

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013796390**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROCÍO SERAFIM DA SILVA**Data do acidente:** 03/07/2013**Emissor do parecer:** Tatiane Jardim dos Santos**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 921386

PARECER

Data da análise: 20/03/2014**Valorização do IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMA PÉ D + MÃO E**Resultados terapêuticos:** TTO CLINICO**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL TRAUMA PÉ D + MÃO E**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** DANO LEVE TRAUMA PÉ D + MÃO E**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** LUCIULA PRATA**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos pés	50	1	25
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	25

Valor avaliado: 4.050,00

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: 27/03/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.462,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROCI SERAFIM DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04370

CONTA: 00000001658-1

Nr. da Autenticação A0CB9AC60C851F92



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 560803

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 BMZ-4481/CE		
Nome da Vítima ROCI SERAFIM DA SILVA		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 20/11/1967	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 122.303.908-05	Data Ocorrência 03/07/2013

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

- () Certidão Nº 1704/2013 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
ROCI SERAFIM DA SILVA	Vítima	VITIMA	20/11/1967	63860-000	122.303.908-05

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

OUTROS

1004054



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 _____ CE _____

Data 09 DEZ. 2013

Local da Entrega _____ RJ _____

Data 09 DEZ. 2013

Suelen
Beneficiário

Suelen
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.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

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



Registro de Sinistro

DP.: 111

Processo: _____

Código: 560803

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO	Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE	Sub-Parceiro OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA
------------------------------------	--------------------------------	--

BO Nº 1704/2013	Data BO 09/07/2013	DELEGACIA DPI BOA VIAGEM
--------------------	-----------------------	-----------------------------

Placa BMZ-4481/CE	Tipo de Veículo 09-Cicliomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	IML
----------------------	---	-----

Nome da Vítima ROCI SERAFIM DA SILVA	Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ
---	----------------------------------	---------------------------

Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 20/11/1967	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 122.303.908-05	Data Ocorrência / Hora 03/07/2013 / 07:00
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--

Cidade MADALENA	UF CE	CEP 63860-000	Telefones
--------------------	----------	------------------	-----------

Email atendimento@salek.com.br

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

Beneficiários

Nome CEP Profissão	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Complemento	Bairro	Dt.Nasc.	Cidade	CPF/CNPJ UF
ROCI SERAFIM DA SILVA 63860-000 RUA BOA VISTA 1179		Vítima	VITIMA		CENTRO	20/11/1967	MADALENA	122.303.908-05 CE
OUTROS				R\$ DE 1,00 A 1.000,00				

Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 4370 C/P 1657-1

Histórico

Data	Usuário	Situação
09/12/2013 11:10:23	MSA VALÉRIA	Pré-Cadastro não analisado
09/12/2013 11:10:38	MSA VALÉRIA	Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)

09 DEZ. 2013

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.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007

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

e-mail: dpvat-nj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 560803 e a data de nascimento 20/11/1967 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



Seguradora Lider + 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.

ROCI SERAFIM DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG NF: 20060005032610 EXPEDIDO POR: SSPDS/CIE: EM: 14 / 02 / 2006 E:

PROFISSÃO AGRICULTOR

E PENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (DUzentos Reais) NA QUANTIDADE DE PESO-CHAVONAL DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO INCORPORADO AO PREÇO DE VENDA.

ALTERADO A SEGHADORA E FERI, DIRE CONCEPÇAO DO ESCRITO

SEGURO DE VIDA DA VITIMA ROCI SERAFIM DA SILVA, AUTORIZOU

(*) 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 sobre a condição e a forma de renda, nome, endereço, número de identificação, entre outros.

-1100134

MINIMIZACIÓ DE PROGRAMACIÓ



 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 Simistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTA DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGENCIA 4370 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 1658-1

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

LOCAL MADALENA -CEARÁ DATA 23 / 11 / 2013

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

~~ZÉA SERAFIM DA SILVA~~

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos 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 ressarcimento, regulada na Lei 9.445/96/00), e indenização de R\$ 100,00 em caso de despesa médica hospitalar.

Para comprovar o pagamento da reembolso de custos de internação no Brasil, encaminhe para o SAC DPVAT o número da sua carteira de motorista e o número da sua carteira de motorista.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

326-878388826-6

22/NOV/2013

HORA DF 18:39:32

LOT. 05.015222-0 TERM 040711
LOCALIDADE: MADALENA
AG. VINCULADA: 4370

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

4370-00001658-1

RESUMO: ROCI SERAFIM DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE	SALDO
04/11	0,00 C

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
04/11	20,55 C
RESUMO EM 21/11	
SALDO	20,55
RESUMO DO DIA	
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONÍVEL	20,55 C
SALDO TOTAL	20,55 C

326-878388826-6

09 DEZ. 2013



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O.

<u>Nº Ocorrência:</u>	1704/2013	<u>Data Registro:</u>	09/07/13	<u>Hora:</u>	10:30
<u>Nome:</u>	ROCI SERAFIM DA SILVA				
<u>Filiação:</u>	Antônio Pereira da Silva e Luiza Serafim da Silva				
<u>Endereço:</u>	Rua Antônio Severo de Pinho nº 1179, bairro boa vista, Madalena-CE,				
<u>RG:</u>	2006005032610	<u>SSPDS/CE</u>	<u>CPF:</u>	122.303.908-05	
<u>Natureza da Ocorrência:</u>	Acidente de Trânsito				
<u>Local da Ocorrência:</u>	Próximo ao Açude Umari, Localidade de Manga, zona rural, Madalena-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 03 de Julho de 2013, por volta das 07:00h, quando trafegava por uma estrada carroçável, na localidade de Manga, Madalena-CE, e na ocasião pilotava uma motocicleta HONDA CG 125 TITAN, cor VERMELHA, ano/modelo 1994/1995, placa BMZ 4481, chassi: 9C2JC2501RRS33594, registrada em nome de José Renaldo Facundo Ferreira; afirma o declarante que o cabo do freio traseiro da motocicleta quebrou, perdeu o controle da mencionada motocicleta e bateu em uma barreira e caiu, que após o acidente o mesmo foi socorrido para o Hospital de Madalena-CE, em seguida para o Hospital de Canindé CE- o qual apresentava Fratura com lesão em pé Direito, Fratura no 2º dedo da mão esquerda mais trauma escoriativas com lesões cortantes em perna direita, e várias escoriações pelo corpo. Nada mais disse.

NOTICIANTE: ROCI SERAFIM da SILVA

ESCRIVÃO:

Julio Cézar Sousa do Nascimento
 Escrivão de Polícia Civil
 Matrícula: 19445-1-3

09 DEZ. 2013



ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL

DBI\DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIGEM\CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

Locaçõi da Ocorrência:	2006005035610 SSPDS\CE	RG:	155.303.808-02
Motivação da Ocorrência:	Acidente de Trânsito		
Endereço:	Madalena-CE	CEP:	155.303.808-02
Telefone:	Rua Augusto Severo de Oliveira nº 1128, Piatto pos. Aísefa,	Situação:	Aufólio Pereira da Silva e Lúiza Serafim da Silva
Nome:	ROCI SERRAFIM DA SILVA	Hora:	10:30
RG/ Ocorrência:	09\02\13	Resposta:	1204\5013
Nome:	ROCI SERRAFIM DA SILVA	Hora:	10:30

HISTÓRICO:

MONUMENT: 30002692702111

- 10 -



ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA CIVIL DE BOA VIAGEM/CE.

AUTO DE EXAME DE CORPO DE DELITO

Aos 09 dias de Julho de 2013, nesta cidade de Boa Viagem, onde por volta das 16:50h, presente se achava o Bel. JOANILDO LEONARDO DA SILVA, Delegado de Polícia Civil, comigo, Carlos Ademir Veras Pinheiro, escrivão de Polícia Civil ad hoc, ao final assinado, na sequência foram nomeados os Peritos abaixo firmados, para procederem a exame de corpo de delito lesão corporal em:

ROCÍ SERAFIM DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Boa Viagem/CE, nascido 20/11/1967, portador do RG 2006005032610 da SSPDS/CE, filho de Antônio Pereira da Silva & Luiza Serafim da Silva, residente na rua Antônio Severo de Pinho nº 1179, boa vista, Madalena.

Descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias o que encontrarem, respondendo depois aos seguintes quesitos: PRIMEIRO – Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente; SEGUNDO – Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; TERCEIRO – Se foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel. QUARTO Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta dias); QUINTO – Se resultou perigo de vida; SEXTO – Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função; SÉTIMO – Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente. Em consequência passaram os Peritos a fazerem o exame solicitado, e ao final declararam (Breve histórico):

Fractura de 2º grau de tibia e
esguicho e fratura de pé Dto
interno com instabilidade. Tratamento
ortopédico. Fratura de tibia Dto

Primeiro: Sim Segundo: Fratura Terceiro: Não

Quarto: Sim Quinto: Não Sexto: Sim

Sétimo: Sim E nada mais havendo a lavrada foi encerrada o presente Auto que vai devidamente assinado.

Autoria:

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 6076

Perito:

Perito:

Escrivão:

09 DEZ. 2013



ESTADO DO CEARÁ

DEPARTAMENTO DE POLÍTICA CÍVIL E DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM VIEJO/CE.

MUÑO DE EXVME DE CORPO DE DETJOS

Na sessão noturna de 10h30min, o delegado Carlos Henrique Alves Pinto, responsável pelas investigações, informou que a prisão de Henrique, que é suspeito de envolvimento com o tráfico de drogas, é resultado de uma denúncia anônima. Ele disse que a prisão ocorreu por volta das 22h30min, quando os policiais chegaram ao local e encontraram Henrique em uma casa na Rua das Flores, bairro da Cidade Alta, em Belo Horizonte.

Autogiro Serviços de Pintura nº 1128, pod visita, Madrid, Espanha.

Quantity: 8 250g each

supra odua stressinq o abstrusans iof abstrusel s obnusari eiam stari. Ei _____ :sponis

Observations from previous issues

:esbnotua

:oñep

ପାତ୍ରଙ୍କପି

ଓଡ଼ିଆକୁବି



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Roci Serapim dasilva, portador da carteira de identidade nº 2006005032610 e inscrito no CPF/MF sob o nº 122.303.908-05, residente e domiciliado na Rua Antônio Severo de Lima nº 115, Cidade Madalena CC, Estado CEARA, 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 dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Roci Serapim dasilva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **ROCÍ SERAFIM DA SILVA** RG Nº. **2006005032610** data de expedição **14/02/2006**, Órgão **SSPDS/CE**, CPF Nº. **122.303.908-05** venho parente a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Boa Vista
Número	Nº. 1179
Apto/Complemento	Casa
Bairro	Boa Vista
Cidade	Madalena
Estado	Ceará
CEP	63.860.000
Telefone de Contato	(88) 9950-0004 – (88) 8874-8777 – (88) 3427-1916 (88) 9950-0003 – (88) 9266-8392
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Madalena – CE, 20 de Novembro de 2013.

Roc. SERAFIM da SILVA

09 DEZ. 2013

Nº DO CLIENTE

2800601-1

coelce

Rua Pedro Caldeira, 123 - CEP 66350-000 - Presidente Dutra - Ceará - Fone: (85) 3215-8020-24 - CEP 66350-000

Atende: Sindicato dos Trabalhadores da Indústria e da Construção Civil do Ceará - Sintec - Fone: (85) 3215-8020, 3215-8021 ou 3215-8022

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA LÓGICO 01 SÉRIE B-1 ENTRADA

Rua: 18 366 nº 01 022200 - 4
Nome: LIMA ALFREDIA DA SILVA

Data de Emissão

23/09/2013

End. Postal: RUA BOA VISTA 01379
BOA VISTA - MADALEMA - 63360028
Medidor: 1.114
Classe: 01 E - 4401 HONOFÁSICO
RG / CPF / CNPJ: 01.145.833-68
Nome do Responsável:

0000 0000

Fator de Potência

0,80

CGF

DATAIS: 01/09/2013 / 23/09/2013

Entrada Cláusula (R\$) Alíquota Valor do Imposto

10000 0,00 0,00

DIC 0,00 0,00 0,00

TRC 0,00 0,00 0,00

DIFC 0,00 0,00 0,00

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

VALOR CONSUMO DO MÊS:

3000,00 - 30,00 = 29,70

HOSPITAL E MATERNIDADE MÃE TOTONHA

FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 03/07/13 CARTÃO SUS: 898050029001357NOME: Rosi Senaçim da silvaDN: 2033167 IDADE: 45 SEXO: Masculino FemininoCN FOLHA: _____ LIVRO: _____ TERMO: _____ DATA EXPEDIÇÃO: / /RG Nº: 2006005032630 DATA EXPEDIÇÃO: 34/02/06PAI: Antonio Pereira da silvaMÃE: Leiza Senaçim da silvaNATURALIDADE: Bonfim-GA PROCEDÊNCIA: Madalena-GAESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: AgricultorRUA: Antonio Sereginho Nº: 3379 BAIRRO: BonfimTEMPERATURA: 36° P.A.: 110 X 80 mmHg PESO: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

Queda de motoDor, edema, limitação funcionalEXAME FÍSICO: perna - dor/edemadisponibilidade de dedo cíngulo

HDA: _____

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

*1004-

EXAMES SOLICITADOS: V1/10 - TAH(1) Benzedrol 1.200.000 UI DS 853 fMEDICAMENTOS: Paciente não quis mpmDESTINO: Tratamento p/ Casa Observação Internamento EncaminhamentoAss. PACIENTE: ROSI SERAFIMA Ass. MEDICO: DR. MARCOS
da Silva

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidade permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima:

Número do sinistro:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente: 03/07/13 Data do início do tratamento médico: 03/07/13

Nome completo e CRM do médico:

Lesões resultantes do acidente:

Fratura de tibia e perna direita, fratura de um osso entre o pé direito e o maléolo interno, que deslocou

Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas):

Dr. José Carlos Martins
Traumatologista Ortopedista
CREMEC 6076

Existem algum defeito físico ou doença pré-existente? SIM NÃO

Com relação à invalidade pode-se concluir que:

A invalidade é temporária, portanto passível de recuperação significativa ou de cura através de tratamento.

A invalidade é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

- 1º Pé direito (Fratura tibia e cuboíde)
2º 3º Pé esq (Fratura em 2º e 3º metatarsos)
4º
5º

Afirma que assisti e/ou avaliei a vítima no período de _____
que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

Dr. JOSÉ CARLOS MARTINS
Traumatologista Ortopedista
CREMEC 6076

Local:

Data:

Assinatura e carimbo:

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Madalena-CE

28/07/13

Rosilene Raimunda da Silva

Local:

Data:

Assinatura da vítima:

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

DATA DO ACIDENTE:

03/04/13

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

Treatmente ortopédico, instrumento com imobilizações gessada no pé direito e mato esquerdo + SINS + ABT + cintilífico -

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

01 (um) dia

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

Chave de metro

Chave de aparelho

WVS

ABT -

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

10/05/13

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia / Ortopedia
CREMEE 6076

Madalene II 28/04/2013

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente,

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em 03/07/13, no qual
sofreu as seguintes lesões:

*Fractura de hér lux
do pé direito, fratura de
ossos cunhados do pé direito, fratura
de mao grande (2º
grau descolhido), contusao
gmax iliopecten e etc.*

efetuou os seguintes tratamentos

*Interventos ortopédicos iniciais
com cirurgia de emergência
 tipo luxação MRE e fixa-
ção com IMPLA + AINS + AST + ondutor*

Informo que os tratamentos foram realizados durante o período
de 03/07/13 à 09/10/13, tendo findado seu tratamento
recebeu ALTA DEFINITIVA em 10/10/13.

Seguelas em caráter permanente resultantes do acidente:

*Artrose em pé-dorso com
deformidade de calcanhar, dor crônica
e instabilidade, claudicação
deformidade de sua mão grande e
distúrbio de preensão de "pincel" e "garra".*

Porto Alegre 28/10/13

Local

data

*Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 676*

assinatura e carimbo

Paciente: ROCI SERAFIM DA SILVA

HOSPITAL E MATERNIDADE MÃE TOTONHA

FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 03/07/13 CARTÃO SUS: 89805002903317

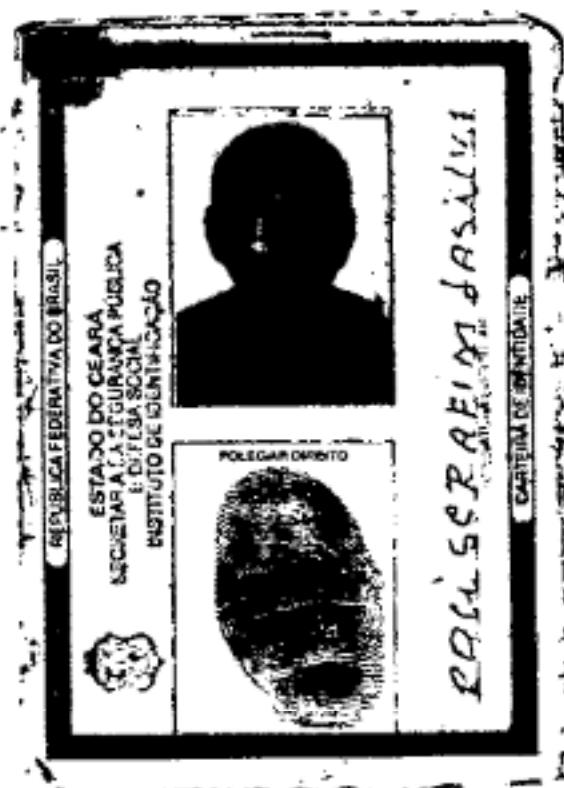
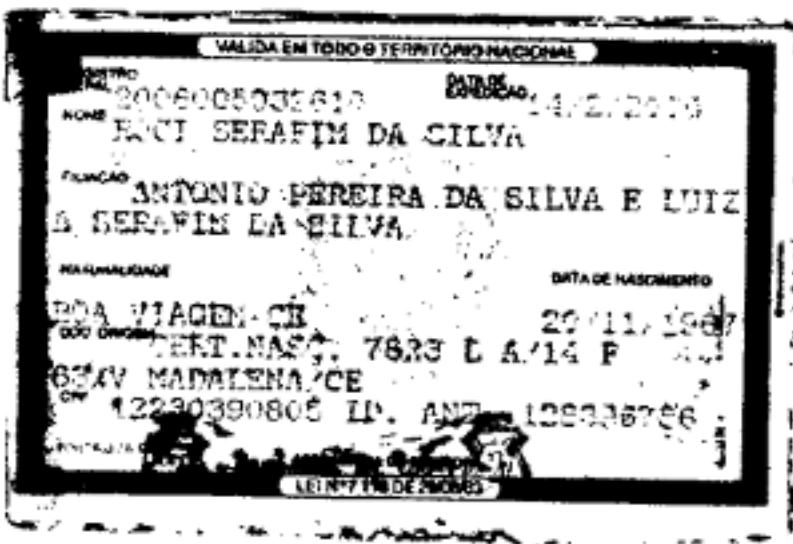
NOME: Rosi Sengen da SilvaDN: 2032167 IDADE: 45 SEXO: Masculino FemininoCN FOLHA: LIVRO: TERMO: DATA EXPEDIÇÃO: 1/1RG Nº: 2006005032830 DATA EXPEDIÇÃO: 34/02/06PAI: Antonio Sengen da SilvaMÃE: Luisa Sengen da SilvaNATURALIDADE: BOA VISTA - R. M. G. PROCEDÊNCIA: MadalenaESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: AgricultorRUA: Antonio Sengen de Pinto Nº: 3379 BAIRRO: BonistaTEMPERATURA: 36,2 P.A: 110 X 80 mmHg PESO: QUEIXA PRINCIPAL: Amada de mortoDor, edema, limitação funcionalEXAME FÍSICO: perna edematosadiromedial 2º dedo e 2º dedoHDA: UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE VANGUARDA
UNIVERSITÁRIO MEDICO HOSPITALAR

10040

EXAMES SOLICITADOS: U/10 TUNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTÓCOLO DE ANÁLISE(1) Benzodiazepínicos 1.200,000 UJ 0,853 fMEDICAMENTOS: Pacientes new guin mpnDESTINO: Tratamento p/ Casa Observação Internamento EncaminhamentoAss. PACIENTE: ROSA SERRAFIM Ass. MEDICO:
da Silva

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



TELEFONES PARA CONTATOS

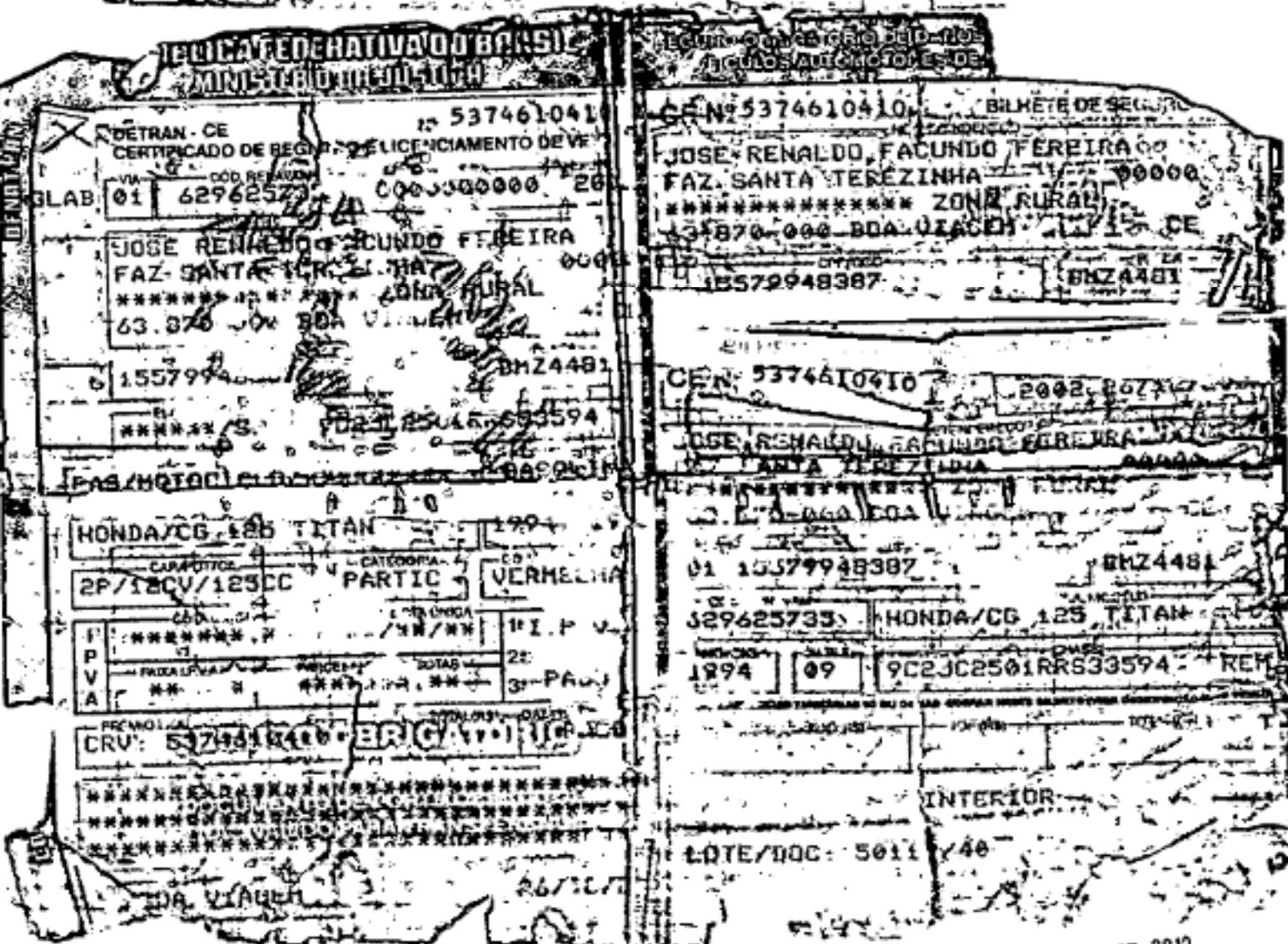
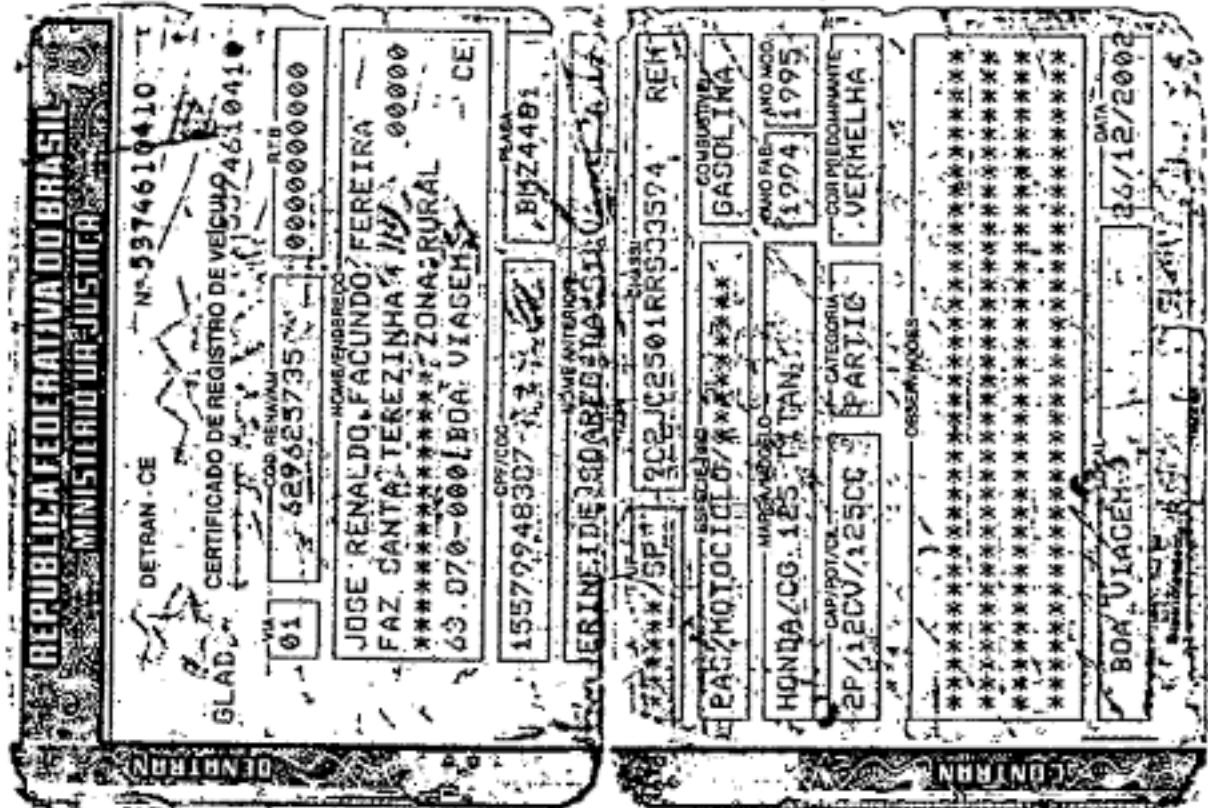
(88) 9950-0004

(88) 9950-0003

(88) 8874-8777

(88) 9266-8392

(88) 3427-1916



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013796390**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROCÍO SERAFIM DA SILVA**Data do acidente:** 03/07/2013**Emissor do parecer:** Anna Caroline Copello de Araujo**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 906387

PARECER

Data da análise: 26/12/2013**Valorização do IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMA EM MID**Resultados terapêuticos:** TTT CONSERVADOR**Sequelas permanentes:****Sequelas:** Não definido**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:** SOLICITO BAM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO DO PACIENTE PARA MELHOR ANALISE DAS SEQUELAS**Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** RAFAEL SANTOS**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013796390	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez
Vítima: ROCI SERAFIM DA SILVA	Data do acidente: 03/07/2013	Emissor do parecer: GALDINO LEONARDO
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.	CRM do médico: 5087

PARECER

Diagnóstico: trauma do pé direito e mão esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Periciando com lesão do fratura do 2 dedo com lesão ligamentar, com perda funcional dos movimentos da mão, com fratura complexa do pé esquerdo com deformidade eliminação funcional

Resultados terapêuticos: tratamento conservador

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM PÉ D DANO GRAVE EM MÃO E

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 25/03/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	75

Valor avaliado: 10.462,50

