

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2016

Carta nº: 10056873

A/C: ANTONIO ALVES CANUTO

Sinistro: 3160685580 ASL-1152232/16
Vitima: ANTONIO ALVES CANUTO
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2016

Carta nº: 10075415

A/C: ANTONIO ALVES CANUTO

Sinistro: 3160685580 ASL-1152232/16
Vítima: ANTONIO ALVES CANUTO
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10162853

A/C: ANTONIO ALVES CANUTO

Sinistro: 3160685580 ASL-1152232/16
Vítima: ANTONIO ALVES CANUTO
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

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: ANTONIO ALVES CANUTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 0000026905-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160685580 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALVES CANUTO **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VÍTIMA APRESENTA ENCURTAMENTO ÓSSEO DEVIDO À CAVALGAMENTO DA CLAVÍCULA, BLOQUEIO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO, MAIS ACENTUADO PARA FLEXÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA RESULTANDO EM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR LONGO PERÍODO. FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM CAPSULITE ADESIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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

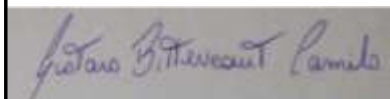
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 1 *T1%*



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, Antonio Alves Camilo
PORTADOR(A) DO RG Nº 252983099 EXPEDIDO POR SS20E EM 15/10/99 E
CPF 008303903-08 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Alves Camilo, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta);
- Conta não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários por imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26.905-2

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

SEN Poupou 13 de OUTUBRO de 2016 Antonio Alves Camilo
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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 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.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Início TRANSFERÊNCIAS Transferências Entre Contas Caixa

HORÁRIOS E LIMITES

**Verificação de transferência entre contas
da CAIXA - TEV**

01 02 CONFIRMAÇÃO

03

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta,
selecione **CONFIRMAR** e aguarde o comprovante.

Conta origem:

Conta destino: 0754 / 013 . 00026905-2

Agência destino: SENADOR POMPEU

Nome destinatário: ANTONIO ALVES CANUTO

Valor:





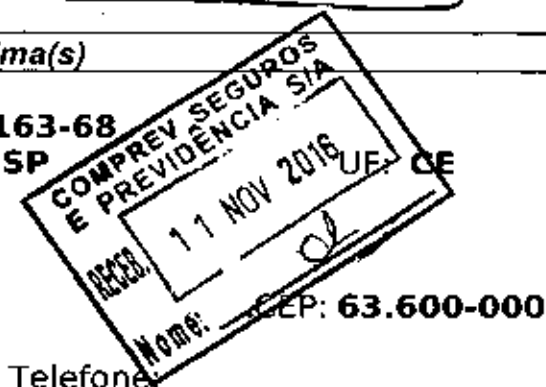
BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1317 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/07/2016 08:27:42**
Data / Hora da Ocorrência: **22/05/2016 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CARNAUBA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO ALVES CANUTO**
Nascimento: **08/04/1971** CPF: **658.363.163-68**
RG: **252983092** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **RAIMUNDA ALVES CANUTO**
FRANCISCO CANUTO FILHO
Endereço: **SITIO CARNAUBA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
País: **BRASIL**



Telefone:

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava na garupa da motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano de fabricação/modelo 2011/2011 cor VERMELHA, placa OSJ-4259 Senador Pompeu/CE, chassi 9C2KC1680BR546167 licenciada em nome de Marcilene Bezerra Canuto; Afirma o (a) declarante que o condutor de nome Manoel Gonçalves da Silva, nascido aos 12/02/1978, portador do RG nº 3022113-96, filho de Francisco Bezerra da Silva e Francisca Gonçalves da Silva, perdeu o controle do referido veículo momento em que derrapou na terra solta, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu fratura de clavícula direita; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiro e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR - MAT. 135490-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Alves Canuto

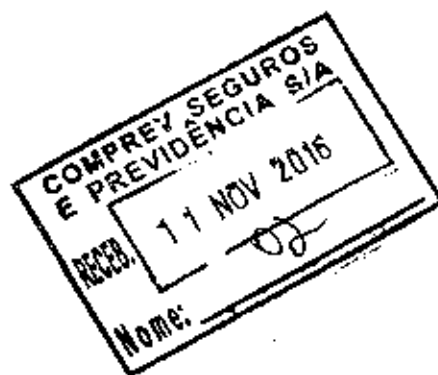
Miguel A. Frota Júnior
Delegado de Polícia
135490-1-x



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1317 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

JEFFERSON LOPES GUSTODIO - MAT.: 404548-1-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

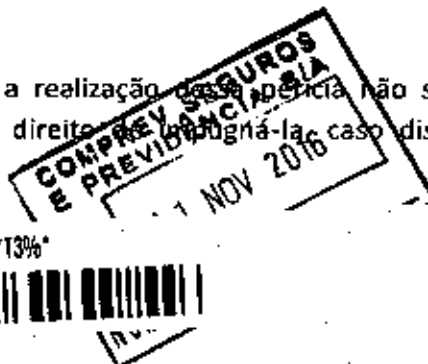
Eu, Antonio Alves Canuto, portador da carteira de identidade nº 959.9830-99 e inscrito no CPF/ME sob o nº 658.363.363-68, residente e domiciliado na Sítio Canaúba, S/N, Cidade Senador Pompeu, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

DOCUMENTO 3 "T39"



Antonio Alves Canuto

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Senador Pompeu - CE 13/10/2016

Local e data

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: 06/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

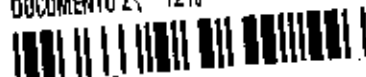
CLIENTE: ANTONIO ALVES CANUTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000026905-2

Nr. da Autenticação 40FC2A5D9CC90435



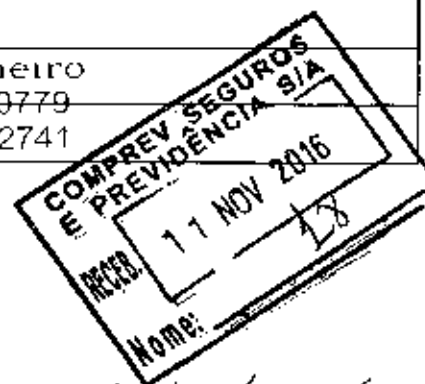
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Alves Canuto

RG nº 959.9830-99, data de expedição 35/10/99, Órgão SSP-PE

CPF nº 658.363-363-68, 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)	<u>São Francisco,</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>— 11 —</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>63.600-00</u>
Telefone de Contato	Celso Pinheiro (85) 99989.0779
E-mail	(85) 98721.2741



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu 13/10/2016

Assinatura do Declarante: Antonio Alves Canuto

Celso Pinheiro
(85) 99989.0779
(85) 98721.2741

Para solicitar EMERGENCIA acesse o Appstore ou Google
play para baixar o aplicativo de emergência



7152332-4

Empresário: CELSO GOMES PINHEIRO
 CNPJ: 08.118.000/0001-20

Atividade: 01-RESIDENCIAL NONGÁSICO
 Endereço: RU PAULO GOMES DA SILVA 00226
 PARQUE SOLEGADE - CALÇAIA - 61603070

429276214

Data: 20/04/2016

Data da Fatura: 28/04/2016

Nome: CELSO GOMES PINHEIRO

Endereço: RU PAULO GOMES DA SILVA 00226

Parque SolegaDE - CALÇAIA - 61603070

CNPJ: 08.118.000/0001-20

Valor: 0000 0000

Tipo: 01-RESIDENCIAL NONGÁSICO

Valor: 0000 0000

CNPJ: 08.118.000/0001-20

CNPJ: 08.118.000/0001-20

Período de Cobrança: 28/04/2016 a 28/05/2016
 Data de Emissão: 28/04/2016

Consumo: 0,68 P
 Valor: R\$ 8,73

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
ISRETO	5,43	10,86	21,71	0,00	0,00	0,00
PIS	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
COPIS	3,11			0,00		
TOTAL	11,90	17,58	35,16	0,00	0,00	0,00

28/04/16 29/05/16 30 dias 42 19,28
 VALOR CONSUMO DO MES 19,28

05/06/2016

19,28

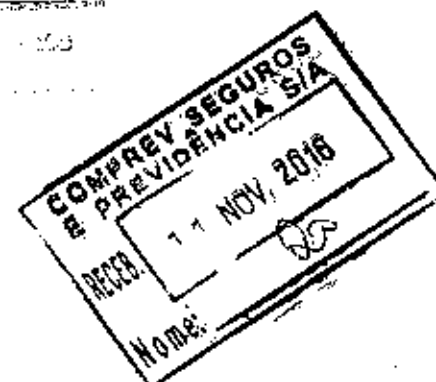
Energia	11,90
Transmissão	9,20
Distribuição	4,69
Encargos Setoriais	2,85
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	1,12
TOTAL	19,28

41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Valor: 18,15
 Valor: 0,00

A CEECCE RESOLVEU E PROMULGA PELA PORTALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
 A CEECCE RESOLVEU E PROMULGA PELA PORTALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 1,12 referente a PIS e COFINS.
 Art. 9º Lei. 100/2005 - INEEL - Lei n. 10.637/02 e 10.033/03



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELSO PINHEIRO, portador (a) do RG nº 01824076637, expedido por DETRAN/CE, em 23/12/2013, CPF/CNPJ nº 20.905.851/0001-90. Na qualidade de procurador(a) intermediário(a) do beneficiário (a)

Antônio Alves Camuto

do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima

Antônio Alves Camuto

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

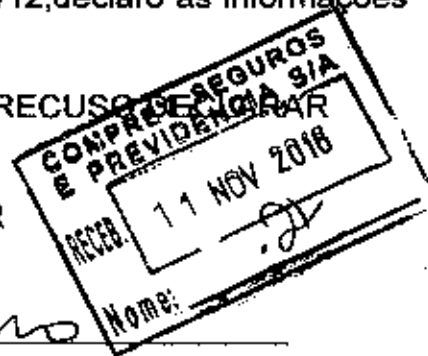
Profissão: AUTÔNOMO

Renda Mensal: RECUSO

Documentos comprobatórios: RECUSO DECLARAR

Celso Jones Pinheiro

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Alancilene Bizama Camata,
RG nº 9007748311-0, data de expedição 38/11/10, Órgão SSP/MS e
portador do CPF nº 057.509.563-83, com domicílio na cidade de
Senador Pompeu, no Estado de Paraná,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Camatuba,
nº 514, complemento Zona Rural,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antonio
Alvim Camata, cujo o condutor no momento do
acidente era Alano Gonçalves da Silva.

Veículo: Relatociedade
Modelo: Blonda / 66 150 Fan. FSDR
Ano: 2011 / 2011
Placa: 0585 4969
Chassi: 902K E16801BR 546167
Data do Acidente: 89 / 05 / 16.

Reconheço a(s) firma(s) de Alanc Sime
Boziano Cruzes
Alanc Gonçalves da
Silva
☒ Por autenticidade. ☐ Por semelhança. Dou fé
Em Teste _____ da verdade.
Boatman S. Barboza 57/10/10
Alanc Cruzes

Local e Data: SENADOR KOMPON 17/10/2016

Marcilene Bezerra Camilo
(Assinatura do Declarante)

Manoel Gonçalves da Silva
Assinatura do Conductor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

RG: 2529830-92



MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. do Magalhães, 997
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente

Antonio Alves Carneiro

D.N. 08.04.1971

Profissão Agricultor	Idade 45	Cor Pd	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade Sen. Pompeu	Nac. Brasil
-------------------------	-------------	-----------	-----------	------------------------	-----------------------------	----------------

Residência
Sítio Carnaúba - Sen. PompeuPai
Francisco Carneiro FilhoMãe
Raimunda Alves Carneiro

Responsável

Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| ☐ Andando | ☐ Regular |
| ☐ De Automóvel | ☐ Passando Mal |
| ☐ Ambulância | ☐ Comatoso |
| ☐ Aparentemente bem | ☐ Com Hemorragia |

Atendimento

SUS

Data

22.05.2016

Hora

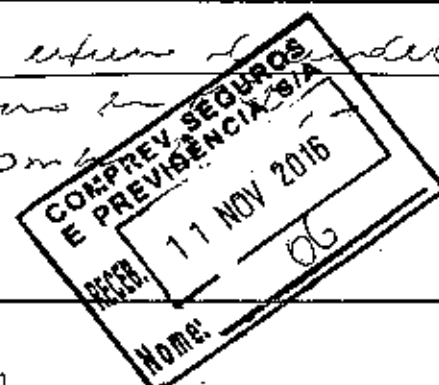
18:31

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

paciente chegou ferido no membro superior direito
apresentando ferimento profundo com perda de sangue
e incapacidade de andar



DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

TEMPERATURA

PESO

MAX

MIN

AUXILIAR

RETAL

130

80

Fratura do úmero

TRATAMENTO:

paciente chegou D.H.P. com
fratura do úmero direito - 19:00

CONFERE COM ORIGINAL

20/06/2016

Responsável: SAME

MHSI

CNPJ 07 802 697/0002-44

06 RA 120x80

DESTINO DADO AO PACIENTE

- | | |
|---|---|
| ☒ Residência | ☐ Internado |
| ☐ Em Observação | ☒ Transferido |
| ☐ Encaminhado ao Ambulatório | |
| ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| ☐ Óbito sem tratamento | |

saída
9:00hs

Medicação Administrada por:

Auxiliar de Enfermagem
COREN: CE 27494

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Francisco Moreira Carneiro

Ass. do Médico

Dr. José Carlos Cavalcante do Amaral
Médico - CRM CE 12405

BOLETIM DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Autoreferido por: vidente
Saida às 09:00h p/ diversão

N.º 35850000300



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

Rua Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 - Centro
Fone: (88) 3449.1217 - Fax: 3449-1328 - (88) 9971 3132
CEP 63600-000 - Senador Pompeu - Ceará
CNPJ 07.802.697/0002-44 - CGF 06.633.145-5

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

DISTRITO SANITÁRIO: 8ª CERE MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE
NOME: Antonio Alves Carreira TEL.: (88) 997113739
SEXO: M (DF) IDADE: 45 OCUPAÇÃO: Agricultor CEP: 63.600.000
ENDEREÇO: Sítio Catanaíba BAIRRO: Zona Rural CIDADE: Senador Pompeu
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: paciente vítima de acidente automobilístico

RESULTADO DO EXAMES

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL () HOSPITALAR (☒)

PROCEDIMENTO: radiografia AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ()

UNIDADE DE REFERÊNCIA DATA 11 NOV 2018 HORA 07

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID

SECUNDÁRIO 1

CID

SECUNDÁRIO 2

CID

CONDUTA REALIZADA

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS

2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA 23/05/16

HORÁRIO: _____

ATENDIMENTO Nº: 18

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE

NOME: Antonio Olivo Correia
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 21.04.71 IDADE: 45 ESTADO CIVIL: casado
MÃE: Raimunda Alves
NATURALIDADE: S. Pompeu PROFISSÃO: carceiro
ENDEREÇO: St. Carmelites BAIRRO: 2º bairro CEP: _____
CIDADE: S. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE: _____
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

PA: _____ mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito + cianose + falta de ar; ☐ Vômito + perda consciência ou dor tórax por mais de 30min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controlada; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes);	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39 – 40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Bronco espasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escutados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora da crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite.	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



DATA:

23.05.16

HORA:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Do

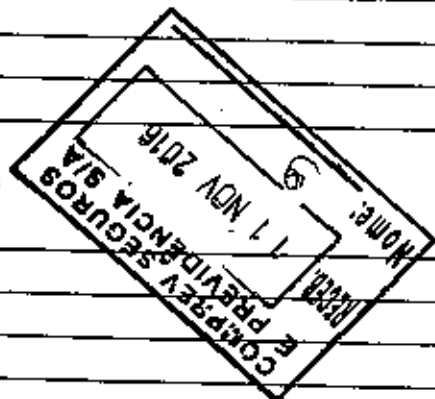
Ata de que foi realizado o
exame físico do paciente
em 23/05/16

PRESCRIÇÃO:

João P. Torres Filho
Médico
CRM 13182
PROT 1274

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:



Reinaldo de Sousa Bastos
Secretário de Gestão Hospitalar
CPF 020.905.073 - 34

João P. Torres Filho
Médico
CRM 13182
DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



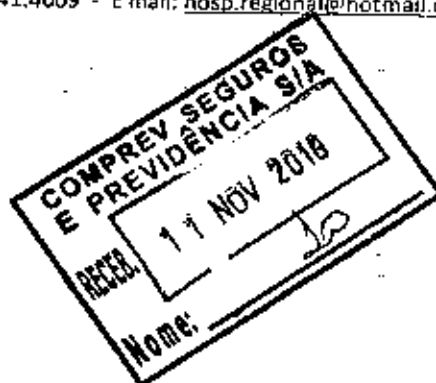
ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a), Antonio Alves Costa,
23.05.16 recebeu atendimento medico em
23.05.16 com diagnóstico de: fratura de omoplata
o (a) mesmo (a) está necessitando de: 60 (sessenta) dias de licença do
trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim, 23.05.16

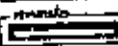
C.O. 542.0

Jonatas Brito A. Neto
Trauma Ortopédico
Cirurgia do Joelho
CRM 13510
MÉDICO - CRM



DOCUMENTO 3 *T396*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO	
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAMENTO	
NOME: CELSO GOMES FERNHEIRO	
DOC. IDENTIFIC. / ORIENTADOR: 2008010112637 - ESTOS CA	
	CIT: 791.649.193-15 DATA NASCIMENTO: 25/12/1976
	FUNÇÃO: MANOEL FERNHEIRO DE MELO NETO
	MARIA DO SOCORRO FERNHEIRO DE MELO
ASSINADO: 	ACC:  AD
CPF: 01024676637	DATA: 06/12/2010 04/06/1997
SEM OBSERVAÇÃO:	
Assinatura do Portador: <i>Celso Gomes Fernheiro</i>	
LOCAL: PORTALEZA, CE DATA: 23/12/2013	
Assinatura do Portador: <i>[Signature]</i> 28922655681	
Assinatura do Portador: <i>[Signature]</i> 08139143769	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 005025728201 000000000000 2015

NOME
MARCILENE BEZERRA CANITO

SENADOR POMPEU
/CE

CPF/CNPJ
05750256383
PLACA
0504259/CE

PLACA ANTIGA
9C2KCL680B846167
/CE

PAS/MOTOCICLO
CONJUNTIVEL
GASOL/ALCO

MARCA/MODELO
HONDA/CG150 FAN ESDI
ANO FAB
2011

CAP/POT/CIL
2P/OCV/149CC
CATEGORIA
PARTIC

COF. UNICA
VENC. COTA UNICA
1

PARCELAMENTO (COTAS)
2

PREMIO TARIFARIO (R\$)
129,04

PREMIO TOTAL (R\$)
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

DETRAN

REN

COMPREV SEGURADORA
E PREVIDENCIA
11 NOV 2016
Nome: 13

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES VIA TERRESTRE, CUJOS SUJEITOS CARTEA APESSOAS
TRANSFIRADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012259728201 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodatransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2015
DATA EMISSÃO
01/11/2015

VIA
01
05750256383
PLACA
0504259

REMANUA
005025728201
MARCA/MODELO
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB
2011
9C2KCL680B846167

PREMIO TARIFARIO
129,04

PREMIO TOTAL
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

PREMIO DE PAGAMENTO
143,38

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 02.245.0120007-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KE16EBB546167

00934

Proprietária do veículo



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de inscrição

057.502.563-83

Nome

MARCELENE BEZERRA CANUTO

Nascimento

04/05/1984

PREY SEGURANÇA

VIDÊNCIA 9/2018

DOCUMENTO 8

T8%

Nome:





BANCO DO BRASIL

Challan de uso pessoal e não transferível

Devo ser apresentado junto com um documento de validade

Emissão

MAR/2010



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORTE DE DEFESA DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polgar Direto



Assinatura do Titular

Mardilene Bezerra Canuto

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

2007748316 - 0

DATA DE EMISSÃO

18/11/2010

MARCELENE BEZERRA CANUTO

ANTONIO ALVES CANUTO

MARCELENE BEZERRA DE OLIVEIRA CANUTO

MARCELENE BEZERRA DE OLIVEIRA CANUTO

04/05/1984

DOC. ORDEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO-SEDE TERMO: 9.414 FOLHA: 592 LIVRO: A

OB PIQUET CARNEIRO - CE

CPF 057.502.563-83

1 VIA

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

P: 5

Condutor do veículo no acidente

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
RECIBO: 11 NOV 2016
Name: JS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MIGUEL GONCALVES DA SILVA

226559339-07

12/02/70

Este documento é o representante da inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, sendo a referência por letras, salvo
em casos previstos no Regulamento.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 05/01/63

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160685580 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALVES CANUTO **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO DIREITO 50% DE 25%

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

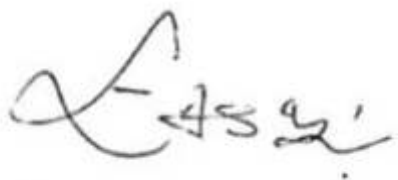
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160685580 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALVES CANUTO **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VÍTIMA APRESENTA ENCURTAMENTO ÓSSEO DEVIDO À CAVALGAMENTO DA CLAVÍCULA, BLOQUEIO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO, MAIS ACENTUADO PARA FLEXÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA RESULTANDO EM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR LONGO PERÍODO. FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM CAPSULITE ADESIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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

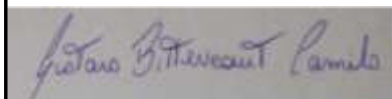
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Antonio Alves Camilo
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Recusou Informar
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 9599830-99 CPF: 658.363.363-68
 Endereço: Sítio Camanducaia, 51N
 Bairro: Zona Rural
 Cidade: Sumidm Rompeu CEP: 63.600-000

OUTORGADO (Procurador)

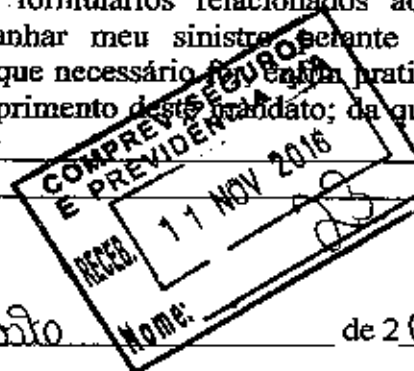
Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61000-600.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for para praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Antonio Alves Camilo

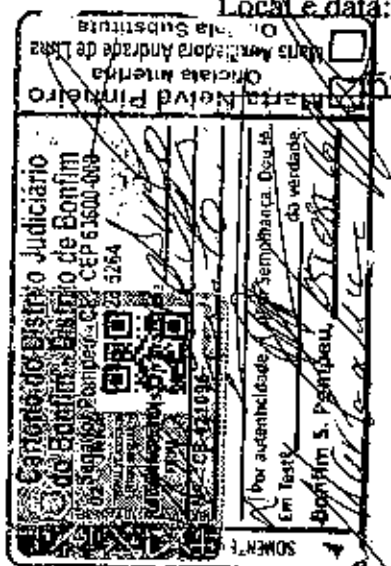
Local e data:

Sumidm Rompeu PE 05 de Agosto de 2016.



Antonio ALVES Camilo

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO ALVES CANUTO** Sinistro: **3160685580** Data: **22/05/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CARNAUBA, 00 - ZONA RURAL - Senador Pompeu - CE - CEP 63600-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **255983092**

Data local do exame: [**29/11/2016**] **Boa Viagem** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA ENCURTAMENTO ÓSSEO DEVIDO À CAVALGAMENTO DA CLAVÍCULA, BLOQUEIO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO, MAIS ACENTUADO PARA FLEXÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA RESULTANDO EM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR LONGO PERÍODO. FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM CAPSULITE ADESIVA.**

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Casemiro Dutra de Medeiros Junior
CRM: 6818 - CE
MÉDICO