Fabio Furtado Braga
 Raça: Branco () Parda () Preta () Amarela () Indígena ()
 Filiação: Flavio Rodrigues Braga / Leila Silva Furtado
 Endereço: Porto das Bananas Bairro: Porto das Bananas Naturalidade: Local - RJ
 RG: 2017060681-8 Data Expedição: 30/3/17 CNS: 898003219099639
 Registro Nascimento: 6645 Livro: 449 Folhas: 65 Telefone () _____
 Horário de chegada: 10/12/17 Recepcionista: Charlinda

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA: ___ x ___ mmHg Temp.: ___ C° Pulso: ___ bpm FR: ___ mrm 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 Medico () Unidade Fechada () Problema Não Solucionado () Outros _____

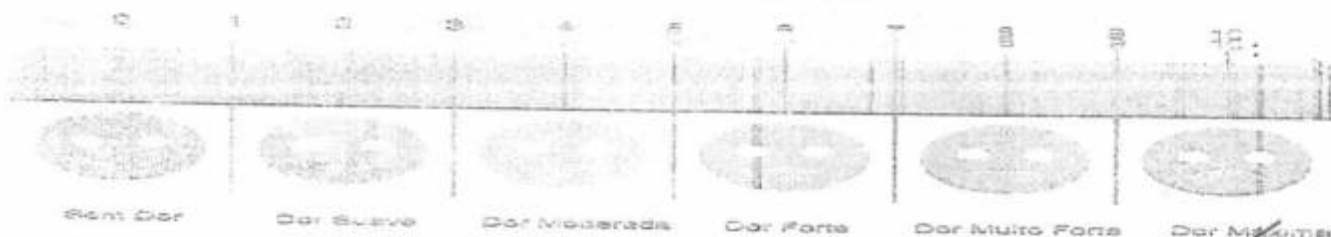
NÃO: Pois () Presumi não resolver seu problema () Distantes de sua residência () Sem Atendimento () Outros _____

Queixa Principal: _____

Breve Histórico: _____

Observações: _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Classificação de Risco

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

Sinal de Enfermagem: _____

Assinatura Enfermeiro/COREN: _____

LUISA CORREIA DE S. LIMA
 15 FEV. 2018

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Transt. com H. de Queda de M. to em Cho de Copas. Lm
Cef. Enter. e N.Y. - T. p. 10 a 1/2 hora de p. 10
Edm. imediata de Colúlo (F. t. m. f. c. h. d. ?)

Medicação: 1 Valium 75g IM 1/12 S. t. m. S. p. l.

Exames Solicitados: 1 Balto Rx.

Maria Luisa de Cassia Costa

Escrevente Compromissada

Cartório de Itarema

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

Medicação Administrada: _____

Secretário da Administração: _____

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



CARTÓRIO LAURA

OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA-CE

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

Itarema-CE 17/01/18

Assinatura: _____

Laura Eduardo de Cassia Costa - Titular

Mary Cláudia Costa Roque - Substituta



Sistema Único de Saúde
Ministério 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

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fabio Finkels Brague

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino 1 Feminino 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº do telefone

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº do telefone

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD (BOB MUNICÍPIO)

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre de
olecrano com desvio

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade tratamento cirúrgico

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

análise toxicológica

23 - DIAGNÓSTICO FINAL

febre de olecrano

24 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO 25 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO 26 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

S52.8

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteopatia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04101810204311

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNES () CNES

32 - Nº do documento (CPF) do profissional solicitante

97758212101618

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

THALES ALVARO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/12/2012

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

CRIME - 1543

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNES EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD, CDD, CDD

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

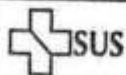
49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNES () CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Sistema Único de Saúde
Ministério 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

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fabio Finkedo Braga

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com história de
doença com desvio

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. JUD.
- 8 MAR. 2018
0056212/18

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade tratamento cirúrgico

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

análise toxicológica

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

história de doença

24 - Cód. 10 PRINCIPAL, 25 - Cód. 10 SECUND., 26 - Cód. 10 CAUSAS

S52.8

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04018102104311

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

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

9770617101618

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

THALES ARCANJO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/12/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Thales Arcanjo
CRM-CE 11571-1
15071543

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Fábio Furtado Braga

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

fratura de Omerano com dano pelo qual foi feito
proceder cirúrgico, em fisioterapia de reabilitação, com
diminuição da força muscular do braço esquerdo e
dor em ocasiões de esforços ou movimentos bruscos.

Dra. Ariet T. de Sá
Médica 2300515

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 MAR. 2018

0056212/18

Acaraú 23/Março/2018

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Fábio Furtado Braga.

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

fratura de Omerano com desvio pelo qual foi feito
proceder cirúrgico; em fisioterapia de reabilitação, com
diminuição da força muscular do braço esquerdo e
dor em ações de esforços ou movimentos bruscos.

Dra. Anel Machado
CRM 2300614

RIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 MAR. 2018

Acarau 29/Março/2018

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Felício Furtado Braga

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

fratura de Ombro com lesão pelo qual foi feito
procedimento cirúrgico, com fisioterapia de reabilitação, com
diminuição da força muscular do braço esquerdo e
dor em ações de esforço ou movimentos bruscos.

Dra. Arlet T. Gusato
Médica - CRM 2300515

14
04
18

EMPRESA DE SEG. LTDA.
12 ABR. 2018

RECEBUEMOS 12/04/2018



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL NATÉRCIA RIOS



REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

EMSI: Perto das Banhas ACS: Leila DN: 06.07.2000
PSF de origem: ACS: DN: / / Sexo: ☒ M ☐ F
Nome: Fábio Furtado Braga Idade: 17.4
Raça: Branco () Parda () Preta () Amarela () Indígena ()
Filiação: Flávio Rodrigues Braga / Leila Silva Furtado
Endereço: Perto das Banhas Bairro: Naturalidade: Local - RJ
RG: 2017060681-8 Data Expedição: 30/3/14 CNS: 898003214099639
Registro Nascimento: 6645 Livro: 449 Folhas: 65 Telefone ()
Horário de chegada: Data: 10/12/17 Recepcionista: Charlinda

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA: x mmHg Temp: C° 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

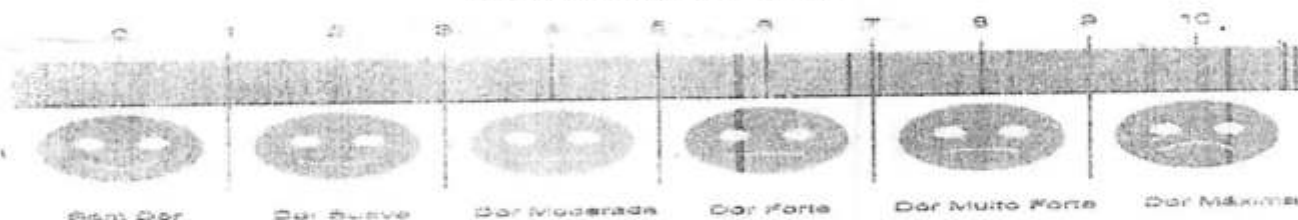
NÃO: Faltou () Presumi não resolver seu problema () Distante de sua residência () Sem Atendimento () Outros

Queixa Principal:

Breve Histórico:

Observações:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Classificação de Risco: VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()

Conduta de Enfermagem:

Assinatura Enfermeiro/COREN:

26 ABR. 2018
CORRETORA DE SEG. DATA

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Paciente com História de Queda de Moto no Cho de Copeati. Lacer
Cat. Contusões na região Torácica (D) e 3/3 dedos do pé (E)
Edema simétrico de tornozelos (F) (Fratura fechada?)
Medicação: (D) Voltaren 750 (E) Sulfam Sph
Exames Solicitados: (D) Raio X

Maria Luisa de Cassia Costa
Escritora Compromissada
Cartório de Itarema

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

Medicação Administrada:

Horário da Administração: :

Ass. Aux./Tec. Enfermagem/COREN:



CARTÓRIO LAURA

OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA-CE
presente cópia confere com o original, que
foi apresentado nestas notas, DOU-PE

Itarema-CE 17/07/18

Uso exclusivo Término do Atendimento: :

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



Sistema
Único de
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
3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Felipe Finkler Braga

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Paciente com fratura de
olecrano com desvio**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade tratamento cirúrgico

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

análise por radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de olecrano

24 - CID 10 PRINCIPAL, 25 - CID 10 SECUNDÁRIA, 26 - CID 10 TERCIÁRIA
S52.8

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNES

() CPF

31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
04 018 012 04 3 1

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
9 7 7 5 8 2 1 7 0 3 1 6 1 8

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

THALES ANCARATO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
11/12/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Thales Ancarato
CRM-CE 147.170-7

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - Nº DO BILHETE

42 - CNES EMPRESA

43 - CNES

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DDO, ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

26 ABR. 2018

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Fábio Fernando Braga

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

fratura de Ombro com dano pelo qual foi feito
proceder cirúrgico, com fisioterapia de reabilitação, com
desmembreção da parte muscular do braço esquerdo e
por ele devido aos esforços os movimentos braço.

Dra. Ariet T. Augusto
Médico - CRM 2300615

46
05
2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

17 MAIO 2018

ASS:

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal do Brasil
 Cadastro de Pessoas Físicas
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número ASS: 080.089.803-62
 Nome: FABIO FURTADO BRAGA
 Nascimento: 06/07/2000

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

5 FEV. 2018

CÓDIGO DE CONTROLE
 9E5E.DA22.B61B.F8C4

A autenticidade desta comprovante deverá
 ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 08:04:42 do dia 23/04/2018 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL: 2017060681 - 8

Nome: FABIO FURTADO BRAGA
 Filiação: FLAVIO RODRIGUES BRAGA
 LEILA SILVA FURTADO

NACIONALIDADE: MACAÉ - RJ

DATA DE NASCIMENTO: 06/07/2000

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 2 DISTRITO DE MACAÉ TERMO: 6645
 FOLHA: 65 LIVRO: AA9 MACAÉ - RJ

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nome: FABIO FURTADO BRAGA

Polegar Direito

PRO 18100 PLAS 111-10AR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 95002169777 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/2009

NOME LEILA SILVA FURTADO

FILIAÇÃO 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: A11 ACARAU - CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 128

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

ASSINATURA DO TITULAR

Leila Silva Furtado

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 109.513.877-40

NOME LEILA SILVA FURTADO

Nascimento 15/01/1979

15 FEV. 2018

15/01/1979

109.513.877-40

LEILA SILVA FURTADO

15/01/1979

**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 (*).

Vide motivo do impedimento 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)

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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)

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

Relatório Médico

Atesto para os devidos fins que:

Felício Furtado Braga

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

fractura de Ombro com lesão pelo qual foi feito
procedimento cirúrgico, que consistiu de reparação com
dissecção da fíbula nua e do braço esquerdo e
dos seus ossos de espelho de movimento lateral.

Dra. Ariet T. Resulho
Médica - CRM 1300615

14
04
18

B-4 CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 ABR. 2018

SOLICITAÇÃO DE REANALISE DE PROCESSO

NOME	Fabio Eustado Braga
RG	20170606818
CPF	080.089.805-62
SINISTRO	3180/080436

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

Agradeço desde já.

Acarau-ce, 16 / 05 / 2018

* FABIO EUSTADO BRAGA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

17 MAIO 2018

ASS. _____

LIBIA 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

Valoração 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:

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:

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: 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:

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: 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:

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: 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:

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: 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:

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: 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:

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: 30/04/2018
Valoração 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:

Jorge da Silva Motta

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 médico pericial: Bloqueio articular do cotovelo esquerdo associado a assimetria escapular e edema residual acarretando debilidade 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 médico pericial: Bloqueio articular do cotovelo esquerdo associado a assimetria escapular e edema residual acarretando debilidade 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 médico pericial: Bloqueio articular do cotovelo esquerdo associado a edema residual, assimetria escapular e atrofia muscular do 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 médico pericial: Bloqueio articular do cotovelo esquerdo associado a edema residual, assimetria escapular e atrofia muscular do 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: Fabio Furtado Braga, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Rua Joo Carmo, nº 00, bairro Ponto dos Barcos, Município de Itarema, Estado de(o) Ceará, Cep: 62990-000, 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 Enfermeira de Saúde, residente e domiciliado(a) à Rua Rua Joo Carmo, nº 00, bairro Ponto dos Barcos, Município de Itarema, Estado de(o) Ceará, Cep: 62990-000, portador (a) do RG nº 95002169779 SSP/CE 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) Fabio 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.

Itarema, 30, de Januário, De 2017.

1º OFÍCIO

FABIO FURTADO BRAGA

Outorgante

CPF Nº 080.089.803-62

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

LIGIA CORRETORA DE SEG. E
15 FEV. 2018

CARTÓRIO LAURA
Reconheço a(s) firma(s) de
Fabio Furtado Braga
Doa fé Itarema-CE, 30 de Jan de 2018
Em testemunho da verdade
[Assinatura]
LAURA EDUARDO DE ASSIS - T.A. - T. 112101
MARY CLAYIA COSINHOQUE - SUBSTITUTA



VALIDO SOMENTE
COM SELO
DE AUTENTICIDADE

PROCURAÇÃO

Outorgante: Fabio Furtado Braga, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Rua Joo Carmo, nº 00, bairro Ponto dos Barcos, Município de Itarema, Estado de(o) Ceará, Cep: 62990-000, 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 Enfermeira de Saúde, residente e domiciliado(a) à Rua Rua Joo Carmo, nº 00, bairro Ponto dos Barcos, Município de Itarema, Estado de (o) Ceará, Cep: 62990-000, portador (a) do RG nº 9500269779 SSP/CE 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) Fabio 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.

Itarema, 30, de Januário, De 2017.

1º OFÍCIO

FABIO FURTADO BRAGA

Outorgante

CPF Nº 080.089.803-62

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

LIGIA CORRETORA DE SEG. E
15 FEV. 2018

CARTÓRIO LAURA
Reconheço a(s) firma(s) de Fabio Furtado Braga
Dou fé Itarema-CE, 30 de Jan de 2018
Em testemunho da verdade
[Assinatura]
LAURA EDUARDO DE ASSIS - T.A. - T. 112101
MARY CLAYIA COSINHOQUE - SUBSTITUTA



VALIDO SOMENTE
COM SELO
DE AUTENTICIDADE

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

Carta nº 12403864



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 LÍDER 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 LÍDER 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 LÍDER 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 LÍDER 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

Carta nº 12663738



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Carta nº: 12814387

A/C: FABIO FURTADO BRAGA

Nº Sinistro: 3180080436
Vítima: 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