

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: 10/12/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBSON JOSE DOS SANTOS

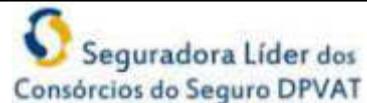
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00748

CONTA: 00000100020-8

Nr. da Autenticação F0F862872474ED7E

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150597701 **Cidade:** Itapipoca
Vítima: ROBSON JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2015
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO QUADRIL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, DOR ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Alessandra Duraes Altaf

CRM do médico: 16562

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	12,5 %	\$1,687.50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

**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): Robson Jose dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Anastacio Barroso, 3795
Policia Civil Itapipoca CE CEP: 62500-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20076894104
Data local do exame: [04/12/2015] Fortaleza [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)

TRAUMA NO QUADRIL ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE, DOR ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

- 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?

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?

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.

QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA E ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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.

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO, PELA LIMITAÇÃO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente 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):

Região Corporal (Sequela):

Quadril - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Alessandra Durães Alves
CRM 16562



CE N° 010081076948		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
		EXERCÍCIO 2013	
CPF / CNP 02977029397		PLACA NVA2566	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
CE N° 010081076948		EXERCÍCIO 2013	DATA EMISSÃO 19/09/2013
FVM 01	CPF / CNP 02977029397	PLACA NVA2566	
REV. ANUAL 253091772		MARCA / MODELO KASINSKI MIRAGE 150 50	
ANO/FAB 2010	MES/AN 09	Nº CHASSI 93EMRCCFABM002189	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
CUSTO FMS (R\$) 129,00	DEPARTAMENTO 14-34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 11,00	VALOR DA COBERTURA 292,01	
PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		DATA DE QUITAÇÃO 31/09/2013	
Seguradoras e Agentes Consórcios LOTE / DOC: 92802-01 MOTOR: 9CBFA002235 CNPJ: 09248.608/0001-04			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - CE		Nº 0100810769	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
CRDD	01	253091712	000000000000
ANTONIO MIRIAS RIBEIRO			
ITAPIPOCA/CESAR CUNHA			
0291702939		PLACA ANV A2566	
PLACA INFAT		CHASSIS 93EMR00FABM002189	
ESPECIE		COMBUSTIVEL	
PILO/MOTOR/CICLO/MOTOCICLETA/HAS/LINEA		A	
CARRO MARCA/GARÇAO/DOELO		ANO/PAB/ANO M	
KASINSKI MIRAGE 150/50		2010/120	
CAPAC/POW		COR PREDOMINANTE	
2E/13CV/149CC		PARTIDA AZUL	
PESO V/VEIC		VEIC/VEICULA	
PESO V/VEIC		VEIC/VEICULA	
V/VEIC		PARCELA/MENTO/ADOTAS	
A/VEIC		3/3	
PREÇO/TARIFARIO/PRO		DATA DE PAGAMENTO	
286,75		SEGUNDO (02) GATO 31/07/20	
ESTADO: CEARÁ - TERRITÓRIO FEDERATIVO			
ITAPIPOCA			
DATA: 19/09/20			

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

RECEIVED JULY 2015

Name:



Justificativa de falta de Prontuário

EU ROBSON JOSE DOS SANTOS CPF:062.994.393-19

**RG:2007689410-4 VENHO PERANTE A SEGURADORA LIDER
ESCLARECER QUE NAO TENHO COMO MANDA MAIS
DOCUMENTAÇÃO MEDICA HOSPITALAR POR QUE VIVO EM UM
ESTADO ONDE A SAÚDE E PRECÁRIA E NAO CONSEGUI
ATENDIMENTO MEDICO PEÇO QUE CONSIDEREM AS QUE JA
MANDEI POIS FOI A QUE O HOSPITAL ME LIBEROU.**

**ENTENDO QUE ATENDO TODOS OS REQUISITOS PARA ESTA
RECEBENDO ESTA DEVIDA INDENIZAÇÃO, SE POR VENTURA NAO
FOR MARCADO MINHA PERICIA ESTAREI ENTRANDO NA JUSTIÇA
CONTRA A SEGURADORA ALEGANDO DOCUMENTAÇÃO
ABUSIVA, PARA QUE ISTO NAO SEJA NECESSARIO ESPERO QUE
MARQUEM MINHA PERICIA PARA A COMPROVAÇÃO DAS
SEQUELAS.**

ATENCIOSAMENTE

* Robson Jose dos Santos

AQUIRAZ-CE 03/11/2015





**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

RECEIVED 09 JUL 2015



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO
ITAPIPOCA - CE

ATO

Deidente de trânsito DECLARATÓRIO

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Prontuário: 196615 Atendimento: 0003 CNS: 708203627872949 Guia Aut:
Paciente: ROBSON JOSE DOS SANTOS Est. Civil: Solteiro(a) Sexo M
CPF: 06299439319 Nascimento: 26/07/1995 Local: AMONTADA/CE Idade: 19 Ano(s)
Pai: JOSE ARAUJO DAMACENO Mãe: NEITA FERREIRA SANTOS
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Telefone: 88 99334296 CEP: 62500-000
Bairro: MARANHAO Municipio: ITAPIPOCA UF: CE
Profissão: AUX. DE PRODUCAO Empresa: DASS
Convênio: SUS *Mesmo dia do B.O.* Matricula:
Cônjugue:
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Responsável: GESSIMARA DA SILVA MARQUES
Data Atendimento: 31/03/2015 Hora: 21:48 Municipio: ITAPIPOCA UF: CE
Médico: ARNOBIO AVELINO DA SILVA Sala:
Tipo Atendimento: CONSULTA CRM/UF: 7211/CE
Indicador de Acidente: Trânsito Funcionário: RAILA MARA SOARES PINTO
Observação:
Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (ppm): PA (mmHg): 130 x 80
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

- 7 ⑥ Psue pr *[Signature]*

Motivo do Atensoimento Vítima pt acidente de trânsito

DOCUMENTO 2 - T2%



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

RECEB 14 OUT 2015

Nome: *2*

ARNOBIO AVELINO DA SILVA - CRM: 7211

[Signature]
Assinatura Paciente/Responsável



Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Prontuário: 196615 Atendimento: 0003 CNS: 708203627872949 Guia Aut:
Paciente: ROBSON JOSE DOS SANTOS Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
CPF: 06299439319 Nascimento: 26/07/1995 Local: AMONTADA/CE Idade: 19 Ano(s)
Pai: JOSE ARAUJO DAMACENO Mãe: NEITA FERREIRA SANTOS
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Telefone: 88 99334296 CEP: 62500-000
Bairro: MARANHAO Município: ITAPIPOCA UF: CE
Profissão: AUX. DE PRODUCAO Empresa: DASS
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjugue: Responsável: GESSIMARA DA SILVA MARQUES
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Município: ITAPIPOCA UF: CE
Data Atendimento: 31/03/2015 Hora: 21:48 CID:
Médico: ARNOBIO AVELINO DA SILVA CRM/UF: 7211/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA Funcionário: RAILA MARA SOARES PINTO
Indicador de Acidente: (Trânsito) Responsável:
Observação:
Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C) CRM/UF: 7211/CE
R (ppm): PA (mmHg): 130 x 80

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

-7

(Paciente)

para

(Procedimento realizado pelo SUS)
(Sistema On-line para Saúde) sem CPF do paciente.
nenhum convênio.
qualquer responsabilidade.

HMSVP

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A
RECEB. 09 JUL 2015
A
Nome: _____

ARNOBIO AVELINO DA SILVA - CRM: 7211

Assinatura do S. M. V. 2015
Assinatura Paciente/Responsável

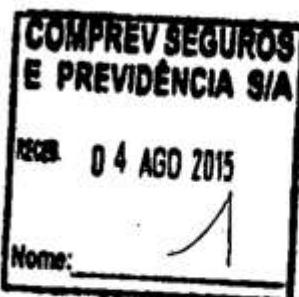
315059 7701

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Prontuário: 196615 Atendimento: 0003 CNS: 708203627872949 Guia Aut:
Paciente: ROBSON JOSE DOS SANTOS Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
CPF: 06299439319 Nascimento: 26/07/1995 Local: AMONTADACE Idade: 19 Ano(s)
Pai: JOSE ARAUJO DAMACENO Mãe: NEITA FERREIRA SANTOS
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Telefone: 88 99334296 CEP: 62500-000
Bairro: MARANHAO Municipio: ITAPIPOCA UF: CE
Profissão: AUX. DE PRODUCAO Empresa: DASS
Convênio: SUS Matricula:
Cônjugue: Responsável: GESSIMARA DA SILVA MARQUES
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Municipio: ITAPIPOCA UF: CE
Data Atendimento: 31/03/2015 Hora: 21:48 CID:
CRM/UF: 7211/CE
Médico: ARNOBIO AVELINO DA SILVA Funcionário: RAILA MARA SOARES PINTO
Tipo Atendimento: CONSULTA CPF do Responsável:
Indicador de Acidente: Trânsito
Observação:
Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C) P (bpm): R (mmHg): PA (mmHg): 130 x 80

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

-7 6 pme pr



04/08

ARNOBIO AVELINO DA SILVA - CRM: 7211

R. J. Oliveira da C. Oliveira
Assinatura Paciente/Responsável

Atto declaratório

DOCUMENTO 1



T1%



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 35. DISTRITO POLICIAL.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 135 - 1772 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 23/06/2015 11:23:02

Data / Hora da Ocorrência: 31/03/2015 21:48:00

Endereço da Ocorrência: AV ISAU ALVES

NAO INFORMADO ITAPIPOCA / CE

Ponto de Referência: LICEU

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ROBSON JOSE DOS SANTOS

Nascimento: 31/10/1962

RG: 20076894104 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 06299439319

Filição: JOSE ARAUJO DAMACENO

NEITA FERREIRA SANTOS

Endereço: R ANTONIO ANASTACIO BARROSO 3795

MAKANHÃO

ITAPIPOCA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

INFORMA O DECLARANTE SR.ROBSON JOSE DOS SANTOS, QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA KASINSKI MIRAGE, DE COR ZUL PLACAS NVA 2566, CHASSI:93FMRCFCABM002139 LICENCIADA E REGISTRADA NO NOME DE ANTONIO MARTINS RIBEIRO, QUE VINHA TRAFEGANDO NA AVENIDA ISAU ALVES QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM HURACAO A VITIMA NAO OUVIDOU FALAR O RETROVISOR E VEIO A COLIDIR COM OUTRA MOTOCICLETA HONDA Bros, DE COR VERMELHA PLACAS NAO IDENTIFICADAS, QUA A VITIMA VEIO A CAIR E SER SOCORRIDO PELO SR.NEURITONIO MATIAS DE SOUSA DE CPF:030.204.313.60, AO HOSPITAL SÃO CAMILO EM ITAPIPOCA DISSE:.....

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

"ESCRIVAO AD IOC"

RECEB 14 OUT 2015

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO BRUNO DE FIGUEREDO FILHO - MAT.: 133625-14

Nome: /

Governo do Estado do Ceará
SSPD/Polícia Civil
DPM / 35º Distrito Policial

DECLARAÇÃO

EU, Robson José dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 2007 689410-4 E CPF 0629 94393-19 NA
QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DA VÍTIMA, O mesmo

DECLARO QUE APÓS TER SOFRIDO ACIDENTE PROVOCADO POR VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, EM
31/03/2015 A VÍTIMA FOI LEVADA AO HOSPITAL, São Caetano.

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 - Omitir em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante."

Hapipoca 06/07/2015

LOCAL E DATA

Robson José dos Santos

DECLARANTE

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

RECEB. 09 JUL 2015

3

Nome: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 35. DISTRITO POLICIAL

3150597701

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 135 - 1772 / 2015

DOCUMENTO 1 "T10%"

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 23/06/2015 11:23:02

Data / Hora da Ocorrência : 31/03/2015 21:48:00

Endereço da Ocorrência: AV ISAU ALVES

NAO INFORMADO ITAPIPOCA /CE

Ponto de Referência: LICEU

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ROBSON JOSE DOS SANTOS

Nascimento : 31/10/1962

RG: 20076894104 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 06299439319

Filiação: JOSE ARAUJO DAMACENO

NEITA FERREIRA SANTOS

Endereço: R ANTONIO ANASTACIO BARROSO 3795

MARANHÃO

ITAPIPOCA CE BRASIL

Telefone:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 09 JUL 2015

Nome: _____

Histórico

INFORMA O DECLARANTE SR.ROBSON JOSE DOS SANTOS, QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA KASINSKI MIRAGE, DE COR ZUL. PLACAS NVA 2566, CHASSI:93FMRCFCABM002139 LICENCIADA E REGISTRADA NO NOME DE ANTONIO MARTINS RIBEIRO, QUE VINHA TRAFEGANDO NA AVENIDA ISAU ALVES QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO A VITIMA NÃO OLHOU PARA O RETROVISOR E VEIO A COLIDIR COM OUTRA MOTOCICLETA HONDA BROS, DE COR VERMELHA, PLACAS NÃO IDENTIFICADAS, QUA A VITIMA VEIO A CAIR E SER SOCORRIDO PELO SR.NEURITONIO MATIAS DE SOUSA DE CPF:030.204.313.60, AO HOSPITAL SÃO CAMILLO EM ITAPIPOCA, E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

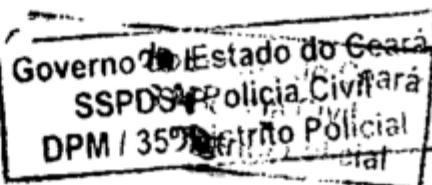
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO BRUNO DE FIGUERÉDO FILHO - MAT.: 133825-1-4



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 09 JUL 2015

