



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WQXB.20.00168301-2** em **17/06/2020 14:26:31**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Quixeramobim
Processo : 0050606-18.2020.8.06.0154
Protocolo : WQXB.20.00168301-2
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Obrigação de Fazer / Não Fazer
Data/Hora : 17/06/2020 14:26:31

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>> [Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição*	: 2723132_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Petição*	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-6.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_03 - 1-6.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_04 - 1-5.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_04 - 6.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_04 - 7-8.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_04 - 9-11.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_04 - 12-14.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_04 - 15-18.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_04 - 19.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_05 - 1-13.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_05 - 14-24.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_05 - 25-31.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_05 - 32-36.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_05 - 37-46.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_06 - 1-14.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_06 - 15-22.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_06 - 23-33.pdf
Documentação	: 2723132_CONTESTACAO_Anexo_06 - 34-42.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

- Anexar documentos** : [Realizar download dos documentos da petição](#)
- Recibo** : [Realizar download do recibo](#)

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM/CE

Processo: 00506061820208060154

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PAULO MARTINS FERNANDES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/03/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/04/2018**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Cumprе ainda informar Exa., que vinculado ao seu CPF, foram localizadas as seguintes pastas:

1 - EM CONSULTA AO GPROC/SISJUR LOCALIZAMOS:

PASTA: SISJUR Nº : 1347746

STATUS: ATIVA

DATA DO SINISTRO: 01/09/2013

OBJETO: INVALIDEZ

ESCRITÓRIO: ALDAIRTON CARVALHO

PROCESSO Nº: 8456804220148060001

PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: SIM

HISTÓRICO DO PROCESSO: SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA - APELAÇÃO - CONTRARRAZÕES DA APELAÇÃO - ACÓRDÃO

DANDO PROVIMENTO A APELAÇÃO PARA O PROSSEGUIMENTO REGULAR DO FEITO

FASE PROCESSUAL ATUAL: EM TRAMITE

2 - PASTA: SISJUR Nº : 2319906

STATUS: ENCERRADA

DATA DO SINISTRO: 11/01/2015

OBJETO: INVALIDEZ

ESCRITÓRIO: ROCHA MARINHO E SALES SOCIEDADE DE ADVOGADOS

PROCESSO Nº: 146357420178060154

PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: SIM

HISTÓRICO DO PROCESSO: SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA

FASE PROCESSUAL ATUAL: ARQUIVADO EM 26/09/2019

3 - PASTA: SISJUR Nº : 2353199

STATUS: ENCERRADA

DATA DO SINISTRO: 02/03/2014

OBJETO: INVALIDEZ

ESCRITÓRIO: JOAO BARBOSA

PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: SIM

HISTÓRICO DO PROCESSO: SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA

FASE PROCESSUAL ATUAL: ARQUIVADO EM 10/01/2020

4- PROCESSO ADMINISTRATIVO – ACIDENTE - 9/1/2013 – 2014024693 – JOELHO – 50% R\$1.687,50

5 - PROCESSO ADMINISTRATIVO – ACIDENTE - 02/03/2014 3150216307 - Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante R\$ 10.125,00

6 - PROCESSO ADMINISTRATIVO – ACIDENTE - 11/01/2015 3150598043 - TCE com ferimento corto contundente na face fratura do maxilar esquerdo. R\$ 6.750,00

DESTA FORMA EXA., TENDO EM VISTA QUE A PARTE AUTORA JÁ SE ENVOLVEU EM DIVERSOS ACIDENTES, REQUER A SEGURADORA RÉ BASTANTE CAUTELA NA ANÁLISE DE TODA A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ACOSTADA AOS AUTOS PELA PARTE AUTORA.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

DO MÉRITO

DA IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PAGAMENTO INTEGRAL

O LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR PATRIMÔNIO AFETADO JÁ FOI PAGO

Cabe ressaltar que não há que se falar em recebimento de indenização em grau total, sem atentar-se que o autor já recebeu conforme a Lei 11.945/2009, ou seja, nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

SENDO ASSIM, NÃO HÁ QUE SE FALAR EM HIPÓTESE DE CONDENAÇÃO DEVIDO AO VALOR INDENIZATÓRIO ULTRAPASSAR O VALOR DE R\$ 13.500,00, DEVENDO AINDA SER OBSERVADO OS PAGAMENTOS ADMINISTRATIVOS REALIZADOS NA MONTA DE R\$18.562,50.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

QUIXERAMOBIM, 22 de maio de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **PAULO MARTINS FERNANDES**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **QUIXERAMOBIM**, nos autos do Processo nº 00506061820208060154.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180587290 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ANEXADO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180587290

Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO MARTINS FERNANDES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180587290

Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO MARTINS FERNANDES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180587290

Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO MARTINS FERNANDES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: PAULO MARTINS FERNANDES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 000000018324-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000018324-6

Nr. da Autenticação 9586A7D074E44C09

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180587290 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ANEXADO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180587290 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ANEXADO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180587290

Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO MARTINS FERNANDES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180587290

Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO MARTINS FERNANDES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180587290

Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO MARTINS FERNANDES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: PAULO MARTINS FERNANDES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 000000018324-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000018324-6

Nr. da Autenticação 9586A7D074E44C09

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180587290 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ANEXADO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2014024693**
Vítima: **PAULO MARTINS FERNANDES**
Local: **CE-QUIXERAMOBIM**
Data do Acidente: **9/1/2013**

Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s):

JOELHO DIREITO

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

TRAUMATISMO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR.

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

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

APRESENTA ATROFIA DE COXA DIREITA E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

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

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
 b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
 b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

JOELHO DIREITO

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - BOA VIAGEM, 2/1/2014

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302

Médico Revisor: MARCUS HERRERA RODRIGUES DE ALMEIDA CRM: 52200288


Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRMCE - 6302


MARCUS H. R. ALMEIDA
CRM/RJ 52.20028-8

Assinatura do perito examinador - CRM

Assinatura do perito revisor - CRM

Informações Complementares

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00722-6

CONTA: 000000030621-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1402201405000000000023700722000000030621168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Martins Fernandes
RG nº 05058830852 Data de expedição 09/11/11, Órgão Sebrae
CPF nº 03900341346, venho perante a este instrumento declarar que não
posso 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:

CAPEMISA

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Plúvio Skeffy</u>	01 NOV 2013
Número	<u>89</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Monteiro de Norais</u>	
Cidade	<u>Guararomobem</u>	
Estado	<u>ceara</u>	
CEP	<u>63.800.000</u>	
Telefone de Contato	<u>(88)3412-1978 (88)9414-7239 (88)9937-5110</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 03/10/13Assinatura do Declarante: X Paulo Martins Fernandes



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 10
Rota 13 280-7

Poste 00000 00000
Fator de Potência 0
CGF

Contribuinte individual		Apuração Individual	
Mensal	Trimestral	Mensal	Anual
52,23	156,69	0,00	0,00
57,88%	173,98%	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL 7996,5530,8424,1253,9528,2119,8870			
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONCELHO Leite: Anual 0 Leite: Anterior 0 Gaseific: 0			

Leilão Atual ☒ Leilão Anterior ☐

Consumo (kWh) + Consumo

Cons. Incl.	Cons. Fix.	Tarifa (RS/KWh)	Valor (RS)
4.20	0.00	1.80	1.10

DESCRIÇÃO	2019	2018
...

VALOR CONSUMO DO ME.
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
SEGURO SUPER 3 + 1

VALOR (R\$)
42,99
5,94
3,07

CAPEMISA

01 NOV 2013

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO	
PAGAR (R\$)		PAGAR (R\$)	
ENCARGAMENTO	02/01/2013	TOTAL A PAGAR	3200

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

72
62
66
82
62
71
69
64
66
76
76
80
70

importante

em grande número e propagada pela poluição, nos seus aspectos físicos e materiais aos animais, confundem a sua natureza e a evidência e de modo a crime e solista.

Conducta de la familia de 27 años de edad, en la que se encuentra el hijo de la familia de 27 años de edad, en la que se encuentra el hijo de la familia de 27 años de edad.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 4121 / 2013 -

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO

Data / Hora da Comunicação: 01/10/2013 10:56:56

Data / Hora da Ocorrência : 01/09/2013 10:00:00

Endereço da Ocorrência: LAGOA CERCADA

CENTRO QUIXERAMOBIM / CE

Ponto de Referência:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES

Nascimento : 01/06/1988

CNH: 519383224 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Afiliação: JOSE FERNANDES DA SILVA

MARIA DAISE MARTINS FERNANDES

CAPEMISA

Endereço: R ALVISTO SKEFF 39

MONTEIRO DE MORAIS

QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone: 9794.4248

01 NOV 2013

Histórico

QUE HABILITADO; QUE CONDUZIA O VEICULO DO TIPO HONDA CG 150 TITAN ES, ANO 2006, COR VERMELHA, DE PLACAS HYL 5311, CHASSI 9CZKC8507R036243, LICENCIADO EM NOME DE MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES; QUE UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA NA CONTRAMÃO COLIDIU FRONTALMENTE COM O NOTICIANTE EM UMA DETERMINADA CURVA DO PERCURSO; QUE O NOTICIANTE VEIO AO SOLO; QUE DEVIDO A QUEDA SOFREU VIVIDAS AVARIAS PELO O CORPO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES; QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL LOCAL; QUE NÃO FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. ENADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Edson*

ATRÍCULA: 198855-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Paulo Martins Fernandes*

ASSINATURA DO DELEGADO(A):



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU Paulo Martins FernandesPORTADOR(A) DO RG Nº 05058830852 EXPEDIDO POR LOUVAU EM 09/11/11 ECPF 039003408-46 CNPJ 00000000-0000-0000-0000-0000 PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Martins Fernandes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

CAPEMISA

01 NOV 2013

❗ 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 de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;

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

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

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 33 AGÊNCIA 722-6 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0030621-5

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL

FortalezaDATA 03/10/13ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Paulo Martins Fernandes

❗ 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.



REDE PAUROS DA GUARDA - FILIAL QUITERMOB
R MONSIEUR SAUTIANO PINTO - 263 A

Term. Net-Isa 00026673 Data 02/10/2013

Data: 02/10/2013 Hora de Brasília: 15:33

xxx Extrato de Conta Corrente xxx

PAULO MARTINS FERNANDES 15:33HR
AGENCIA 0722 CTA 0030621-5 02/OUT/2013

DISPONIVEL	
+ CONTA CORRENTE	0.00
= TOTAL DISPONIVEL	0.00
SALDO TOTAL	0.00

CAPEMISA

01 NOV 2013



REDE PAUROS DA GUARDA - FILIAL QUITERMOB
R MONSIEUR SAUTIANO PINTO - 263 A

Term. Net-Isa 00026673 Data 02/10/2013

Data: 02/10/2013 Hora de Brasília: 15:33

xxx Extrato de Conta Corrente xxx

PAULO MARTINS FERNANDES 15:33HR
AGENCIA 0722 CTA 0030621-5 02/OUT/2013

DISPONIVEL	0.00
+ CONTA CORRENTE	0.00
= TOTAL DISPONIVEL	0.00
SALDO TOTAL	0.00

CAPEMISA

01 NOV 2013

Ag. Bradesco : 722 - QUITERMOBIM

Corresp. Banc.: 074 - REDE A G FL

QUITERMO

NSU: 022426711837 Autenticacao: 974744

QUITORTIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede: 121305 Hora Rede: 15:33:35

Ag. Bradesco : 722 - QUITERMOBIM

Corresp. Banc.: 074 - REDE A G FL

QUITERMO

NSU: 022426711837 Autenticacao: 974744

QUITORTIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede: 121305 Hora Rede: 15:33:35

OUTROS

1004154



REVISAO DE PROCESSO

Eu, Paula Martins Fernandes portador
do RG 2006021016212 inscrito no CPF 03900341316
Com o endereço na Rua/Trav Alameda 5 de Março - 89
Bairro Monte Verde Mourão cidade Quixeramobim

Eu, venho através desta requerer aos senhores revisão do processo, a referida solicitação se faz pelo fato de não concordar com o valor pago do processo, tendo em vista as gravidades das lesões por mim sofridas em consequência do acidente de trânsito.

Diante das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo e se necessário realização de uma nova perícia médica com o médico auditor da seguradora para que o mesmo possa constatar real situação, pois é inaceitável o valor pago.

17.12.2013

RECEBIDO EM:

09 JAN 2014

Atenciosamente,

Paula Martins Fernandes

OUTROS

1004054



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo Martins Fernandes

identidade nº 05058830852 e inscrito no CPF/MF sob o nº 03900341346 portador da carteira de residente e domiciliado na Rua Duvshskoffy 29 - Monteiro de Moraes Estado SP, declaro, sob as penas da lei, que a Cidade Verenópolis 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

invalides 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.

CAPEMIS

01 NOV 2013

* Paulo Martins Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Monteiro de Moraes - 103110/13

Local e data

DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Martins Fernandes portador da carteira de
identidade n° 05058830852 e inscrito no CPF sob o n° 039.00341346
residente e domiciliado na Rua Plutostoffy 89 Monteiro de Norais
Cidade: Guaraná-mirim CE declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO, realizado no Hospital _____ Data de Entrada: / /

Data de Saída: / /
Localizado em: _____

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA
TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro
Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento 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 enviada.

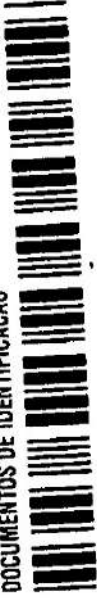
Concordando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT
para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei
nº 6.194/74.

Paulo Martins Fernandes

Assinatura do Declarante

Fontalvo, 03/10/13

Local e Data

[illegible]

01 NOV 2013

01 NOV 2013

Paulo Moraes Fernandes

⊕
Ortopedia
Infantil

Laudo médico

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*100



⊕
Patologia
da Coluna

Paciente de 7 anos e 8 meses de idade
de gênero masculino tendo seguido tratamento

⊕
Cirurgia do
Joelho

na primeira semana.
Então, com o tempo, a recuperação foi

⊕
Patologias
do Esporte

OK - S80.1, S81.8

foi satisfatória e a paciente deu
melhor clínico e a impressão de
osteoporose diminuiu, porém as lesões e
mobilização com F.A.T.A.

RECEBIDO EM:

09 JAN 2014

ficou com sequelas de
cômoda, dor crônica no
membro, fadiga precoce no
jogo deixo o uso com com
instabilidade articular. Propostas
de tratamento.

Atm Médica de F.A.T.A.

Fco. Mardônio Salmato Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411

17/12/2013

CRF - CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeia
Fone: (85) 3244.5597 / 33.5446

COT - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro
Fone: (85) 3392.2700

Rua Prof. Dias da Rocha, 2192 - Dionísio Torres
Fone: (85) 3472.2784

⊕
Ortopedia e
Traumatologia

Mefi Clinic

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA

Av. Santos Dumont, 3626 - Aldeota - Fone: (35) 4606 7207 - (BMR CLUBE) - Fortaleza - Ceará

Dr. Mardônio Salmito
CRM 4411

⊕
Ortopedia
Infantil

Paulo Pontes Fernandes
Lando Pedro

CAPEMISA

01 NOV 2013

⊕
Patologia
da Coluna

Paciente virou de decúbito
de mont. b. Tenda segredos praua
no praua b. praua com praua praua
C10 - S8-L8, S80-1

⊕
Cirurgia do
Joelho

For. subinjetado x l. praua
e viras do praua praua e
fora.

⊕
Patologias
do Esporte

⊕
Osteoporose

Frau com registrar de
c. c. pr. 2. pr. e pr. pr.
pr. pr. pr. pr. pr. pr. pr.
pr. pr. pr. pr. pr. pr. pr.

Arto pr. pr. pr. pr. pr. pr.

Dr. Mardônio Salmito Almeida
Traumatologia Ortopedia
CRM 4411

[Assinatura]

•10040

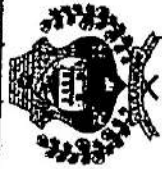
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



CRF - CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota
Fone: (85) 3244.5597 / 325446

COF - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro
Fone: (85) 3392.2700

Rua Prof. Dias da Rocha, 2152 - Aldeota - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3472.2781



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FONE: (81) 3441.1353 - FAX: (81) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@universahelapsl.br

Quixeramobim - CE



Dr. Pontes Neto

BOLETIM DE CONSULTA MÉDICA

10:00

Data: 01/09/13 04.01.005-8 UN N° 30

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Italo Martins Arraújo Sexo: mas Idade: 25a
Estado Civil: solteiro
Naturalidade: Quixeramobim - CE Profissão: peruete
Residência: Grupo Sereuila
Procedência: 72

3 - QUEIXA PRINCIPAL:

3-H.D.A.

11 NOV 2013

CAPEMISA

4 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

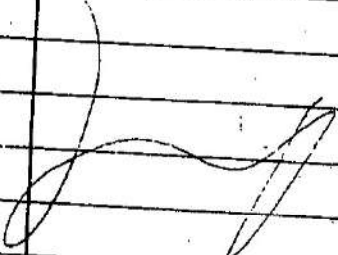
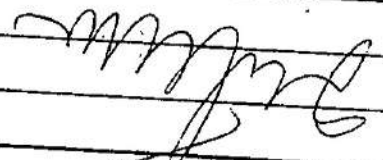
5 - CONDIÇÃO:

do bo trambolho
do visita por 5122 (11/10)

Paula Lira
Dra. Paula Lira
MÉDICA
CRM: 6079

ASSINATURA / CARIMBO

01 NOV 2013
CAPEMISA

FOLHA DE OBSERVAÇÃO					
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO DO PACIENTE			
					
					



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que _____

recebeu atendimento médico em _____

com diagnóstico de: _____

o (a) mesmo(a) está necessitando de: 30 dias (a) dias de licença do

trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim - CE

Dra. Paula Lima
 Médica
 CRM: 8079

01 NOV 2013

CAPEMISA

MÉDICO - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014024693**Cidade:** Quixeramobim**Natureza:** Invalidez**Vítima:** PAULO MARTINS
FERNANDES**Data do acidente:** 01/09/2013**Emissor do parecer:** Erica Marinho
Silva Lima**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços**CRM do médico:** 6302

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR DIREITO**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA ATROFIA DE COXA DIREITA E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 01/02/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 3.375,00**Médico avaliador:** gustavo adolfo pereira da silva junior**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

Quixeramobim - CE, 29 de Janeiro de 2014.

À
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT
RIO DE JANEIRO – RJ

TERMO DE COMPROMISSO / PEDIDO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA –
INVALIDEZ

VÍTIMA: **PAULO MARTINS FERNANDES**

SINISTRO: **2014/024693**

DATA DO ACIDENTE: **01/09/2013**

Venho por meio desta informar que não pude comparecer à perícia agendada.

Tendo em vista que me considero portador de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **reagendado** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmo a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

TELEFONES DE CONTATO PARA REAGENDAMENTO DE PERÍCIA:

(88) 3412-1978

(88) 9914-7239

(88) 9202-8501

(88) 9937-5110

RECEBIDO EM:

29 JAN 2014

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2015

Carta nº: 6524774

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150216307
Vitima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 02/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 CIA EXCELSIOR DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6590454

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150216307
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 02/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 Abril de 2015

Carta nº: 6745826

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150216307
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 02/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: **PAULO MARTINS FERNANDES**

Valor: **R\$ 10.125,00**

Banco: **104**

Agência: **000002843**

Conta: **0000018324-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.125,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 =	R\$	10.125,00
---	-----	-----------

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



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: 06/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	10.125,00
--------------	-----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000018324-6

Nr. da Autenticação CD0FA0643E73A7CA

Ortopedia e
TraumatologiaDr. Mardônio Salmito
CRM 4411

⊕

Ortopedia
Infantil

João Pedro

DOCUMENTO 3 *134*



⊕

Patologia
da ColunaPaciente de 10 anos de idade
de fronto de tendão de flexão

⊕

Cirurgia do
JoelhoTCE (trauma cerrado em cefálico)
DASE, com lesão cerebral. Permeio-
nação cerebral, e de uma compressão
e com uma punção de infusão.

⊕

Patologias
do EsporteC11- S06.0. S06.1. S06.9
foi submetido a tra-
mento cirúrgico de TCE em
interferência traqueal.

⊕

Osteoporose

Ficou com fraturas
de osso fibrosos da fíbula, ossos
prepubertários. cefálica fratura
pontual, e fraturas de
comelões e ló com fratura de
m. convulsoriente. Fratura.Prescrição de fisioterapia
diária.

11 MAR 2015

Ortopedia cefálica.

CRF - CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeia
Fone: (85) 3244.5597 / 325446COT - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro
Fone: (85) 3392.2700Dr. Mardônio Salmito
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411Rua Prof. Dias da Rocha, 2192 - Dionísio Torres
Fone: (85) 3472.2784

08/07/2014

as 09:24h



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FMS

Hospital Regional Dr. Pontes Neto
Quixeramobim - CE



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 02/03/14 PA: 140x70mmHg Nº 27 03.01.06.0029

1 - IDENTIFICAÇÃO Nome: Paulo Fernando Martins

Estado Civil: Solteiro Sexo: M Idade: 22a

Naturalidade: Quixeramobim Profissão: agricultor

Residência: Lagoa Verde - Quixeramobim

2 - DIAGNÓSTICO: HOP + Mrenl

Primesse: (12:30) - 12:30 - 8500

3 - PROCEDIMENTO: 1. Quantidade 2mp + 10m 10x10x5

2. Placel 2:10 10x10x5

3. SF 0,9% - 15000 ev 400

ASSINATURA MÉDICO

Glennia Capilar 300mg/ole as 9:40hs

1. Kessum 2il + Midogol (ml en

10 ev, 10x10x10ml

7. Eritrato 10x10x10ml en 11 MAR 2013

8. Injeção calce 70x70 ev

9. SF 0,9% - 20000 ev + 500

10. SNG em 10x10x10

11. SNG

12. TOT

Declaro para os devidos que o sr. **PAULO MARTINS FERNANDES** esteve nesta unidade de saúde Hospital Regional dr. Pontes Neto no dia 02.03.2014 procedimento médico por motivo de uma hemorragia digestiva alta, mais alcoolismo, ocorreu que no momento do preenchimento da ficha de atendimento houve um erro ortográfico sendo que o nome do mesmo foi escrito da seguinte forma: **PAULO FERNANDO MARTINS**, sendo que o correto é o acima declarado.

Quixeramobim, 18 de março de 2014


Assistente Social
Sandra Siqueira
Assistente Social
CRSS - 7279





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O(a) Sr.(a):

Paulo Martin Farias

Compareceu a esta Clínica às _____ horas para:

- 1 - Consulta..... ☐
2 - Acompanhar Familiar..... ☐
3 - Fazer Exame/Laboratório..... ☐
4 - Retirar Exame/Laboratório..... ☐

- 5 - Marcar Radiografia..... ☐
6 - Fazer Radiografia..... ☐
7 - Retirar Radiografia..... ☐
8 - Fisioterapia..... ☐

Outrossim comunicamos que:

- a) Pode voltar em seguida ao trabalho..... ☐ Radiologista ☐
b) Foi encaminhado à especialista..... ☐ Laboratório ☐
c) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje..... ☒
d) Deverá ficar afastado(a) do trabalho (30 Toda) dias, a contar desta data..... ☒
e) Poderia ter se apresentado s/faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho..... ☒
f) CID..... S06.9 di + fce 306.0 07 de 201 9

de 201

Quixeramobim-CE, 22 de

Ao Dep. Pessoal

O(a) Sr.(a):

_____ dias.

- 1 - Ficar afastado(a) do trabalho por _____ dias.
2 - Providenciar Doc. p/Benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
3 - Horário de trabalho do funcionário no dia do afastamento _____

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1 ☐

PAA-1 ☐

RECIBO

11 HARMBIO



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção"

Sistema de Emergência Reg.:

5280429

O Sr.(a)

Paulo Martins Fernandes

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 02, 03, 14, às 15:41 h.

Tendo como causa do socorro

traumatismo crânio - encefálico
moderado (S.O.G.G - CID).

Permanecendo até o dia 07/03/14,
quando foi transferido para o
Observações: Hospital Batista.

Fortaleza, 07 de 03 de 200 14

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

DR. POLINÁRIO
CLÍNICA MÉDICA / NEUROLOGIA
CRM - CE 9430

Atua no 2º e 3º Níveis de Atendimento de Emergência Reg. 000

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

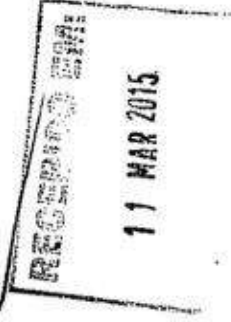
Adm Bode

Air De para dunds f que
Sr. Paula Motta Ramos
purch de 60 (seventy) dias de
mensure or mto chedodis
Autorização.

5117 JCG

21/03/17

100



Atty Verde

Atty Verde para dudar si que
a Sr. Paula Maria Mendes
pueda ser GO (Sensory) de
Munich o una ciudad de
Munich.

CID 506.9

2/10/14





MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Torres, 2056 - Almeida - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raio X

Internamentos Clínicos & Cirúrgicos

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodíalise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Plat p. 12 L det me
Pode pedir livro sobre
nt de de 06 a 08.03.15
s de (5009) me de
40 (cdg) de a repm

08.03.15

RECIBO
ANEXO NÚMERO 500000
CRM 7605
NEUROCIRURGIA

11 MAR 2015

Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

11154607



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeia - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
 Raios X

Internamentos Clínicos & Cirúrgicos

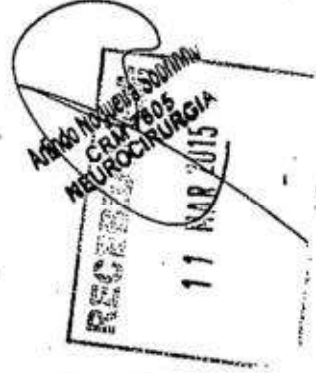
Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodíalise)
Liotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Plat p. 2 L det me
Paul paul paul paul paul
nt de de 06 a 08.03.15
s DE (8069) paul paul
90 (cdy) de de repm

08.03.15



Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

11154607



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paula Nurl F

> Flumox 500 — 12h (

21/06/2014



11 MAR 2015

SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA

6 X 6 hs. 06 M - 12 T - 06 N - 12 N (4 X DIA)
8 X 8 hs. 06 M - 02 T - 10 N - 10 N (3 X DIA)
12 X 12 hs. 06 M - 12 T - 06 N - 12 N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA

Rua Monsenhor Salviano Pinto - Centro - Fones: 3441-1219 / 3441-1217
CEP 63800-000 - Quixeramobim-CE



INSTITUTO DR. JOSÉ PROTA
"24 horas de proteção à vida"

Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome: Paulo Martins BE/Prontuário: _____

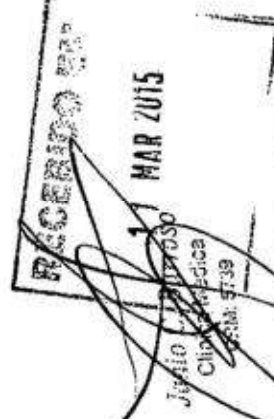
Rx

Dipirona gotas → 1 frasco
Lousen 40 gotas de 6/6h

ss dor

Data: 01/03/14

Assinatura e Carimbo do Médico



PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/03/06 - Via Única - Formulário AS (1480320).

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

Paulo Marcos Cor

1 curcul

① Unenulid de
12 to 12116

② unculre 5 de
12 to 12116

21 103 1/4

de
MÉDICO DO TRABALHO
CRM - 8569

8569
RECETADO EM:
11 MAR 2015



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Paulo Martins Lorraines

Endereço:

Prescrição:

*Hydrocortisone 900p
10 mar 05 ep 1.0 31.00 clia*

DATA:

09/12/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

Cidade:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RECEBIMOS EM

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data:



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites

RMS Nº 2300715/Ce

Projeto de Lei nº 100/2014 Para o Brasil

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Paula martins Fernandes

Endereço:

Rua - Penedas

Prescrição:

hidantal 100 mg 60cp

tomar 01 cp 2 x dia

DATA:

11, 02, 15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

UF:

Cidade:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data:

11 MAR 2015



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites
RMS Nº 230031500-0
Projeto Mãe Médica para o Brasil

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paula mantovs Fernandes

Endereço: Paraná - Encadaa

Prescrição: hidantal 100mg 90cp

torran 01 cp 3x dia

DATA: 1 / 1 / 08/10/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, SIN
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Droguaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites
RMS Nº 280071506
Projeto Medicina Família Brasil

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Paulo Martins Fernandes

Endereço:

Barra-Cercada

Prescrição:

Hydantal 300mg 90cp

tomar 02 x dia

DATA: *27/08/14*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Orgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

Cidade:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via: Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N CENTRO - CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM - CEARÁ


CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paulo Roberto Mendes

Endereço: _____

Prescrição: Hydroclor 20mg 1212

DATA: 24.04.19.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via: Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, SIN
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paula Queiroz

Dr. Cristiano Oliveira Roberto
CRM 4559
Médico do Trabalho

Endereço: _____

Prescrição: Tratamento de 12.12.15

60cp
Tomar os cpv. de 12.12.15
Dr. Cristiano Oliveira Roberto
CRM 4559
Médico do Trabalho

DATA: 10.10.15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Paula Queiroz

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da farmácia ou drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	_____
CRM:	_____ UF: _____
Endereço Completo:	_____
Cidade:	_____ Tel: _____ UF: _____

Dr. Cristiano Oliveira
MEDICO
CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: Paulo Mendes Figueira Idade: _____

Endereço: _____

Prescrição: Hydro.P 100 GO

100 100

Data: 13, 05, 19

Dr. Cristiano Oliveira
MEDICO
CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	_____
Ident:	_____ UF: _____ Org. Emit: _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____ Tel: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASS. DO FARMACÊUTICO	DATA: <u>11</u> <u>MAR</u> <u>2015</u>

RECEBIDO EM:



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Paulo Roberto Lima

Endereço:

62

Prescrição:

Hidral 100mg 903
03 de C/O
dy 11K

DATA:

01, 04, 14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

Cidade:

Assinatura do Farmacêutico

Data:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RECEBIDO

11 MAR 2015

135



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16525933413
Número do Benefício: 6058870058 Espécie: 31
Número do Requerimento: 157390258
Ao Sr.(a): PAULO MARTINS FERNANDES
Endereço: LAGOA CERCADA SN, Z RURAL
CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM UF: CE
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal:

Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 17/04/2014, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 31/07/2014

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício (31/07/2014), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/07/2014 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi afastada a aplicação do nexo epidemiológico entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 6º do artigo 337 do Decreto 3.048, de 06/05/1999. O benefício foi concedido em espécie não-acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar recurso por parte de V.Sa. à Junta de Recursos da Previdência Social, pelo prazo de 30 (trinta) dias.

Data: 22 de maio de 2014

RECEBIDO EM:

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS 1 MAR 2015

Agência da Previdência Social: APS - QUIXERAMOBIM Endereço: RUA RAIMUNDO RODRIGUES
S/N, CENTRO
CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 22 de maio de 2014

Paulo Martins Fernandes
Assinatura do Requerente / Representante Legal



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS - QUIXERAMOBIM
REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº 157390258
BENEFÍCIO Nº 6058870058

Prezado (a) Sr(a):

PAULO MARTINS FERNANDES

(NOME DO SEGURADO)

06021046212

(RG/CERTIDÃO)

16856489774

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Auxílio - Doença e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 21/05/2014

Hora: 09:50

Endereço:

RUA GUILHERME ROCHA, 1624

CENTRO

FORTALEZA - CE

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.

Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Quixeramobim, 17 de abril de 2014

Antônio Cavalcante Ribeiro

168- Segur. Social

Mat.: 0825808

Nome/Cargo/Assinatura

(Atendente)

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em 11

Ass. do Requerente/ Rep. Legal

Acao

Inicio Origem Desvio		Restaura Fim	
NB	6058870058	Nome:	PAULO MARTINS FERNANDES
DER	17/04/2014	DIB :	17/04/2014
DID	02/03/2014	DII :	02/03/2014
Especie:	31	Profissao:	00999
APS Realizacao...	05.0.01.070	DCA	00/00/0000
Ordem	02	Dt. Marcacao Exame:	16/08/2015
Conclusao	4 - DCI	Dt. Limite	
Diagnostico	S069	Diag. Secundario :	
Local do Exame ..	INSTITUTO	Codigo da Fase ...	06
Cod. do Perito ...	21/08/2014	Cod. perito quadro:	0501948
Pt. Realizacao ...		Percentual Reducao:	00
Dt. Proximo Exame:		Isento Carenacia ...	NAO
Acrescimo	NAO	Nexo Tecnico	NAO
Transf. Especie ..	NAO	Enquad. LOAS	NAO
Exame Requisitado:	NAO	Diligencia	NAO
Pericia Convenio :	NAO	Retroacao da DII ..	NAO
Dt. Digitacao ...:	21/08/2014	Dt. Alteracao	21/08/2014
CRM Medico	0000000000	Antecipa Parto	NAO

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência Social e Assistência Social
Instituto Nacional do Seguro Social

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16525933413
Número do Benefício: 6058870058
Número do Requerimento: 157390258
Espécie: 31

Ao Sr(a): PAULO MARTINS FERNANDES

Endereço: LAGOA CERCADA SN, Z RURAL

CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM UF: CE

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 e 89 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Artigo. 71, 78 e 136 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu Pedido Prorrogação, requerido no dia 22/07/2014, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.
Além disso, concluiu-se por seu encaminhamento a Reabilitação Profissional, devendo V. Sa. agendar, de imediato, a entrevista de avaliação, nesta Agência da Previdência Social.
Data: 21 de agosto de 2014

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - QUIXERAMOBIM Endereço: RUA RAIMUNDO RODRIGUES,
S/N, CENTRO
CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 21 de agosto de 2014

Paulo Martins Fernandes
Assinatura do Requerente / Representante Legal.

W.W.W. - PREVIDÊNCIA - GOV. BR.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

SABI

SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS - QUIXERAMOBIM
REQUERIMENTO DE PEDIDO DE PRORROGAÇÃO
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº 159578415
BENEFÍCIO Nº 6058870058

Prezado (a) Sr(a)

LAURO MARTINS FERNANDES

(NOME DO SEGURADO)

72710 / 59

16525933413

06021046212

(RG/CERTIDÃO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Prorrogação e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 21/08/2014

Hora: 10:20

Endereço:

RUA GUILHERME ROCHA, 1624

CENTRO

FORTALEZA - CE


Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.

Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial

Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada. **DATA:**

11 MAR 2015

QUIXERAMOBIM, 22 de julho de 2014


Maria da Fátima Lima da Silva
Nº do Seguro Social
Data: 07/07/14

Nome/Cargo/Assinatura

(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

() Instituo não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020.219-8.

Ciente em 07/07/2014

Ass. do Requerente/ Rep. Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006021046212
NOME PAULO MARTINS FERNANDES
DATA DE EXPEDIÇÃO 25/7/2006

Foto do titular

Assinatura do titular: *Paulo Martins Fernandes*

Assinatura do Diretor

ASSINATURA DO DIRETOR

DATA DE NASCIMENTO 1/6/1988

LOCALIDADE QUIXERAMOBIM-CE
CERT. NASC. 2409 L A03 F
BB PASSAGEM QUIXERAMOBIM/CE

LEI Nº 7.116 DE 2008/03



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

039.003.413-46

Nome
PAULO MARTINS FERNANDES

Nascimento
01/06/1988

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo Martins Senander, portador da carteira de identidade nº 2006021046212 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.003.413-46, residente e domiciliado na Juv. Euclides Wilson, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que a cidade Quixaramela está 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.

Paulo Martins Senander

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quixaramela, 11/02/2015

Local e data

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

Declaração

Eu, Paulo Martins Fernandes, RG 2006021046212,
CPF 039.003.413-46, declaro que após ter sofrido acidente provocado
por veículo automotor de via terrestre, em 02/03/2014 fui socorrido por
Populares Telefone: (88) ao
3441-3521 levado
hospital: Regional Dr. Pontes Neto

Declaro que 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.

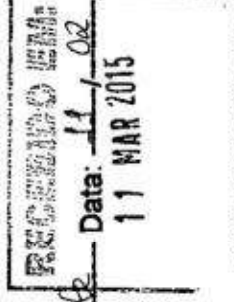
***Art. 340 - Provocar a ação de autoridade,
comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de
contravenção que sabe não se ter verificado*.**

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer
informação/declaração 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 inserir declaração falsa ou
diversa da que devia ser escrita, com o fim de
prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a
verdade sobre o fato juridicamente relevante.**

**Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa,
se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3
(três) anos, se o documento é particular."**

Local: Aracaramirim UF: SC Data: 11/02/2015
11 MAR 2015



x Paulo Martins Fernandes

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Martins Fernandes portador da carteira de

identidade nº 2006021046212 e inscrito no CPF sob o nº 039.003.413-46

residente e domiciliado na Jard. Gueldes Wlean

Cidade: Quiteria Estado Perná declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital _____ Data de Entrada: 11

Data de Saída: 11

Localizado em: _____

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO REALIZADOS.

Por este motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento 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 enviada.

Declaro 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, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Cidade: _____

Assinatura do Declarante

Paulo Martins Fernandes

Assinatura do Declarante

Quiteria, 11/02/2015

Local e Data

RECEBIDO

11 MAR 2015

“In-try”

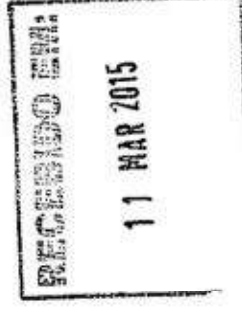
DECLARAÇÃO

Eu Paulo Martins Serranides
portador do RG 2006021046212, inscrito no CPF 039.003.413-46
como endereço na Rua Joaquim Guilhermes Alencar
Bairro Quixeramobim
Onde figuro no quadro de Invalidez Permanente.

Declaro a Seguradora Líder, que o Hospital Regional Dr. Pontes Neto de Quixeramobim – Ce se nega a colocar em meu prontuário médico que foi um acidente de trânsito e as lesões e sequelas sofridas por mim em consequência do acidente de trânsito, provocado por veículo automotor de via terrestre no dia 02/03/2014.

Quixeramobim-Ce 11 / 02 / 2015.

Atenciosamente; x Paulo Martins Serranides



Vítima de acidente de trânsito em Quixeramobim é transferida de helicóptero para Fortaleza

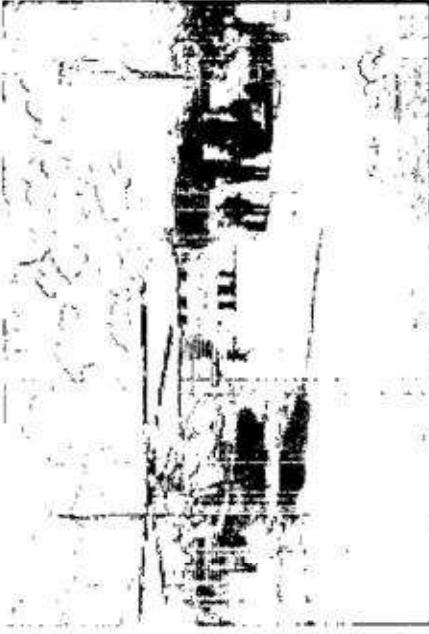
A- A+

Foto: osertaoenoticia.com

a transferência do mesmo.

Reportagem: REDAÇÃO

Uma vítima de um grave acidente de trânsito na zona rural de Quixeramobim foi transferida para Fortaleza em um helicóptero do CIOPAER.

A transferência aconteceu por volta das 15h30min deste domingo, 02. Segundo informações da polícia, por volta das 10h00 a vítima identificada pelo nome de Paulo Fernandes Martins, 25 anos, residente na localidade de Lagoa Cercada, deu entrada no Hospital Regional Dr. Pontes neto socorrida por populares. A polícia disse a nossa reportagem que foi informada que o motociclista pilotava uma moto HONDA, CG150 TITAN ES, de placa HYL 5311, quando em frente ao cemitério público da Vila de São Miguel, perdeu o controle vindo a cair sofrendo um forte impacto na cabeça. Por causa da gravidade da vítima foi solicitado um helicóptero do SAMU para





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Paulo Martins SerraninhoPORTADOR(A) DO RG Nº 2006021046212EXPEDIDO POR SSP/DEEM 25 / 07 / 2006 ECPF 0390003413-46 / CNPJ 00000000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paula Martins Serraninho 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou **LÍQUIDA RECEBIDO EM 11 MAR 2015**
- 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 de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com 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) 2843 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18324-6

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.

Chirvanildo 11 de fevereiro de 2015 x Paulo Martins Serraninho

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 0800-0721204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. QUIXERAMOBIM
DATA: 06/02/2015 HORA: 14:45:58
TERMINAL: 28431007 CONTROLE: 284310070023

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2843.013.00018324-6
NOME: PAULO MARTINS FERNANDES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

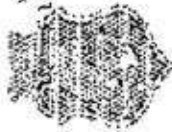
NÚMERO DO ENVELOPE: 0342090100
NÚMERO DE CONTROLE: 037459084

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM ✓

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1207 / 2014 ✓

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 18/03/2014 16:01:25 ✓

Data / Hora da Ocorrência : 02/03/2014 08:30:00 ✓

Endereço da Ocorrência: SIT SÃO MIGUEL

NAO INFORMADO QUIXERAMOBIM / CE ✓

Ponto de Referência:

DOCUMENTO 1 *11%



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES

Nascimento : 01/06/1999

CNH: 519383224 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: JOSE FERNANDES DA SILVA

MARIA DAISE MARTINS FERNANDES

Endereço: R ALVISIO SKEFF 39

MONTEIRO DE MORAIS

QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone: 9794.4248

Histórico

QUE, na data, hora e local supra o noticiante trafegava na motocicleta HONDA CG 150 TITAN FS, ANO 2006/07, DE PLACA HYL5311 LICENCIADA EM NOME DE MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES, quando ao retornar de uma festa, acabou vacilando e caindo ao chão, QUE, em virtude do acidente o noticiante sofreu hemorragia na cabeça e um trauma no ombro esquerdo. QUE, o noticiante foi socorrido para o hospital local através de populares e encaminhado para o IJT em Fortaleza pelo helicóptero do CIOPAER.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *[Assinatura]*

MATRÍCULA: 198323-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Paulo Martins Fernandes*
VISTO DO DELEGADO(A):

MATRÍCULA: 300121-1-9



2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paula Martins Serranides
 RG nº 2006031046232, data de expedição 25/07/06, Órgão SSP/PE
 CPF nº 039.003.413-46, 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>Trav. Aquilino Wlean</u>	
Número	<u>89</u>	
Apto / Complemento		
Bairro		
Cidade	<u>Monteiro de Moraes</u>	
Estado	<u>Pernambuco</u>	
CEP	<u>63.800-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(88) 3441-3521 (88) 92451228 (88) 92188940 (88) 99010887</u>	
E-mail	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> PROIBIDA A COPIA E A REPRODUÇÃO DE QUALQUER TIPO DE DADOS </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> 11 MAR 2015 </div>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pernambuco, 11/02/2014.

Assinatura do Declarante: Paula Martins Serranides



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

AV. DR. JOAQUIM FERNANDES, 570 - CENTRO
QUIXERAMOBIM - CEARÁ - CEP: 63800-000
FONE: (88) 3441-1293 - FAX: (88) 3441-1177
C.N.P.J.: 07.742.770/0001-15

CONTA
ÚNICA

ROSALI MARTINS DE BRITO
TRAV. EUCLIDES WICAR 89
MONTIÃO DE HORAS 6380000 QUIXERAMOBIM CE
ROTA: 1-2740
CDD LIGACAO: 11346-4 ID ELETRONICO: 000

MES/ANO: 01/2014
N.º QUÍTA: 140111346
CATEGORIA: QUANTIDADE

1-RES;

DESCRICAO

Tarifa de Água
MULTA REF. SET/13-

VALOR

15,80
0,32

TABELA DE VALORES M3 POR FAIXA		
Cat. 1-RES	FAIXA	VALOR M3 (R\$)

00 a 10	1,50
11 a 15	2,25
16 a 20	2,50
21 a 30	2,54
31 a 40	2,68
41 a 50	2,83
51 a 60000	5,15

DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
06/12/2013	06/01/2014	23/01/2014	R\$ 16,12
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL	DIAM. FATURADO
498 m3	499 m3	1 m3	10 m3
Nº DO HIIDROMETRO	VALZAO	DIAMETRO	DATA DE INSTALACAO
2F014908 P	1 m3		

OCCORRENCIA:

DADOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES

MES	CONSUMO	Nº DIAS	MEDIA
Dez/2013	4	30	0,13
Nov/2013	2	30	0,07
Out/2013	2	30	0,07
Set/2013	3	30	0,10
Ago/2013	1	30	0,03
Jul/2013	2	30	0,07

PENSAÇÃO

COM O NOVO SISTEMA, O SAAE ATINGE UMA DAS M
ETAS DE APERFEIÇOAR O ATENDIMENTO, TRAZENDO
MAIS TRANSPARECIA PARA O CLIENTE.

MESES EM DÉBITO: DEZ/13-

DETALHES SOBRE A LEITURA VIDE VERSO	PERÍODO DA ANÁLISE:
	04/01/2014 a 03/02/2014

PARÂMETRO	UNIDADE	IMP	TOTAL DE ANÁLISES M3/LITROS	VALOR MOTO DEBITADO
Cloro Residu	mg/CL	0,20 a 2,00	56	2,00
Cor aparente	HU	0,00 a 15,00	56	10,00
Coliformes T	CT	0,00 a 0,00	56	0,00
Coliformes F	MG/FL	0,00 a 0,00	56	0,00
Fluor	MG/FL	0,00 a 1,50	56	0,22
PH	UNT	0,00 a 9,50	56	4,10
Turbidez	UNT	0,00 a 15,00	56	1,50

11 MAR 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150216307 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 02/03/2014 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TCE 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150216307 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 02/03/2014 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM INTERNAÇÃO PROLONGADA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, REFERE CRISES CONVULSIVAS E EM USO DE ANTICONVULSIVANTE. ACOMPANHANTE REFERE ALTERAÇÕES DO HUMOR E DO COMPORTAMENTO COM DISTÚRBO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E DÉFICIT DE MEMÓRIA. NECESSIDADE DA AJUDA DE FAMILIARES PARA REALIZAR ALGUMAS TAREFAS HABITUAIS DE MAIOR COMPLEXIDADE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROLÓGICO CONSERVADOR. EVOLUINDO COM COMA E INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Sequelas permanentes: DANO NEUROLÓGICO GRAVE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Felipe Boaventura Apolinario

CRM do médico: 13234

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

PRESTADOR

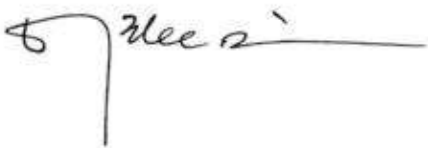
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

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): **PAULO MARTINS FERNANDES** Sinistro: **3150216307** Data: **02/03/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRAV EUCLIDES WICAR, 89 - MONTEIRO DE MORAES - Quixeramobim - CE - CEP 63800-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2006021046212**

Data local do exame: [**25/03/2015**] **Quixadá** [**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) **TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM INTERNAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME, REFERE CRISES CONVULSIVAS E EM USO DE ANTICONVULSIVANTE. ACOMPANHANTE REFERE ALTERAÇÕES DO HUMOR E DO COMPORTAMENTO COM DISTÚRPIO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E DÉFICIT DE MEMÓRIA. NECESSIDADE DA AJUDA DE FAMILIARES PARA REALIZAR ALGUMAS TAREFAS HABITUAIS DE MAIOR COMPLEXIDADE.**

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 FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROLÓGICO CONSERVADOR. EVOLUINDO COM COMA E INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

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.

DANO NEUROLÓGICO GRAVE.

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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
DANO NEUROLÓGICO.

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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.


Dr. Felipe Boaventura Apolinário
Médico
CRM-CE 13.234

**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): Paulo Martins Fernandes
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Quelide Wier, 89 000
Ponteiro de Moraes Quixeramobim CE CEP: 63800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006021046212
Data local do exame: [25/11/2015] 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)

TCE COM FRATURA DA FACE.

- 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.

TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA. EVOLUIU COM CEFALÉIA RESIDUAL, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, DISESTESIAS NA FACE, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E MASTIGATÓRIA

- 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.

SEQUELA FUNCIONAL POR CEFALÉIA RESIDUAL, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, DISESTESIAS NA FACE, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E MASTIGATÓRIA

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Lesões neurológicas que cursem com impedimento do livre deslocamento corporal

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

Região Corporal (Sequela):

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais

% do dano: () 10% residual (X) 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.

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


J. Oliveira Pereira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150598043 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 11/01/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE com ferimento corto contundente na face fratura do maxilar esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Apresentando diminuição dos movimentos de abertura da boca e da força mastigatória

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com colocação de mini placas de platina e parafusos. Paciente teve alta definitiva em 02/07/2015.

Sequelas permanentes: Apresentando diminuição dos movimentos de abertura da boca e da força mastigatória, episódios de cefaléia e tonturas. Distúrbio da memória remota. Presença de edema residual na hemiface esquerda e diminuição a da abertura palpebral esquerda. Presença de distúrbio do sono. Paciente faz uso contínuo de Hidantal.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Gerardo Vale Matos

CRM do médico: 3216

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
trauma, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2015

Carta nº: 7348697

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vitima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2015

Carta nº: 7467120

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, 07 de Agosto de 2015

Carta nº: 7571998

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: **PAULO MARTINS FERNANDES**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **104**

Agência: **000002843**

Conta: **0000018324-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital
100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

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



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2015

Carta nº: 8172116

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, 25 de Novembro de 2015

Carta nº: 8206733

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vitima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 11/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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



**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): Paulo Martins Fernandes
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Quelide Wiewar, 89 000
Ponteiro de Moraes Quixeramobim CE CEP: 63800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006021046212
Data local do exame: [30/07/2015] Icó [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)
- TCE com ferimento corto contundente na face fratura do maxilar esquerdo. Apresentando diminuição dos movimentos de abertura da boca e da força mastigatória**
- 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.
- Periciando sequelado de TCE com ferimento corto contundente na face fratura do maxilar esquerdo, tratado cirurgicamente com colocação de mini placas de platina e parafusos. Paciente teve alta definitiva em 02/07/2015.**
- 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.
- Apresentando diminuição dos movimentos de abertura da boca e da força mastigatória, episódios de cefaléia e tonturas. Distúrbio da memória remota. Presença de edema residual na hemiface esquerda e diminuição da abertura palpebral esquerda. Presença de distúrbio do sono. Paciente faz uso contínuo de Hidantal.**
- 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() “Vítima em tratamento”
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>() “Exame não permite conclusão”
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>() “Sem sequela permanente”
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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


Dr. José Gerardo V. Matos
Médico | CRM - 3216
CPF: 073.762.353-53

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: 03/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000018324-6

Nr. da Autenticação 421CD55377C2D0A7

ATO de atendimento

PA 140 x 90

Comprovante de ato de atendimento



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Data: 13/06/15 Horário: 13:44h Nº 81

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Mantovani Fernandes

Estado Civil: Solteiro Sexo: M Idades:

Data de Nascimento: 1/1/1981

SUS:

Naturalidade: Cabangu

Profissão: Engenheiro

Residência: Rua Cacerda Bairro: Oxente

Temperatura: PA: 140 x 90 mmHg

2 - Diagnóstico: Paciente vítima de queda de altura

presentando trauma em região facial,

3 - Procedimento: Exame físico e exames laborais.

Paciente consciente, orientado, hemodinâmico,

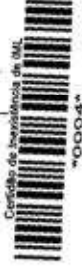
Glasgow 15. ACP fisiológica.

ASSINATURA/MÉDICO

- 1) Talamida 100mg + 100ml SFO 97. EV. H
- 2) Dexametasona 01 mg. EV. H
- 3) Dipirona 01 mg. EV. H

CAPEMISA
16 JUN 2015

Dr. Alexandre Nobre
CRM: 16149



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paula Martins Fernandes, portador da carteira de identidade nº 2006021046212 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.003.413-46 residente e domiciliado na Trav. Quelzen Wian Cidade Guaranandim Estado Perná, 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.

Paula Martins Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Guaranandim, 05/03/2015

Local e data

CAPEMISA

16 JUN 2015



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e
Defesa Social - SSPDS
12º RPC / DELEGACIA MUNICIPAL DE
QUIXERAMOBIM - CEARÁ
Fones (88) 3441-0302

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 631 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 06/02/2015 10:41:06
Data / Hora da Ocorrência : 11/01/2015 13:44:06
Endereço da Ocorrência: LOCALIDADE DE LAGOA CERCADA

NAO INFORMADO QUIXERAMOBIM /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES
Nascimento : 01/06/1988
RG: 2006021046212 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF:
Filiação: JOSE FERNANDES DA SILVA
MARIA DÍASE MARTINS FERNANDES
Endereço: R LOGOA CERCADA
LAGOA CERCADA
QUIXERAMOBIM CE BRASIL Telefone:

RECEBIDO EM:

09 JUL 2015

Histórico

QUE, CONDUZIA A MOTOCICLETA MODELO HONDA/ CG 150 TITAN ES, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2006/2007, PLACA HYL 5311, CHASSI 9C2KC08507R036243, LICENCIADA EM NOME DE MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES, QUE, ESTAVA NO LOCAL, HORA ACIMA MENCIONADO QUANDO TRAFEGAVA PELA AQUELAS PLAGAS QUANDO DERRAPOU EM UMA PEDRA DE CALCAMENTO QUE ESTAVA SOLTO DO SOLO, QUE, CAIU CONTRA O SOLO QUE TEVE VARIAS ESCORIAÇÕES NA FACE E ENTRE OUTRAS, QUE, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTE MUNICIPIO, ONDE FOI TRANFERIDO PARA IJF NA CIDADE DE FORTALEZA, LOGO DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA SANTA CASA DE MISERICORDIA NA CIDADE DE FORTALEZA, QUE, NESTE ULTIMO HOSPITAL PASSOU DEZ DIAS ENTERNADO, QUE, COMO TESTEMUNHA OCULAR DO SINISTRO JERRY LUIS DE BRITO, PORTADOR DO RG 2007663106-5, JEAN LUIS DE BRITO PORTADOR DO RG 2007663109-0, RESIDENTE AMBAS AS TESTEMUNHA N ALOCALIDADE DA VITIMA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Paulo Martins Fernandes*

VISTO DO DELEGADO(A):

SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE QUERAMOBIM

BOLÉTIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 536-00631/2015 CIOPS. -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 06/02/2015 10:41

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 11/01/2015 13:44

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA LOCALIDADE DE LAGOA CERCADA
NÃO INFORMADO QUERAMOBIM/CE

PONTO DE REFERÊNCIA

DOCUMENTO(S).

MATERIAL (S) ROUTADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MODELO HONDA/CX150 TTIAN ES. COR VERMELHA, ANO/MODELO 2006/2007, PLACA HYL 5311, CHASSI 9CZKC08507R036243, LICENCIADA EM NOME DA GENITORA DA VITIMA QUE, ESTAVA NO LOCAL, HORA ACIMA MENCIONADO QUANDO TRAVEGAVA PELA AQUELAS PIAÇAS QUANDO DERRAPOU EM UMA PEDRA DE CALCAMENTO QUE ESTAVA SOLTO DO SOLO, QUE, CAIU CONTRA O SOLO QUE TEVE VARIAS ESCORIAÇÕES NA FACE E ENTRE OUTRAS, QUE, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTE MUNICÍPIO, ONDE FOI TRANFERIDO PARA A CASA CIDADE DE FORTALEZA, LOGO DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA SANTA CASA DE MINEROCÓDIA NA CIDADE DE FORTALEZA, QUE, NESTE ÚLTIMO HOSPITAL PASSOU DEZ DIAS ENFERMADO, QUE, COMO TESTEMUNHA OCULAR DO SINISTRO JERRY LUIS DE BRITO, PORTADOR DO RG 2007663106-5, JEAN LUIS DE BRITO PORTADOR DO RG 2007663109-0, RESIDENTE AMBAS AS TESTEMUNHAS NA LOCALIDADE DA VITIMA.

DADOS DA VÍTIMA

NOME: PAULO MARTINS FERNANDES

RG: 2006021046212 ORGÃO EMISSOR: SSPDS UF: CE

FILIAÇÃO: JOSÉ FERNANDES DA SILVA

MARIA ELISE MARTINS FERNANDES

ENDEREÇO: R LAGOA CERCADA

LAGOA CERCADA
QUERAMOBIM/CE

TELEFONE:

DADOS DO INFORMANTE
NOME: VITIMA

CAPEMISA

16 JUN 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUINERAMORIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
MATRÍCULA --



RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *x Paulo Martins Fernandes*

VISTO DO DELEGADO(A).

CAPEMISA
16 JUN 2015



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Autorização de pagamento

0014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Paulo Martins Bernardes

PORTADOR(A) DO RG Nº 2006021046212 EXPEDIDO POR SSPDs/00 EM 1 / 1 / --- E
CPF 0390003413-46 / CNPJ 00000000-0000-0000-0000-0000, PROFISSÃO ---
E RENDA MENSAL DE R\$ --- () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Martins Bernardes 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 do Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 Lotéricas 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 de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com 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 --- N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) --- N° da CONTA (com dígito, se existir) ---

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

N° do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2843 N° da CONTA (com dígito, se existir) 018224-6

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.

Ruizambim, 05 de março de 2015 x Paulo Martins Bernardes

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.

CAPEMISA

16 JUN 2015



AUTO-ATENDIMENTO - AG. QUIXERAMOBIM
DATA: 06/02/2015 HORA: 14:45:58
TERMINAL: 28431007 CONTROLE: 284310070023

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2843.013.00018324-6
NOME: PAULO MARTINS FERNANDES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE: 0342890100
NÚMERO DE CONTROLE: 037459084

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CAPEMISA
16 JUN 2015



0029

REVISAO DE PROCESSOEu Paulo Martins BernardesPortador do RG 2006021046212Inscrito no CPF 039.003.413-46Com o endereço na Rua/Trav. Av. Euclides LúcioBairro Monteiro de Menezes cidade Guaxinim

UF PE venho através desta carta requerer aos senhores revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo fato de não concordar com o valor pago do processo, tendo em vista as gravidades das lesões por mim sofridas em consequência do acidente de trânsito.

Diante das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo e se necessário realização de uma nova perícia médica com o médico auditor da seguradora líder para que o mesmo possa constatar real situação, pois é inaceitável o valor pago.

23/09/2015

Atenciosamente,

Paulo Martins Bernardes

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Martins Senando portador da carteira deidentidade n° 2006021046212 e inscrito no CPF sob o n° 039.003.413-46residente e domiciliado na Trav. Euclides WilerCidade: Quixeramobim, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital _____ Data de Entrada: / / Data de Saída: / /

Localizado em: _____

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei n° 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento 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 enviada.

Declarando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3° da Lei n° 6.194/74.

Cidade:

Data:

Assinatura:

Paulo Martins Senando

Assinatura do Declarante

CAPEMISA

16 JUN 2015

Quixeramobim, 05/03/2015

Local e Data



7000027

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 011430616738
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 00907923275 0000000000 EXERCÍCIO 2014

NOME
MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES

QUIXERAMOBIM /CE

CPF / CNPJ 01260525813 PLACA HYL5311/CE

PLACA ANT. / SE 9C2KC0850 /CE CHASSI 9C2KC08507R036243

VEICULO / TIPO PAS/MOTOCICLO DANO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CAP / POT / CIL 2P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I ***** ** / ** / ** 1 *****
P ***** 2 *****
V ***** 3 *****
A *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
QUIXERAMOBIM 24/02/2014

CONTRAN

Igor Ponte
Superintendente



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011430616738 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 24/02/2014

VIA 01 01260525813 PLACA HYL5311

RENAVAM 0090/923275 HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2006 IDV 09 9C2KC08507R036243

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129.04	DENATRAN (R\$) 14.34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 149.38
------------------	----------------------	------------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IOF (R\$) 1.11	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 292.01
-----------------------------	----------------	---

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 17/02/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

03493





Comunidade da Alta Administração



CLÍNICA
FISIOIMAGEM
Clínica Médica e Exames

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o/a paciente Paula Marly Tenório

foi atendido nesse local, necessitando de:

(90) dias de licença médica.

CID: S06.9 - Traumatismo intracraniano.

Quixeramobim - CE 12 / 08 / 15

MÉDICO - CRM

Isidoro Oliveira Rodrigues
MÉDICO DO TRABALHO
CRM - 85889

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015

Objetivo: Verificar e quantificar a capacidade funcional, para os devidos fins, junto ao DPVAT.

CONSIDERANDO:

Fisioterapia atividade de saúde, regulamentada pelo: Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resolução do COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94.

RESOLUÇÃO CNE/CES, 19 DE FEVEREIRO DE 2002 (*).

Institui diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

Art. 3º. O curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e coletividade. **Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.**

Art. 4º. A função do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

VI – realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da fisioterapia, em toda a sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela sua alta fisioterapêutica;

VII – elaborar criticamente o diagnóstico cinético-funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo aspecto de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas sociais e culturais, implicando na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

X – emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

RESOLUÇÃO CREFITO-8 N° 41 de 18 de junho de 2009.



(DOU nº167, seção 1 em 01/09/2009, página 89) Dispõe sobre a autonomia da habilitação e competência da Fisioterapeuta para desempenhar atividades de perícia, consistentes na avaliação, dentro da sua esfera de competência, de alterações e disfunções do movimento humano, com vista à elaboração de parecer de Nexo técnico e Nexo Causal.

Artigo 2º - O Fisioterapeuta é considerado habilitado, para atuar com autonomia em Perícias em cumprimento ao estabelecimento do Código do Processo Civil, Decreto-Lei 938/69, nas resoluções COFFITO 8, 80, 10, 259, 351 e demais, desde que comprove conhecimento ou formação acadêmica complementar em perícia;

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA:

Nome: Paulo Martins Fernandes

Endereço: Lagoa Cercada - Quixeramobim

CPF: 039.003.413-46

Data de Nascimento: 11/01/2015

DADOS DO ACIDENTE

Data do acidente de trânsito: 11/01/2015

Lesão (ões) resultantes do acidente (Segmento Anatômico ou órgão afetado): Paciente apresenta lesão no Crânio

Tratamento realizado: paciente fez tratamento medicamentoso.

Sequelas decorrentes da(s) lesão (ões): Paciente sofreu traumatismo crâniano apresentando escoriações, apresentando comprometimento do osso nasal, apresentando alteração da sensibilidade, vertigem, cefaleia, comprometimento muscular da face, edema, luxação, fraqueza muscular, diminuição do tônus muscular e encurtamento muscular e dor a palpação.

Conclusão quanto a capacidade funcional – invalidez permanente total ou parcial:

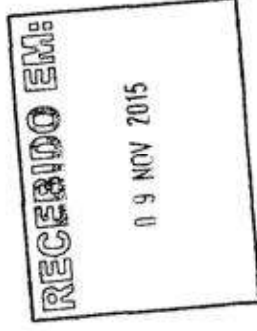
Concluo, segundo o exposto acima, 75% de incapacidade. Com relação à invalidez pode-se concluir que:

☐ a invalidez é temporária, portanto, passível de recuperação significativa ou de cura.

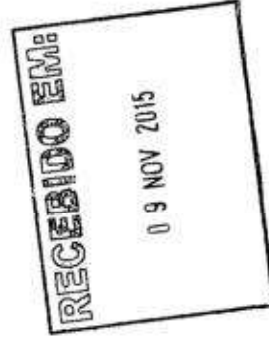
☒ a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima, e que as respostas acima são verdadeiras.

Antônio Mendes F. Filho



Antonio Mendes Figueredo Filho (88)97145862-(88)88484661
CREFTTO: 205100-F
Fisioterapeuta
Quixadá, CE 22/09/2015



[Handwritten signature]



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N CENTRO - CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogrãia
2ª Via: Orientação ao Paciente

Neto

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Paulo mantins Gernandes*

Endereço: *Barra-Pencada*

Prescrição: *hidratatãl 100 mg 60 cp*

tomar 01 cp 2 x dia

DATA: *26 / 10 / 15*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____
Orgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Tel.: _____
UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via: Orientação ao Paciente

V. G. T.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Paula Martins Fernandes*

Endereço: *Araxá - Ceará*

Prescrição: *Hydantal 500 mg 50 cp*

Tomar 03 cp 2x dia

DATA: *19/09/15*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

DATA: 10/03/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites
RMS Nº 280735-Ce
Proprietária Médica Farmácia

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paulo prattis Ferreira

Endereço: Barra-Cancaim

Prescrição: Hydantol 500 mg - 60cp

tomar 01 cp 2 x dia

DATA: 02, 07, 15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____
Orgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Tel.: _____
UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: _____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015

SUS: 898003019104396 DU 10106182



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Carimbo e Assinatura do Médico

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Paulo Martins Gonçalves*

Endereço: *Cozinha, Rincão*

Prescrição: *Hidantal 100mg 50cp*

curar 01 cp 2x dia

DATA: *17 106 15*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.:	
Orgão Emissor:	
Endereço:	
Cidade:	
Tel.:	UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data:	/ /

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites
RMC 7.000.55066-
- N: 2.312

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paulo matheus Fernandes

Endereço: Rua - Encadea

Prescrição: Hidantal 500mg 60cp

Tomar 01cp 2x dia

DATA: 04 / 03 / 15.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____
Orgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Tel.: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: ____ / ____ / ____





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via: Orientação ao Paciente

Verônica Castro Fieles
RMS Nº 23007151CE
Projeto Mais Medicamentos para o Brasil

Verônica

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paulo marinho Fernandes

Endereço: Quilombo - Conceição

Prescrição: hidantol 300 mg 6acp

1x 01 cp 2x dia

DATA: 04.10.15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____
Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Tel.: _____
UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: _____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites
RMS Nº 2300715/Ce

Medico de Família e Comunidade Para o Brasil

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

DATA: 11/02/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

Tel.:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



PA 140x90



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Data: 14/06/15 Horário: 13:44h Nº 81

1 - IDENTIFICAÇÃO
Nome: Paulo Martins Fernandes

Estado Civil: Solteiro Sexo: M Idade: 28

Data de Nascimento: 1/1/1987

SUS:

Naturalidade: Capim

Profissão: Engenheiro

Residência: Lagoa Encantada Bairro: Oxente

Temperatura: PA: 140x90mmHg

2 - Diagnóstico: DOENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

3 - Procedimento: ADMITIDO EM UTI EM RECURSO FÍSICO

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VIGILANTE

GLASGOW 15. ACP FISIOLÓGICA

ASSINATURA/MÉDICO

- 1) Talamida 100mg + 100ml SF0,9%. EV. #
- 2) Dexametasona 01 amp. EV. #
- 3) Dipirona 01 amp. EV. #

CAPEMISA
16 JUN 2015

Dr. D. Nobre
16/06/2015

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Peço Fongar Ferradeira

vítima de acidente de trânsito, em 11/01/2015, sofreu:

Fratura do antebraço
Fratura do metacarpo 1.º
CID- S02.2. S02.4

e submeteu-se a tratamento(s):

cirurgia
ortoprotese do antebraço

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Perda de 20%
com 65% de perda funcional crônica
de capacidade de atenção e
coordenação motora. Devido
a desconforto no trabalho
de manutenção e manutenção
de lesões no sistema
de apoio. Prejudicial

16 JUN 2015
CAPENISA

11

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

DR. FCO. M. SALMITO DE ALMEIDA
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

16 JUN 2015



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Número do Prontuário: _____

Nome: <u>João Martins Fernandes</u>	Idade: <u>26</u>	Sexo: <u>M</u>
Clinica: <u>BMF</u>	Enf.: <u>28</u>	Procedência: <u>UF</u>
Endereço do Paciente: <u>Rua Circópea - Quilombo Wilm</u>	Leito: <u>254</u>	Telefone: _____
Nome do Responsável: _____		Telefone: _____
Data da Internação: <u>12/04/15</u>	Data da Alta: <u>20/04/15</u>	

Resumo Clínico

Pt interno odontológico
sendo como segunda polifarm
da face.

Exames Realizados

CAPEMISA
16 JUN 2015

RX OSSOS FACE

Terapêutica Utilizada

Ho tratamento sob ANESTESIA local

Condições de Alta

Melhorado: <u>X</u>	Curado: _____	Encaminhamento: _____
Retorno em: <u>27/04/15</u>	SALA 17	AMBULATÓRIO BMF

Diagnóstico Final

Odontoma face.

Observações

Paciente encaminhado

Dr. Stênio Araújo Neto
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-6052/CE

Data: 20/04/15

Nome do Médico - CRM e Carimbo



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Segurado Paulo Martins Fernandes

— portador da Carteira Profissional n° —

Série — Necessita de 30 (Trinta)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

SMF

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

19/01/15

LOCALIDADE E DATA

Dr. Diogo Ohse

Cirurgia e Traumatologia

Buco-Maxilo-Facial

CRO-CE 7270

ASS. DO MÉDICO - CRM N°

NOTA - atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto n°. 60.501, de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

SANTA CASA, DESDE 1861 SALVANDO VIDAS

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza - CE - CEP 60.025-060
CNPJ 07.273.592/0001-64 - CGF 06.011.507-6 - Tel.: (85) 3455.9100

CAPEMISA

16 JUN 2015



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

FOLHA DE RECEITA

Para:

Paulo Laran Gomes

Prontuário N°:

7

uro topic

3/ Colúmbia @ ——— .1 B. B. B.

Alcides J. (H. B. B. Olt A. B. B., N. B.)
F. B. B.

Dr. George Gomes
Clínica e Traumatologia
Boca-Maxilo-Facial ABC
CRIO: 6960

SANTA CASA, DESDE 1861 SALVANDO V. B. B.

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza/CE - CEP 60.025-060
CNPJ: 07.273.592/0001-64 - CGF: 06.011.507-6 - Fone: (85) 3455.9100

CAPEMISA
16 JUN 2015

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria Daise Martins Fernandes
RG nº 2006021054355, data de expedição 11 / 09 / 2006
Órgão SSP/EE, portador do CPF nº 032.605.258-13, com
domicílio na cidade de Buzierama-BR, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Lacerda, nº 511,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Paulo Martins Fernandes, cujo o condutor era
Paulo Martins Fernandes.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Bonda 160 150 Titan ES
Ano: 2006
Placa: HYL5311
Chassi: 9E2KE08507R036243
Data do Acidente: 11/01/2015
Local e Data: Buzierama-BR, 17/06/2015

RECEBIDO EM:

09 JUL 2015

Maria Daise Martins Fernandes
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SELO DE AUTENTICIDADE
VALIDO SOMENTE COM
SELO DE PARTICIPANTE

CA
Registro do
Veículo
Quilômetro - C/para

Reconheço verdadeiramente (firmar):
Maria Daise
Martins Fernandes
Dou Fei 17/06/15
Em tes da verdade
Maria Daise
Maria Daise Martins de Brito
Oficial do Registro Civil



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Martins Fernandes
RG nº 2006021046212, data de expedição / / , Órgão SSP DS DE
CPF nº 039.003.413-46, venho perante a este instrumento declarar que não
posso 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>Juv. Guilher Wlean</u>
Número	<u>89</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Monteiro de Mendon</u>
Estado	<u>Quixeramobim</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3441-3521 (88) 9245 1228 (88) 9218940 (88) 99010887</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quixeramobim, 05/03/2015.

Assinatura do Declarante: Paulo Martins Fernandes

CAPEMISA

16 JUN 2015



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

AV. DR. J. M. A. S. 100 - JARDIM - 13140-000 - CENTRO
QUIXERAMOBIM - CEARÁ - CEP: 63800-000
FONE: (88) 3441-1177 - FAX: (88) 3441-1177
C.N.F.J.: 37.742.778/0001-15

CONTA
ÚNICA

ROSALI MARTINS DE BRITO		MES/ANO: 01/2014
TRAV. EUCLIDES WICAR, 89		Nº CONT: 140111346
MONTEIRO DE MORAES 63800000 QUIXERAMOBIM CE		CATEGORIA QUANTIDADE
ROTA: 1-2740		
COD LIGACAO: 11346-4	ID ELETRONICO: 000	1-RES:
DESCRICAO		VALOR
Tarifa de Agua		15,80
MULTA REF. SET/13-		0,32

TABELA DE VALORES M3 POR FAIXA					
Cat.: 1-RES	FAIXA	VALOR M3 (R\$)			
	00 a 10	1,58			
	11 a 16	2,28			
	17 a 20	2,64			
	21 a 30	2,88			
	31 a 40	3,43			
	41 a 60	4,54			
	61 a 99999	8,16			
DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR		
06/12/2013	06/01/2014	23/01/2014	R\$ 16,12		
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL	CONS. FATURADO	MEDIA	
498 m3	499 m3	1 m3	10 m3	1 m3	
NR DO HIIDROMETRO		VACUO	DIMETRO	DATA DE INSTALACAO	
2F014908 P		1 m3			

OCCORRENCIA:

DADOS DOS ULTIMOS 6 MESES				MENSAGEM	
MES	CONSUMO	NR DIAS	MEDIA		
Dez/2013	4	30	0,13	COM O NOVO SISTEMA, O SAAE ATINGE UMA DAS METAS DE APERFEIÇOAR O ATENDIMENTO, TRAZENDO MAIS TRANSPARECIA PARA O CLIENTE.	
Nov/2013	2	30	0,07		
Out/2013	2	30	0,07		
Set/2013	3	30	0,10		
Ago/2013	1	30	0,03		
Jul/2013	2	30	0,07	MESES EM DEBITO: DEZ/13-	

VALORES SOBRE A LEITURA VINCULADA		PERIODO DA ANALISE:		04/01/2014 a 03/02/2014	
PARAMETRO	UNIDADE	IMP	TOTAL DE ANALISES REALIZADAS	VALOR DEBITO DETRATOR	
Cloro Residu	mg/ Cl	0,20 a 2,00	56	2,00	
Cor Aparente	HU	0,00 a 15,00	56	10,00	
Coliformes T	CT	0,00 a 0,00	56	0,00	
Coliformes F	CT	0,00 a 0,00	56	0,00	
Fluor	MG/FL	0,00 a 1,50	56	0,72	
PH		0,00 a 0,50	56	0,16	
Turbidez	UNT	0,00 a 15,00	56	1,50	

CAPEMISA
16 JUN 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150598043 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 11/01/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em face

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150598043 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 11/01/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM FRATURA DA FACE

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA FUNCIONAL POR CEFALÉIA RESIDUAL, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, DISESTESIAS NA FACE, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E MASTIGATÓRIA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA. EVOLUIU COM CEFALÉIA RESIDUAL, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, DISESTESIAS NA FACE, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E MASTIGATÓRIA

Sequelas permanentes: DÉFICIT NEUROLÓGICO
LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM ESTRUTURAS CRÂNIO - FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/11/2015

Conduta mantida: Sim

Observações: JÁ INDENIZADO A CONTENTO

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

