



Administração
O Poder do Povo

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

FOLHA DE ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO:

| | | | | | |
|-------------------|--------------------------------|--|----------------|--------------|--|
| PACIENTE | NOME _____ | | | | |
| | <u>Maria das Dores Ribeiro</u> | | | | |
| DATA / NASCIMENTO | IDADE | SEXO | NATURALIDADE | PROCEDÊNCIA | |
| <u>22/10/65</u> | <u>48a</u> | <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | <u>Quixada</u> | <u>Cheno</u> | |
| ENDEREÇO _____ | | | | | |
| <u>Ribeirão</u> | | | | | |

R E S P O N S Á V E L (PAI OU MÃE)

PROFISSIONAL (PÁGINA MAIS)
Fro Ribeiro Filho e Ma Cecília de Souza Ribeiro

HISTÓRIA CLÍNICA - EXAME FÍSICO - CONDUTA - IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

DATA: 16,06,33

HORÁRIO:

Pedr. José Gómez e o Dr. M ex-ordenó d not

21. febr. d. t. h. granc.

en Völker- + Artenzahl + Größe = Wert

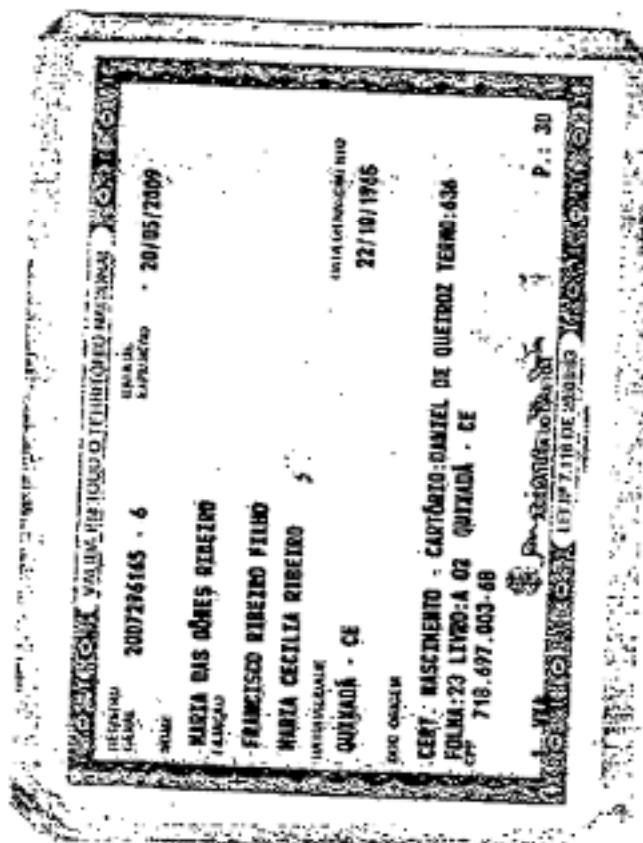
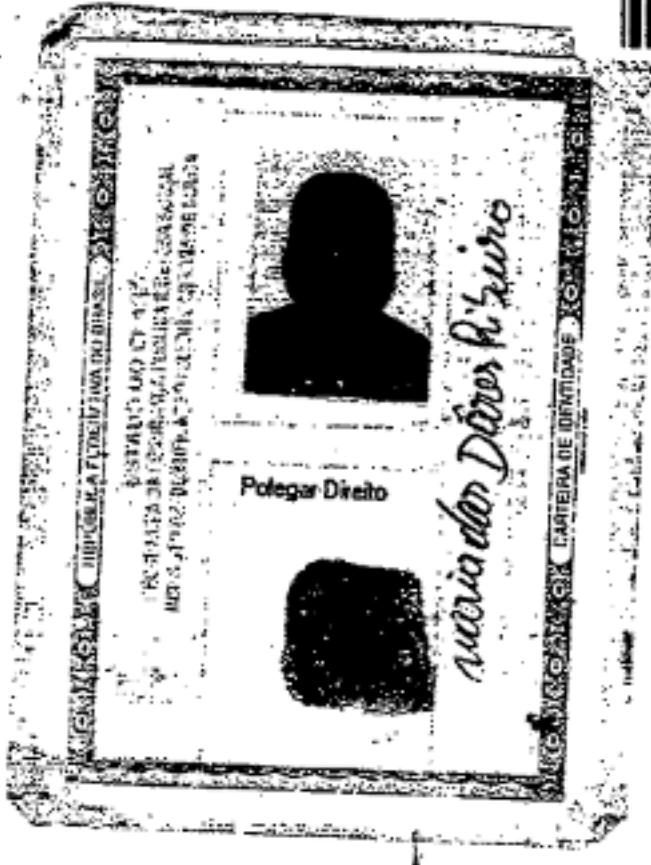
(2) Vastman James Zorn 18:2

OBITUARIES 423

VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 SET. 2013

**UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PRA 'AIS'**



VIDA E PREVISÃO

03 SET. 2013

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE N° **9865961720**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

| | | | |
|--|-------------------|--------------------------------|-------------------|
| VIA | CÓD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
| PPT | 01 394586450 | 0000000000 | 2012 |
| NOME | | | |
| CEILA MARIA BATISTA INACIO | | | |
| QUIXADA /CE | | | |
| CPF / CNPJ | PLACA | | |
| 26663007300 | OCH5399/CE | | |
| PLACA ANT / UF | CHASSI | | |
| /CE | SC2JC4B20CR269758 | | |
| ESPECIE TIPO | COMBUSTIVEL | | |
| PAS / MOTONETA / NAO APPLC. | ALCO / GASOL | | |
| MARCA / MODELO | | | |
| HONDA / BIZ 125 ES | ANO FAB. | ANO MOD. | |
| CAP. POT. / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE | |
| 2P / OCV / 124CC | PARTIC | PRETA | |
| COTA UNICA | VENC. COTA UNICA | VENC / DOTAS | |
| I | *** / *** / *** | 1 ^o *** / *** / *** | |
| P | | | |
| V | FAIXA IPVA | PARCELAMENTO / COTAS | |
| A | *** / *** / *** | *** / *** / *** | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) | IOP (R\$) | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| | | | *** / *** / *** |
| COMENTAÇÕES | | | |
| QUIXADA 05/12/2012 | | | |
| JOÃO DE AGRADE LIMA SUPERINTENDENTE - CE | | | |

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

CE N° **9865961720** BILHETE DE SEGURO DPVAT

| | |
|------------|-------------|
| EXERCÍCIO | 2012 |
| CPF / CNPJ | 26663007300 |
| PLACA | OCH5399 |

| | | | |
|-----------|-------------------|----------------|--------------------|
| EXERCÍCIO | 2012 | DATA EMISSÃO | 05/12/2012 |
| VM | 01 | CPF / CNPJ | 26663007300 |
| RENAVAM | 394586450 | MARCA / MODELO | HONDA / BIZ 125 ES |
| ANO FAB. | 2011 | ANO MOD. | 09 |
| CHASSI | SC2JC4B20CR269758 | | |

| | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------|--|
| PRÊMIO TARIFÁRIO | | | |
| TNS (R\$) | DENATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) | |
| 123,39 | 13,7 | 137,03 | |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOP (R\$) | VALOR PAGO AO CONSORCIO (R\$) | |
| 4,15 | 1,06 | 279,27 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO | DATA DE GLUTAÇÃO | |
| | | 03/12/2012 | |

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
 CNPJ: 00.228.800/0001-04

02701

1004032



VIDA É PRECISA

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO
CGC



OUTROS

1004054



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 | Dt.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

RIO DE JANEIRO - RJ

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO



Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo:

Código: 527770

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

| | | |
|--------------------|-----------------------|-------------------------------|
| BO Nº 1797/2013 | Data BO 21/07/2013 | DELEGACIA DP DE BOA VIAGEM |
|--------------------|-----------------------|-------------------------------|

| | | |
|----------------------|--|-----|
| Placa OCH-5399/CE | Tipo de Véhculo 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. | Data Óbito | Médico | Valor(INVALIDEZ) |
|-------------|------------|--------|------------------|
| 1 | | NC | 0,00 |

| Beneficiários | | | | | | |
|---|----------|----------------------------|------------------|--------|---------------------|----------------------|
| Nome CEP Profissão | Endereço | Tipo Benef. Complemento | Vínculo Renda | Bairro | Dt.Nasc. Cidade | CPF/CNPJ UF |
| MARIA DAS DORES RIBEIRO 63950-000 FAZENDA PALESTINA | Vitima | VITIMA | | CENTRO | 22/10/1965 CHORÓ | 718.697.003-68 CE |
| RECUSOU INFORMAR | | | 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~~ ^{foi 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: dpval-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.

TOCOLO P/ A 1115

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 N°. 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);

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 0241-0 • 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

03 SET. 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 aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (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.
- UNIDADE RIO DE JANEIRO
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvalsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Sistema Multibancário

001 Saque de Conta - Extrato 001

Agência : 06807-000-000
Terminal: 12397691 Nf. Inv : 502736
Nro Aut : 108226 Lote : 38896259
Data : 21/01/2013 Sessão : 10:27
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

R\$0,00

SAC BB 9888 709 ext2

SAQUE EM CONTA DIVERSAS

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| CLIENTE: MARIA DAS DORES RICARDO | |
| AGÊNCIA: 02401-8 | CONTA: 39.365-3 |
| ----- | |
| DATA DO SAQUE: | 21/01/2013 |
| NR. DOCUMENTO: | 917.881 |
| VALOR TOTAL: | R\$ 12,29 |
| ----- | |
| NR. AUTENTICAÇÃO: | E.232.47.4E8.4C.L.MF |

Caixa Econômica Federal
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/A 1718



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.**

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

LEIA, AUT. E
VIDA E PREVIDÊNCIAS S/A

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO
CÓD. 01

ESCRITÓRIO:

Júlio Capim Sousa do Nascimento
Escrivão de Polícia Civil
Número: 13000-1-1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA DAS DÓRES 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:

- 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 Lider 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

CENTRALIZADA
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PRA FÁLISI



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:

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

Por ser verdade, firmo-me.

Quixadá – CE, 25 de julho de 2013

Local e Data

Maria das Dôres Ribeiro

Assinatura do Declarante

UNIDADE RIO DE JANEIRO
TOCOLINHO
VIDA E PREVIÉNCIA

03 SET. 2013

UNIDADE RIO DE JANEIRO
TOCOLINHO

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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: Pkte, vítima 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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | | |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, 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 | 1ª Lesão | 50% (média) |
| 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

Valorização 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. | | |
| | 0,00 | 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 | % | Dimensão | Graduação |
|--|----------|-----------------|------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 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