

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS - CE

## FOLHA DE ANAMNESE



## IDENTIFICAÇÃO:

PACIENTE

NOME

Maria das Dores Ribeiro

DATA / NASCIMENTO

22/10/65

IDADE

48a

SEXO

M ☐F ☒

NATURALIDADE

Quixerada

PROCEDÊNCIA

checo

ENDEREÇO

Palestina

RESPONSÁVEL (PAI ou MÃE)

Fco Ribeiro Filho e Ma Cecília de Sousa Ribeiro

HISTÓRIA CLÍNICA - EXAME FÍSICO - CONDUTA - IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

DATA: 16/06/13

HORÁRIO:

Paciente com 2 e 1/2 litro de urina por dia, com urina de cor amarelada, com cheiro de urina.

(1) Ulceras + Abscessos + Lesões + Lesões

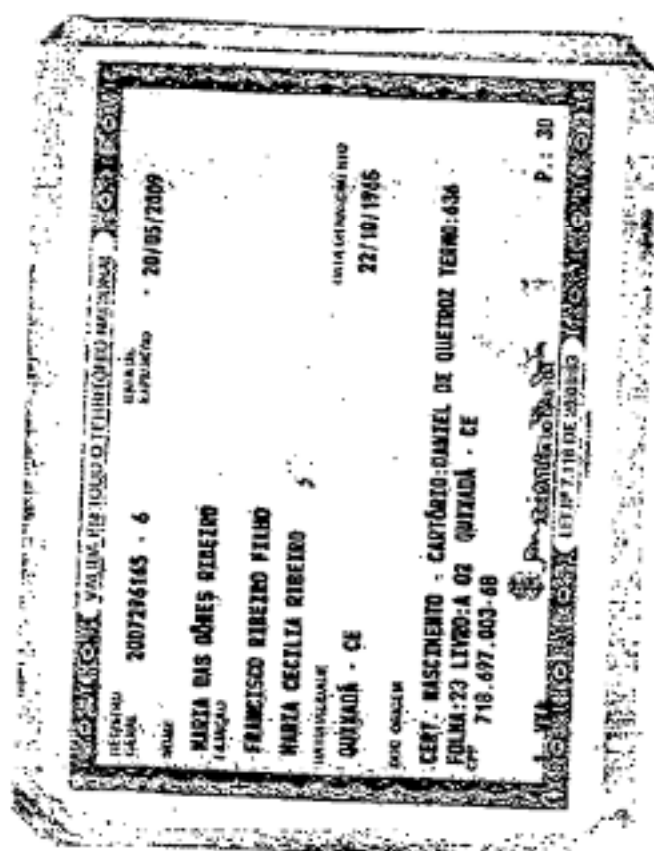
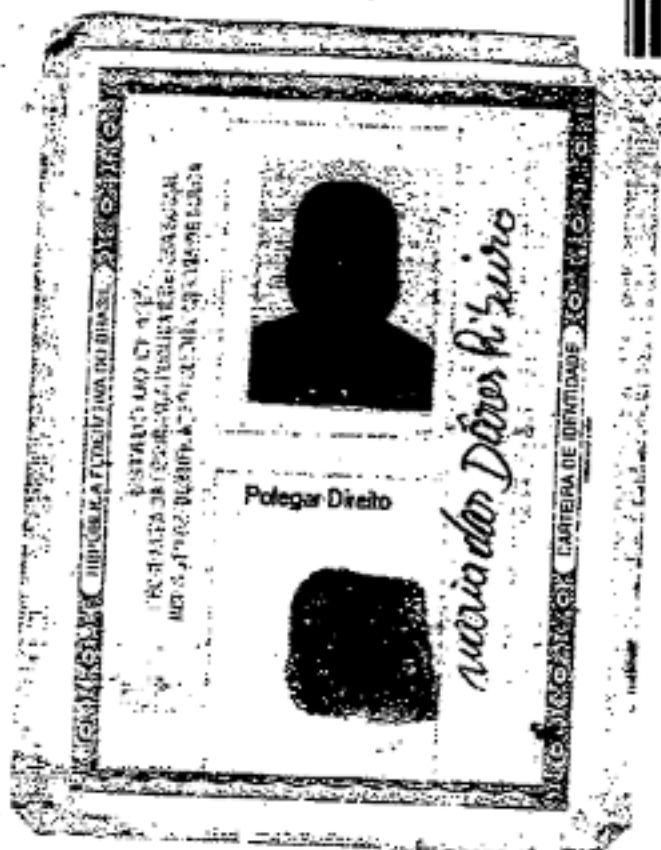
(2) Valtam 12mg, 2mg, 18:21

CRIM: 12 120

VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO PIA "ALIS"



VIDA E PREVIDÊNCIA

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTÓCOLO 01/1994

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 9865961720  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
PPT 01 394586450 0000000000 2012

NOME  
CELIA MARIA BATISTA INACIO

QUIXADA /CE

CPF / CNPJ  
26663007300

PLACA  
OCH5399/CE

PLACA ANT / UF  
/CE

CHASSI  
SC2JC48Z0CR269758

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTONETA/NAO APLIC ALCO/6ASOL

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/BIZ 125 ES 2011 2012

CAP POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/0CV/124CC PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
I P V A

FACIL. PVA PARCELAMENTO / COTAS  
I P V A

PREV. TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

QUIXADA

DATA 03/12/2012

JOÃO DE AGUIAR FILHO  
SUPERINTENDENTE DE TRÂNSITO

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 9865961720 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO  
2012

CPF / CNPJ  
26663007300

PLACA  
OCH5399

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 9865961720 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2012 03/12/2012

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 26663007300 OCH5399

RENAVAM MARCA / MODELO  
394586450 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB ANO MOD Nº CHASSI  
2011 09 SC2JC48Z0CR269758

PRÊMIO TARIFÁRIO

TRE (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
123,33 13,7 137,03

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
4,15 1,06 279,27

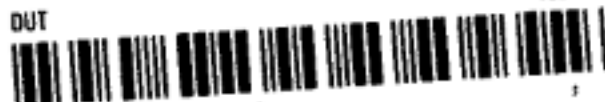
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
X COTA UNICA PARCELADO 03/12/2012

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 08.248.808/0001-04

02701

DUT



\*1004032\*

VIDA E PREVIDÊNCIA

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO

## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 527770

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa OCH-5399/CE		
Nome da Vítima MARIA DAS DORES RIBEIRO		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 22/10/1965	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 718.697.003-68	Data Ocorrência 16/06/2013

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

( ) Certidão Nº 1797/2013 da autoridade policial sobre a ocorrência;

( ) DUT Nº \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

### Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	DL Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
MARIA DAS DORES RIBEIRO	Vítima	VITIMA	22/10/1965	63950-000	718.697.003-68

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).  
Observações: \_\_\_\_\_

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da Entrega \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Beneficiário \_\_\_\_\_

Centauro Vida e Previdência

#### Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: SENADOR DANTAS, 80, SL 806 A 808

Centro - Cep: 20031-922

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: [dpvat-rj@centauroseg.com.br](mailto:dpvat-rj@centauroseg.com.br)

RIO DE JANEIRO - RJ

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO PIA 1418

# Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo: \_\_\_\_\_

Código: 527770

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO	Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE	Sub-Parceiro MARIA LOPES RODRIGUES
------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

BO N° 1797/2013	Data BO 21/07/2013	DELEGACIA DP DE BOA VIAGEM
--------------------	-----------------------	-------------------------------

Placa OCH-5399/CE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	IML
----------------------	--	-----

Nome da Vítima MARIA DAS DORES RIBEIRO	Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ
---	----------------------------------	---------------------------

Sexo Sinistrado FEMININO	Data Nascimento 22/10/1965	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 718.697.003-68	Data Ocorrência / Hora 16/06/2013 / 14:30
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--

Cidade CHORÓ	UF CE	CEP 63950-000	Telefones
-----------------	----------	------------------	-----------

Email

Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico NC	Valor(INVALIDEZ) 0,00
------------------	------------	--------------	--------------------------

Beneficiários					
Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	CPF/CNPJ
Profissão			Complemento	Bairro	UF
			Renda		
MARIA DAS DORES RIBEIRO	63950-000	FAZENDA PALESTINA	Vítima	VITIMA	718.697.003-68
RECUSOU INFORMAR				CENTRO	CE
				RECUSOU INFORMAR	
Banco: 001 Banco do Brasil S.A. Ag.: 0241-0 C/C 20365-3					

Histórico		
Data	Usuário	Situação
31/08/2013 11:17:19	MSA MEYRE	Pré-Cadastro não analisado
31/08/2013 11:17:53	MSA MEYRE	Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)

## Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: SENADOR DANTAS, 80, SL 806 A 808 Centro - Cep: 20031-922  
Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402  
e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br  
RIO DE JANEIRO - RJ

03 SET. 2013

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 527770 e a data de nascimento 22/10/1965 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo real.

PROTOCOLO PIA 11.15



Seguradora Líder - DPVAT

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARIA DAS DORES RIBEIRO, PORTADOR (A) DO RG Nº. 2007296165-6 EXPEDIDO POR SSPDS/CE E INSCRITA NO CPF 718.697.003-68 PROFISSÃO AGRICULTORA E RENDA MENSAL DE R\$ 350,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA DAS DORES RIBEIRO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA 0241-Q • CONTA-CORRENTE 20.365-3
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

Quixada - CE, 12 de Agosto de 2013

VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

ASSINATURA DO (A) BENEFICIÁRIO (A) Maria das Dores Ribeiro

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente<sup>1</sup> (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para 0800-0221204.

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO

Banco Postal

\*\*\* Saque de Caixa Eletrônico \*\*\*

Agência : 02.027-0000 (RJ)  
Terminal: 1297001      M. Inv : 502736  
Mro Aut : 100720      Caixa : 00000000  
Data : 21/01/2013      Hora : 10:27  
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

00.00

SAC BB - R000 700 0000  
SAQUE EM CONTA CORRENTE

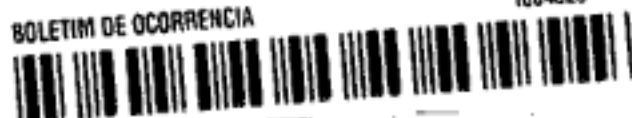
CLIENTE: MARIA DAS DUNES SOARES  
AGÊNCIA: 02-01-0      CONTA:      09.365-3  
-----  
DATA DO SAQUE      21/01/2013  
NR. DOCUMENTO      917.001  
VALOR TOTAL      12,29  
-----  
NR. AUTENTICAÇÃO      E.032.07.400.000

Unidade Rio de Janeiro  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/A 15





2013/540561

5277

**ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.**

<b>Nº da ocorrência:</b>	1797/2013	<b>Data Registro:</b>	21/07/13	<b>Hora:</b>	08:30h
<b>Nome:</b>	<b>MARIA DAS DÔRES RIBEIRO</b>				
<b>Filiação:</b>	FRANCISCO RIBEIRO FILHO E MARIA CECILIA RIBEIRO				
<b>Endereço:</b>	Localidade Palestina, Choró Limão/CE.				
<b>RG:</b>	2007296165-6 SSP/CE	<b>CPF:</b>	718.697.003-68		
<b>Natureza da ocorrência:</b>	<b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>				
<b>Telefone Contato:</b>	(88) 9466 6609				
<b>Local da Ocorrência:</b>	Localidade Croa Grande, Quixadá/CE				

**HISTÓRICO:**

*Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.*

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 16/06/2013 por volta das 14:30h, retornava para sua residência conduzindo a motoneta HONDA/BIZ 125 ES, cor preta, placa OCH-5399, ano/modelo 2011/2012, chassi 9C2JC4820CR269758, licenciada em nome de Célia Maria Batista Inácio; Quando ao tentar subir um alto, a noticiante perdeu o controle da moto, após passar por dentro de um buraco, derrapando e vindo a cair; QUE foi socorrida por um desconhecido que passava no momento do acidente para o hospital de Choró Limão/CE. Nada mais disse.

Noticiante: Maria das Dôres Ribeiro

UNIDADE DE  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 SET. 2013

ESCRIVÃO

João Camilo Sousa do Nascimento  
Escrivão de Polícia Civil  
Matrícula: 138853-1-3

UNIDADE RIO DE JANEIRO





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA DAS DÔRES RIBEIRO, portador (a) do RG Nº. 2007296165-6, expedido por SSPDS/CE e inscrito (a) no CPF. 718.697.003-68, residente e domiciliada na Fazenda Palestina, no distrito de Palestina, na cidade de Choró Limão, estado do Ceará, 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:

( X ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

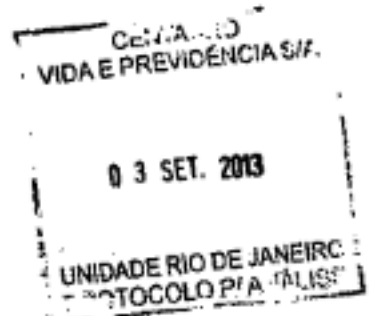
( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Quixadá – CE, 25 de julho de 2013  
Local e data





## DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, MARIA DAS DÔRES RIBEIRORG nº 2007296165-6 data da expedição 20/05/2009 Órgão SSPDS/CE

CPF nº 718.697.003-68 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Fazenda Palestina
Número	00000
Apto / Complemento	
Bairro	Distrito Palestina
Cidade	Choró Limão
Estado	Ceará
CEP	63.950-000
Telefone de Contato	(88) 3427-2621 / (88) 9902-5141
E-mail	mlopessegurosboaviagem@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Quixadá – CE, 25 de julho de 2013

Local e Data

Assinatura do Declarante

UNIDADE DE  
VIDA E PREVIDÊNCIA

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE  
JANEIRO



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

---

## Informações do Acidente

Processo: 2013540561  
Nome da Vítima: Maria da Dores Ribeiro  
Local do Acidente: Quixada CE  
Data do Acidente: 16/07/2013

## Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

---

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

☒ **Sim**    ☐ Não    ☐ Prejudicado

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

**Resposta: Pe direito.**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**Resposta: Pcte, vitima de acidente de moto, com trauma do pé direito, com lesão de tendinosa do 2,3 e 4. Com perda motora. Deambulando com ajuda.**

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

☐ Sim    ☒ **Não**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

☐ Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

☐ O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

☒ **O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.**

**Seqüelas de perda funcional e motora, com pé direito, com deambulação com ajuda.**

V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

☐ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

**(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)**

Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

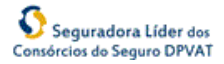
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	<b>1ª Lesão</b>	<b>50% (média)</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

**Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: Gutemberg Mendes Farias Filho  
Registro no CRM: CE 6087  
Local do Exame: Boa Viagem - CE  
Data do Exame: 18/09/2013



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013540561**Cidade:** Boa Viagem**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARIA DA DORES  
RIBEIRO**Data do acidente:** 16/06/2013**Emissor do parecer:** Luiz Claudio  
Correa  
Canaan**Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS  
SERVIÇOS MÉDICOS  
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 480685

## PARECER

**Data da análise:** 16/09/2013**Valoração do  
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** TRAUMA EM PÉ DIREITO**Resultados  
terapêuticos:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL**Sequelas  
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das  
sequelas:****Documentos  
complementares:****Observações:** SINISTRO PROVENIENTE DO CEARÁ**Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** LUIZ CLÁUDIO CORRÊA CANAAN**UF do CRM do  
médico:** RJ

## DANOS

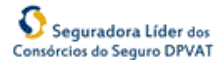
**Dano****% Dimensão Graduação**

Danos não definidos.

**Valor avaliado:** 0,00



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013540561**Cidade:** Boa Viagem**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARIA DA DORES  
RIBEIRO**Data do acidente:** 16/06/2013**Emissor do parecer:** Helio Flavio  
Faustino**Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas  
de Saude Ltda.**CRM do médico:** 6087

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma do pé direito, com lesão de tendinosa do 2º, 3º e 4º.**Descrição do exame médico pericial:** Periciando apresentando-se com deambulação prejudicada, com limitação moderada dos movimentos do pé direito.**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador**Sequelas permanentes:** Déficit aos movimentos limitados do pé direito, com caráter definitivo, parcial e com moderada repercussão.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 18/09/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** Gutemberg Mendes Farias Filho**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos pés

**% Dimensão Graduação**

50 1 50

**Valor avaliado:** 3.375,00

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/09/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: MARIA DA DORES RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00241-0

CONTA: 000000020365-3

---

Nr. da Autenticação 1E0C35D138AFCF49