

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> 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 : Obrigaçao 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 1^a 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**.

Cumpre 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 descharacteriza 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.

Cumpre 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 PROSEGUIMENTO 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 MAXIMO 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 desconstituir a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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 ressalvar 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 deslindem 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 horários 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 expresso 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 graduação (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 GRAADAÇÃO

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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINA 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 nº 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

JOSELAINA 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

Valorização 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



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: 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.

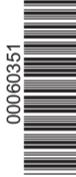
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, retorno 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

Valorização 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

Valorização 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



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: 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.

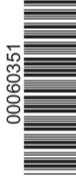
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, retorno 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

Valorização 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 médico 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 suscetível(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 integra 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
CRMCE 52.200288-8

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

BRADESCO14022014050000000002370072200000030621168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Monttius Fernandes,
 RG nº 05005 8830852 data de expedição 01/11/11, Órgão Setorau,
 CPF nº 03900 341346, venho perante a este instrumento declarar que não
 posso comprovar que endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
 nome de terceiro:

CAP EMUSA

Local e Data:		01 NOV 2013
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Plínio Steffy</u>	
Número	<u>89</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Monteiro de Monais</u>	
Cidade	<u>Quixadá</u>	
Estado	<u>Ceará</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 monttius Fernandes

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA I GRUPO B I SÉRIE B-4 I N°

Rua 13 280-00 03 216000 - 8
Nome ROSALI MARTINS DE BRITO / Data de Emissão 17/12/2012
End. Postal RUE ALVISTO SKEFFY 600089
MONTEIRO DE MORAIS - QUIXERAMOBIM -
Medidor 12471145 Poste 06000 00000
Classe RESIDENCIAL Fator de Potência 0,80
RG / CPF / CNPJ 258985583-49 CGF

Data de

A apresentação

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

07/12/2012

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 4/21 / 2013 -

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

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 QUITERAMOBIM /CE

Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES

Nascimento: 01/06/1988

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

Endereço: JOSE FERNANDES DA SILVA

MARIA DAISE MARTINS FERNANDES

Endereço: R ALVISTO SKEFF 39

MONTEIRO DE MORAIS

QUITERAMOBIM CE BRASIL

Telefone: 9794.4248

Histórico

QUE H HABILITADO; QUE CONDUZIA O VEÍCULO DO TIPO HONDA CG 150 TITAN ES,ANO 2006, COR VERMELHA, DE PLACAS HYL 5311, CHASSI 9CZKU8507R036243, 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 O 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. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERAMOBIM

RESPONSÁVEL: PELO REGISTRO:

ATRÍCULA: 198855-1-8

DISPONIVEL PELA INFORMAÇÃO : Paulo montana Fernandes
ESTO DO DELEGADO(A):

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

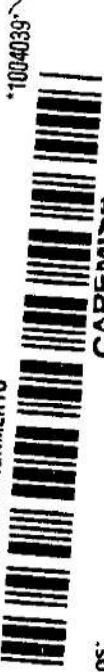
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 Mantuus Fernandes, PORTADORA(D) DO RG Nº 05005 830853, EXPEDIDO POR 10/11/11, EM 09/11/11, E CPF 03100030103-4103, CNPJ 000000000000-0000, PROFISSÃO _____, É RENDA MENSAL DE R\$ _____, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Mantuus 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 445/7/2012, 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



1040439

! 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 conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

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

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

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (INCLUA CONTAS DE TODOS OS BANCOS) BANCO 234 AGÊNCIA 7-22-6, INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 00306011-5

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

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

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

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL BANCO 104 • AGÊNCIA _____, (INCLUA 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fortaleza DATA 03/10/13

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Paulo Mantuus 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 AGUAS DA GUARDA - FILIAL QUIXERAM
R. MONSERRAT SULFIANO PINTO - 263 A
Term. Net-150 00266273 Data: 02/10/2013
Data: 02/10/2013 Hora de Brasília 15:33

Extrato de Conta Corrente ***

PAULO MARTINS FERNANDES 15.334R
AGÊNCIA 0722 CTA 003621-5 12/01/17/2013

DISPONUEL.
+ CONTA CORRENTE 0.00
- TOTAL DISPONUEL 0.00
SALDO TOTAL 0.00

CAPEMISA

01 NOV 2013



REDE AGUAS DA GUARDA - FILIAL QUIXERAM
R. MONSERRAT SULFIANO PINTO - 263 A
Term. Net-150 00266273 Data: 02/10/2013
Data: 02/10/2013 Hora de Brasília 15:33

*** Extrato de Conta Corrente ***

PAULO MARTINS FERNANDES	15.334R
AGÊNCIA 0722 CTA 003621-5	02/01/2013
DISPONUEL	
+ CONTA CORRENTE	0.00
= TOTAL DISPONUEL	0.00
SALDO TOTAL	0.00

CAPEMISA

01 NOV 2013

Ag. Bradesco : 722 - QUIXERAMOBIM
Corresp. Banc. : 074 - REDE A G FL.
QUIXERAM
NSU: 022426711837 Autenticação: 927444

QUIXERAMOBIM
0800 722 9833

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

QUIXERAMOBIM
0800 722 9833

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

**REVISÃO DE PROCESSO**

Eu, Paulo Martins Fernandes portador
do RG 20006021046212 inscrito no CRF 039003446346
com o endereço na Rua/Trav Rua: Júlio de Mesquita - 89
Bairro Morumbi Cidade São Paulo CEP 05744-000

UF SP venho através desta requerer, as senhoras 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 minh sofridas em consequência do acidente de trânsito.

Diantre das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo e se necessário realização de uma nova perícia médica com o médico auxiliar da seguradora para que eu em seguida constatar real situação, pois é inaceitável o valor pago.

17/1/21/2013

RECEBIDO EM:
19 JAN 2014

Atenciosamente,

Paulo Martins Fernandes

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo Mantius Fernandes

Identidade nº 05058830852 e inscrito no CPF/MF sob nº 03100341346 portador da carteira de residente e domiciliado na Rua Aluísio Leléffy 89 - Montúio de Morais

Estado RR 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 à 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.

CAPENAS/

01 NOV 2013

Paulo Mantius Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fontalogo, 02/10/13.

Local e data

DECLARAÇÃO

01 NOV 2013

Eu, Paulo Mantius Fernandes, portador da carteira de identidade nº 056 88308532 e inscrito no CPF sob o nº 039 00341346,
Residente e domiciliado na Rua Flávio Sleyffy 89 Centro de Morais

Cidade: Guarapari Estado: ES, 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.

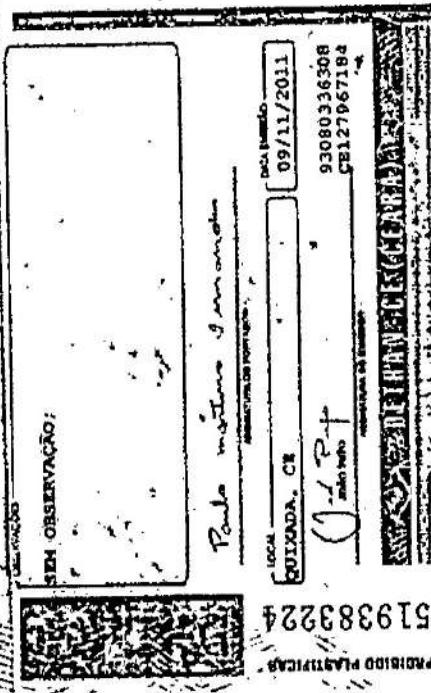
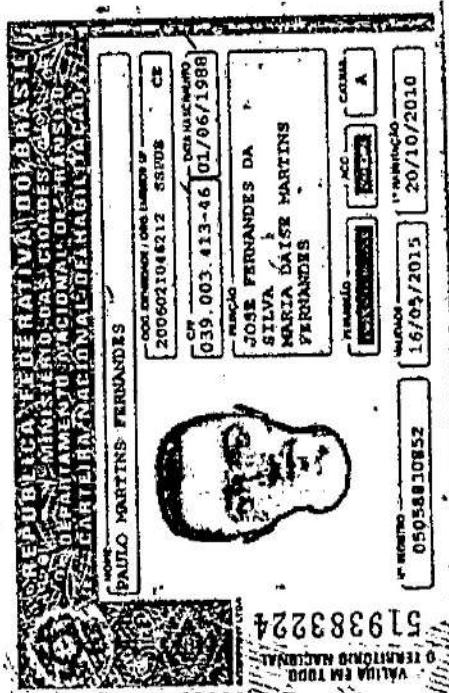
Concordando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Paulo Mantius Fernandes

Assinatura do Declarante

Fontalvo, 03/10/13

Local e Data



CAPEMISA

01 NOV 2013

Metfi Clinic

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA
Av. Santos Dumont, 3646 - Aldeota - Fortaleza - Ceará
(85) 4006.7207 - (BNB CLUBE) - Fortaleza - Ceará

Dr. Mardônio Salmito
CRM 4411

Ortopedia e
Traumatologia

⊕
Ortopedia
Infantil

Paulo Montes
Jude de Mídia

⊕
Patologia
da Coluna

⊕
de Mônito

Cirurgia do
Joelho
Mauricio
Montes

⊕
Patologias
do Esporte

⊕
morte

Osteoporose
feminina
Mauricio
Montes

RECEBIDO EM:

09 JAN 2014

Detalhe os fatoos de paciente
sendo se que os
prova de não
existir
contato com
familiar
S 80.1.8
foi
subboneado x
graft
clínico e
avaliação
de CTSAS
com FCTA.
foco com
signos de
dolor crônico no
membro, fôlego
jocellos e dor no
membro
distal local
de dor de ferida.

ANEXO Mídia de Paulos

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM 4411

CRF - CENTRO DE REabilitação FUNCIONAL
Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro
Fone: (85) 3392.2760

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

17/11/2013

Paulo Monks - fresh me
Larso misico

Paulo Monteiro de Barros
Larissa Marinho

⊕

*Patologia
da Coluna
+
Cirurgia da
Joelho*

Police
de Montréal
en prison
C.O. S81.8, S80.1

Positiva de que se pediu
1. Tendas saquadas para
servir com lençóis

⊕
*Patologia
do Esporte*

For submitted to Congress
as a Bill to amend the
fronts.

Osteoporosis
(+)

From com responde oee
occa xin. 2.nd 200
precoce os monolitos for
cristian. Preprecede.

There will be no other
see that no other

Co. Manton Salmo Altaida
Traumatology Orthopedics
CRM 471

CRF - CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota

COT - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro
Fone: (85) 3102-2700

10046
DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR

01 NOV 2013
CAPERWSA

MEDICO - CRM

CAPEMISA

01 NOV 2013

CRM-6079
DR. PONTES NETO
QUIXE

CE

CE

CE

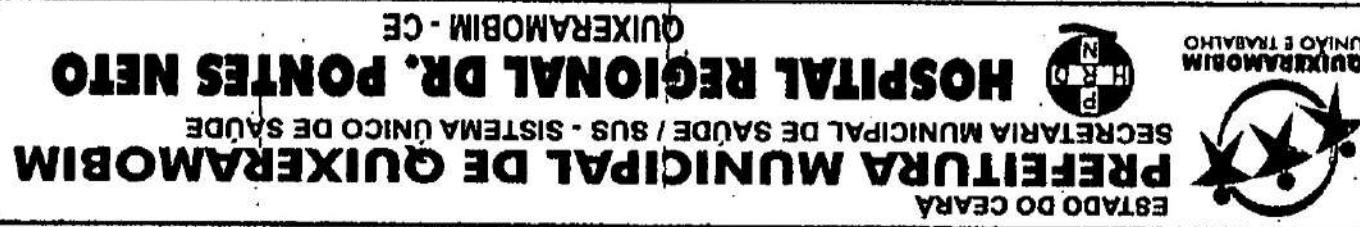
trabalho, a partir da data do atendimento.

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

recebeu atendimento médico em: 01/09/13 com diagnóstico de: laringite

Atesto para os devidos fins, que Adriano Pontes Neto

ATESTADO



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 sequelas

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:

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

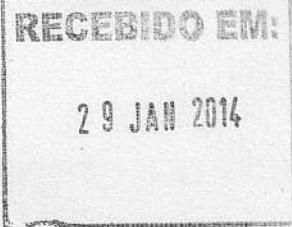
DATA DO ACIDENTE: 01/09/2013

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



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 inicio 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 inicio 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 n°: 6745826

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: **3150216307**
Vitima: **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

an 109 24/11



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FMS

Hospital Regional Dr. Pontes Neto
Quixeramobim - CE



/ BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 02/03/14 Hora: 110140minh. Nº 27
1. IDENTIFICAÇÃO N.º 03.01.06.0029

Nome: Caíulo Fernando Martins

Estado Civil: Solteiro Sexo: M Idade: 22

Naturalidade: Quixeramobim Profissão: agricultor

Residência: Agroca Lera Poco Endereço: 0 X Sinal

2. DIAGNÓSTICO: H.O.P + Alcool

Duração: 12:30 - 15:00h - 85ano

3. PROCEDIMENTO: 1. Consultas 200g + 160g cui 100g

2. Rx 100g + 100g cui 100g

3. Rx 0,9% - 1500g em gotas.

Assinatura: Dr. Fernando Martins

ASSINATURA MÉDICO:

Genoveze Coqueiro 300mg/colar as 9:40hs.



1. Genoveze 2,0 + 100g em gotas

10 gr, 1 gota/colar

7. Eletrocardiograma

8. medicina colina 10-7 gr

9. Rx 0,9% - 2000g em gotas + 500

10. SNG 10 em gotas

11. SUD

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 hemorrágia 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
Sânia Siqueira
Assistente Social
CRESS - 7273





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

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

Paulo Muniz Founds

O(a) Sr.(a):

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..... Lab:atório
- b) Foi encaminhado à especialista
- c) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje..... 30/06/02 dias, acontar desta data
- d) Deverá ficar afastado(a) do trabalho (30/06/02) dias, acontar desta data
- e) Poderia ter se apresentado s/ faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho.
- f) CID.....

Quixeramobim-CE, 22 de 07 de 2011

5/06/02

Paulo Muniz Founds

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1
PAA-1

Ao Dep. Pessoal

O(a) Sr.(a):

- 1. Ficará 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

Paulo Muniz Founds

11/06/02



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção

Boletim de Emergência Reg.:

5280429

O Sr.(a) Darle Murius Fernandes

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

Tendo como causa do socorro

traumatismo crônico - insuficiência medular (S.O.G - CID)

Armanecendo até o dia 07/03/14, quando foi transferido para o Hospital Batista.

Observações:

Fortaleza, 07 de 03 de 200 14

Médico de Plantão - CRM:



CPF:

Nota: por favor, não efetuar saída de Emergência Reg. etc.

RECEBIDO

11 MAR 2015

Año Bole

Año para el nro. t. que
se da en cada nota. Tendrá
que ser conforme y de acuerdo
que se nro. o nro. chido
tendrá.

CIN SCE 9

11/04/11



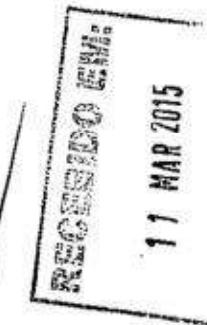
Abn Roche

Abn Roche para el nro de que
se han realizado numerosas
investigaciones en el sistema de
información en numerosas
instancias.

CIO. SCE. 9



9/10/11/1



RECIBIDO EN

11 MAR 2015

2015



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tonet, 2056 - Atibaia - CEP 08010-160 Fone: (18) 4005-2999 - Fax: (18) 4005-2945

Pronto Atendimento

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

Paulo Henrique Souza
até 06/03/03

**Internamentos
Clínicos & Cirúrgicos**

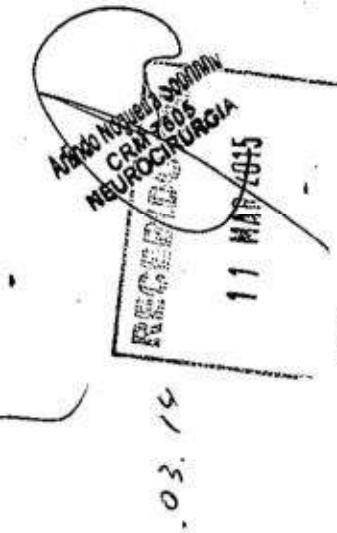
Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neuroológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

até 06/03/03

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

até 03/03/03



Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 157/77

111.946/07



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

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

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



Pronto Atendimento

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

111.546.071-2000-03.15

Endereço: Rua São João Batista

Internamentos Clínicos & Cirúrgicos

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

111.546.071-2000-03.15

111.546.071-2000-03.15

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

111.546.071-2000-03.15





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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paulo Henrique

Fluvox 50 mg 12h

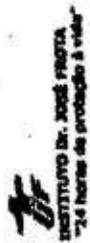


11 MAR 2015

11/03/2014

SEU MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	6 X 6 hs. 06 M - 12 T - 06 N - 12 N (4 X DIA)
	<input type="checkbox"/>	8 X 8 hs. 06 M - 02 T - 10 N (3 X DIA)
NA HORA CERTA	<input type="checkbox"/>	12 X 12 hs. 06 M - 12 T - 06 N - 12 N (2 X DIA)
COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA.	<input type="checkbox"/>	NAO TOME POR SUA CONTA
	<input type="checkbox"/>	COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA.

Rua Monsenhor Salviano Pinto - Centro - Fones: 3441-1219 / 3441-1217
CEP 61800-000 - Quixeramobim-CE



 INSTITUTO DR. JOSÉ GÓMEZ
74 horas de protección i-visor

Fortsetzung

RECEITUÁRIO

Nome: Paulo Mertins BE/Prontuário: _____

7x

Division gotas \rightarrow 1 gramo
toma 40 gotas at 6/6th
by day

Data: 01/01/14

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Paulo Marinho Sou

curvatura

⑤ Mucosid 10 to 12/16

⑥ Muculne 5 10 to 12/16

Jo
MÉDICO DO TRABALHO
CRM - 8569

81 103114

RECETUÁRIO EMI:
11 MAR 2015

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



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

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

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

(Handwritten signature)
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Paulo M. Andrade Ferreira Neto*

Endereço: _____

Prescrição: *Meloxicam 100mg*
10 mar 01 2015 3 x ao dia.

(Handwritten signature)
DATA: *09/12/14*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RECEBIDO EM:	<i>(Handwritten signature)</i>
Assinatura do Farmacêutico	<i>(Handwritten signature)</i>
Data:	<i>11 MAR 2015</i>



**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

1^ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2^ª Via: Orientação do Paciente
Veronica Castro Fleites
RMS N° 2300715/Ce
Projeto: 47985 Para o Brasil
[Signature]

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Signature]
Paciente: Paulo mantino Sennades

Endereço: Caixa - Encadea
Prescrição: Hidantol 100 mg 60cp

torncur 01 cp 2 x dia

DATA: 11/02/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Name: _____
Ident.: _____
Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Tel.: _____
UF: _____
Cidade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico
Data: 11/02/15

11 MAR 2015



PREFEITURA DE
QUIXERAMOBIM
Secretaria de Saúde

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

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1^ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria

2^ª 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

Veronica *Veronica Flávia*
RMS 230031/CE
Projeto Mais Medicamentos

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Joelle Vicentius Fernandes*

Endereço: *Boaçca - Encadada*

Prescrição: *Hidantul 100 mg - 90cp*

Toman 01 cp 3x dia

DATA: *08/10/14*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Name:	<i>RECEITUÁRIO F.W.</i>
Ident.:	<i>11 MAR 2015</i>
Órgão Emissor:	
Endereço:	
Tel.:	
Cidade:	<i>UF: / /</i>
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: 63.890-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1º Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2º Via: Orientação ao Paciente
Veronica Castro Fleites
RMS N° 200011526
Profissão: Farmacêutica
Assinatura:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Diego militiis Fernandes

Endereço: Boaçucá Cenacada

Prescrição: Hidroxicál 100 mg gocce

tomar 02 x dia

DATA: 27/08/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

Cidade:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

Cidade:

Assinatura do Farmacêutico

Data: 11/03/15



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

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

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

CC
CARIMBOTE ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Nausto Monteiro

1^o Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria

2^o Via: Orientação ao Paciente

Endereço:

Hilton 2260
1212

Prescrição:

14/04/19

DATA: 14/04/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel:

UF:

Cidade:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

CC
CARIMBOTE ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

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

1º Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria

2º Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

*Carimbo de Quixeramobim, Ribeiro
Médico de Família do Piauí*
Paciente: *Flávia*

Endereço:

*Flávia
Prescrição: 100 mg/dia x 12 hs*
Prescrição: *Carimbo de Quixeramobim, Ribeiro
Médico de Família do Piauí*

DATA: *10/03/15*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Tel.: _____
UF: _____
Cidade: _____

DENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: *Carimbo de Quixeramobim, Ribeiro
Médico de Família do Piauí*

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico
Data: *11/03/15*

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:	UF:
CRM:	
Endereço Completo:	
Tel:	UF:
Cidade:	

Chetano Oliveira
MÉDICO
CRM: 21.000-2
CARIMBO E ASSINATURA D/MÉDICO

Paciente: Paulo Monte Ferreira Idade: _____

Endereço: Al. Presidente 1000 GO

Prescrição: 1000 mg dia

Dr. Chetano Oliveira
MÉDICO
CRM: 21.000-2

Data: 13/01/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:	UF:	Org. Emis:
Ident:		
Endereço:	Tel:	UF:
Cidade:		

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RECEITÁRIO EM:	DATA:
ASS. DO FARMACÊUTICO	DATA:



PREFEITURA DE
QUIXERAMOBIM
Secretaria de Saúde

**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

Q
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Neusa Nortinha

Endereço:

Prescrição: 1/1 doce 100g → 90g
0 → 10 01/0
0 → dy 11/12

DATA: 01/09/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Tel.: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Ident: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Assinatura do Farmacêutico

Data: 11/03/2015

135



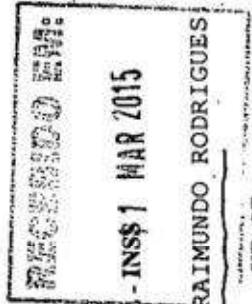
PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16525933413
Número do Benefício: 6058870058
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 Agencia da Previdência Social - APS. Informamos, ainda, que foi afastada a aplicação do nexo epidemiológico entre o agravio 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



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS | 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. Cliente, em 22 de maio de 2014

A. Paulo Martins Fernandes
Assinatura do Requerente / Representante Legal



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

S A B I
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

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

REQUERIMENTO N° 157390258
BENEFÍCIO N° 6058870058

Prezado (a) Sr.(a).

PAULO MARTINS FERNANDES

(NOME DO SEGUROADO)
06021046212
(RG/CERTIDÃO)

16856489774
(CTPS/SÉRIE)

(REPRESENTANTE LEGAL)
06021046212
(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.

21/05/2014
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
Técnico Seguro Social
Mat. 0005303

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

Fábio Góes

11 MAR 2015

TERMO DE RESPONSABILIDADE

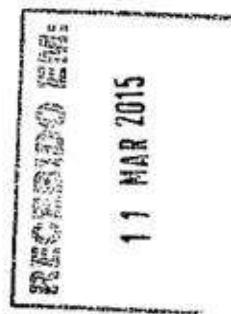
Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em / /

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	DAT	02/04/2014
DID	02/03/2014	DII :	02/03/2014	Dt Acid.:	
Especie:	31	Proffissao:	00999		
APS Realizacao	05.0.01.070	DCA			00/00/0000
Ordem	02	Dt. Marcacao	Exame:		
Conclusao	4 - DCI	Dt. Limite			16/08/2015
Diagnostico	S069	Diag. Secundario :			
Local do Exame	INSTITUTO	Codigo da Fase			
Cod. do Perito		Cod. Perito quadro:			0501948
Dt. Realizacao	21/08/2014	Percentual Reducao:			00
Dt. Proximo Exame:		Isento Carencia			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	000000000	Antecipa Parto			NAO

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





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, 2 RURAL

UF: CE

Município: QUIXERAMOBIM

CEP: 63800000

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

UF: CE

Decisão: Deferimento do Pedido

UF: CE

Motivo: Constatada de incapacidade laborativa

Fundamentação Art. 59 e 89 da Lei N° 8.213, de 24/07/1991. Artigo. 71, 78 e 136 do Decreto N° 3.048, de 06/05/1999;
Legal: 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



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

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

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 matos fernandes
Assinatura do Requerente / Representante Legal

W.W.W. previdencia.6010.601



S A B I

SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS PARA INCAPACIDADE

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

REQUERIMENTO N° 159578415
BENEFÍCIO N° 6058870058

Prezado (a) Sr.(a)

LUIZ O. MARTINS FERNANDES

(NOME DO SEGURADO)

16525933413

06021046212 , **72710 / 59** , **(NIT)**

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

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.

11 MAR 2015

QUIXERAMOBIM, 22 de julho de 2014

Flávio da Pátria Lima da Silva
Ex. Seguro Social
NAT. 1957753

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

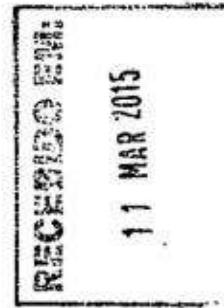
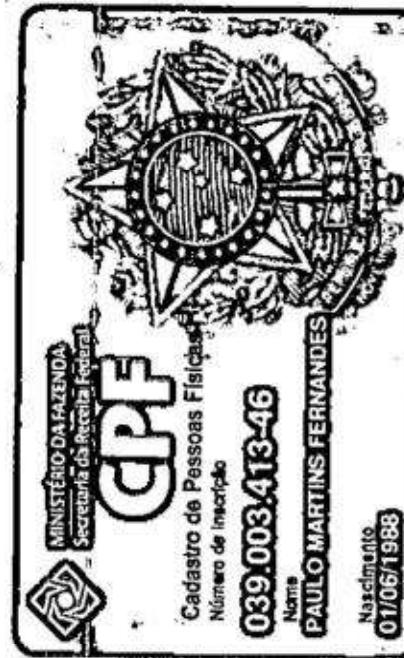
TERMO DE RESPONSABILIDADE

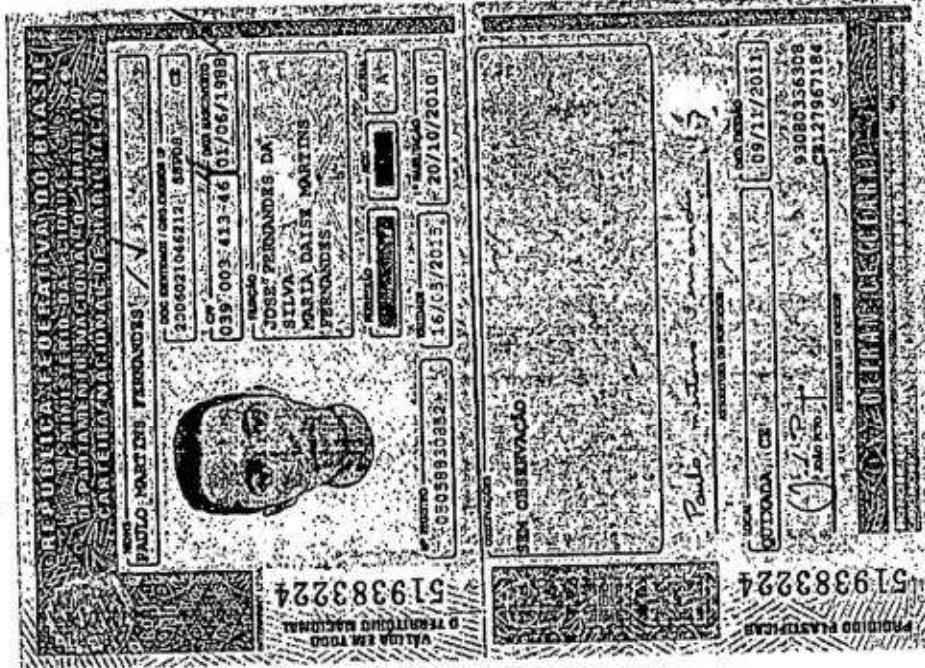
Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

O Instituto 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 02/07/2014

Ass. do Requerente/ Rep. Legal





RECEBIDO EM
11 MAR 2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, Paulo Martins Sennar de Souza,
 identidade nº 2006021046212 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.003.413-46,
 residente e domiciliado na Tranç. Guadalupe Ligeira,
 Cidade Guarapari, Município Estado Espírito Santo,
 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de

(+) Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência, ou
 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- O estabelecimento do IMI localizado no Município em que residir não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IMI localizado no Município em que residir 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/IMI, 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 Sennar de Souza

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

Florianópolis, 11/02/2015

Local e data

11 MAR 2015

Outro:

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 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.

3441-3521 e hospital: Regional Dr. Pantano 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: Fluicenarmolim UF: CE Data: 11/02/2015
11 MAR 2015

x Paulo Martins Fernandes

DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Fernando, portador da carteira de identidade n° 2006021046222 e inscrito no CPF sob o n° 039.003.413-46,

Residente e domiciliado na Travessa Gueldro 116c,

Cidade: Guarulhos Estado São Paulo, 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 dessa 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 essa declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

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

Cidade:

Estado:

Município:

11 MAR 2015

Paulo Fernando Lemos
Assinatura do Declarante

Guarulhos, 11/02/2015

Local e Data

DECLARAÇÃO

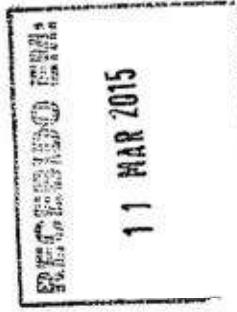
Eu Paulo Martins Soenksen,
portador do RG 2006 021046 212, inscrito no CPF 039.003.413-46
como endereço na Rua José Suelen Almeida,
Bairro Quixeramobim,
Cidade Quixeramobim.

Onde fuiro no quadro de Invalidade 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; Paulo Martins Soenksen



11 MAR 2015

10/05/2014

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

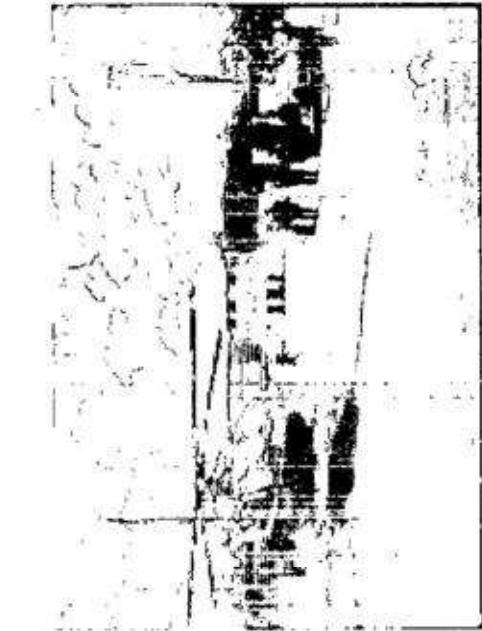


Foto: osertaenoticia.com

A+ A-

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 à 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 a transferência do mesmo.

Reportagem: REDAÇÃO





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPÃO 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 Lider _____, PORTADOR(A) DO RG Nº 2006021046212, EXPEDIDO POR SSPI/06, EM 25/07/2006 E
 CPF 03900034013 - 46 / CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO — —
 E RENDA MENSAL DE R\$ — —
 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Martins Lider _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Paulo Martins Lider

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa), OUTRIDA, HIREC, CREDITO EIVI;
- 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 POUPIANÇA 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.**

IMPORTANT: 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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2843 N° 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 DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Paulo Martins Lider

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 3.500,00 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\$ 3.500,00 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.dpvatsegurotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



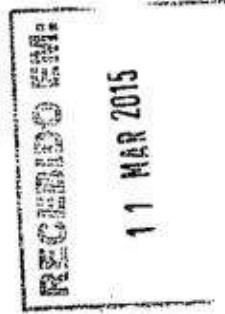
AUTO-ATENDIMENTO - AG. QUIXERAMOBIM
DATA: 06/02/2015 HORA: 14:45:59
TERMINAL: 28431007 CONTROLE: 284310070223

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2843.013.00018324-6
NOME: PAULO MARTINS FERNANDES
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00
NÚMERO DO ENVELOPE: 0342890100
NÚMERO DE CONTROLE: 037459084

A confirmação do depósito se dará pelo
lancamento 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





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: 01/06/1988

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: 9774.4248

Histórico

Quik, 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 encilhando e caindo ao chão, QUE, em virtude do acidente o noticiante sofreu hemorragia na cabeça e um trânsito no ombro esquerdo, QUE, o noticiante foi socorrido para o hospital local através de populares e encaminhado para o ITP em Fortaleza (C) helicóptero do CIO/MAER.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

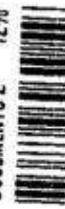
MATRÍCULA: 198323-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

RESPONSO DO DELEGADO(A):

MATRÍCULA: 300121-1-9





03/09/2011



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FMS
 Hospital Regional Dr. Pontes Neto
 Quixeramobim - CE

1. BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 03/09/11 Hora: 11:00minhs. Nº 27
03.01.06.0029

1. IDENTIFICAÇÃO
 Nome: Caio Fernando Martins Sexo: M Idade: 22
 Estado Civil: Solteiro Profissão: Agente Cultural
 Naturalidade: Quixeramobim Residência: Quixeramobim
 Residência: Quixeramobim

2. DIAGNÓSTICO
 Diagnose: H.O.P + Alcool.

3. PROCEDIMENTO:
 1. Consultas 2x00g + 160ml c/ 100g
 2. Blond 2:16 120ml c/ Margarh.

3. 500ml c/ 150ml em alco.

Assinatura do Médico

Reflexo da 9:40hs.

1. Levamis 2x0 + 1000mg c/ 100ml

2. Levamis 2x0 + 1000mg c/ 100ml

3. Levamis 2x0 + 1000mg c/ 100ml

4. Levamis 2x0 + 1000mg c/ 100ml

5. Levamis 2x0 + 1000mg c/ 100ml

6. Levamis 2x0 + 1000mg c/ 100ml

7. Levamis 2x0 + 1000mg c/ 100ml

8. Levamis 2x0 + 1000mg c/ 100ml

9. 800ml - 200ml cr + 500ml

10. SNG 1000ml

11. SUD

12. TOT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Martins Fernandes
RG nº 20060331046233, data de expedição 25/04/06, Órgão SSP/PE
CPF nº 038.003.433-46, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Trav. Aquélides Ulman</u>
Número	<u>89</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Montinho de Minas</u>
Estado	<u>Minas Gerais</u>
CEP	<u>36300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3441-3521 (88) 92451228 (88) 92188940 (88) 99010888</u>
E-mail	
	<u>11 MAR 2015</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Aracruz/MG, 11/02/2014.

Assinatura do Declarante: Paulo Martins Fernandes



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.: 07.742.778/0001-15

CONTA
ÚNICA

ROSAIL MARTINS DE BRITO
TRAV. EUCLIDES WICAR, 89
MONTEIRO DE MORAES 63800000 QUIXERAMOBIM CE
ROTA: 1-2740

MES/ANO: 01/2014

Nº QUITA: 140111346

CHAMADA DE MONTANTE

VALOR

1-RES:

15,80

0,32

03/03

DESCRICAÇÃO

VALOR

Tarifa de Água

MULTA REF. SET/13-

TABELA DE VALORES R\$ POR FAIXA

VALOR

1-RES:

0,32

VALOR M3 (R\$)

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 TCE 25%

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
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 DISTÚRIO 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 DISTÚRIO 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 suscetível 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
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):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 Wiewar, 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?
- Sim Não
- Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
- Sim Não

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

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)?

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

“Sem sequela permanente”

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

“Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Lesões neurológicas que cursem com impedimento do livre deslocamento corporal

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

Região Corporal (Sequela):

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais

% 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.

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


Dr. Odete Martins Carvalho
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 continuo de Hidantol.

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
Facial, cursando 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 inicio 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2015

Carta n°: 7571998

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150598043
Vitima: 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%

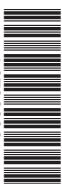
Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
---	-----	----------

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 inicio 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 Wlear, 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?

Sim Não

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

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

Sim Não

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

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)?

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 céfaléia 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 Hidantol.

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

“Sem sequela permanente”

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

“Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

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

Total = “100% da IS”

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

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


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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, Paulo Montino Fernandes, portador da carteira de identidade nº 2006021046210 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.003.413-46, residente e domiciliado na Trancoso, Bahia, 07/02/2011, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IMI, localizado no Município em que residir não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IMI, localizado no Município em que residir 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-IMI, 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 discordar do seu conteúdo.

Paulo Montino Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fluircena Fernandes, 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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 DIASE 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 AQUELHAS 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 MUNICÍPIO, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA IFF NA CIDADE DE FORTALEZA, LOGO DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA SANTA CASA DE MISERICÓDIA NA CIDADE DE FORTALEZA, QUE, NESTE ULTIMO HOSPITAL PASSOU DEZ DIAS ENTERRADO, 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 AS ALOCALIDADE DA VITIMA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : "ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Paulo Montônio J. S. Andrade

VISTO DO DELEGADO(A) : Salviano de Pádua Saldanha Freire - MAT.: 012699-1-7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA CIVIL
DESENVOLVIMENTO COTIDIANO

BUREAU DE OCCORRÊNCIAS – B.O.

NOTIFICAÇÃO DE OCCORRÊNCIA
NATURALIZADO ACIDENTE DE TRÂNSITO
Nº E.O. 516-00631/2015 CLOPS -
DATAMORA DA COMUNICAÇÃO: 06/02/2015 10:41
DATAMORA DA OCORRÊNCIA: 11/01/2015 13:44
ENDERECO DA OCORRÊNCIA LOCALIDADE DE LAGOA CERCADA
NÃO INFORMADO QUIXERAMOBIM/CE

PONTO DE REFERÊNCIA

DOCUMENTO(S)

MATERIAL USO RUMINANTE/ATRIBUTO/DECORAÇÃO
HISTÓRICO: QUE F. VUNDUMA A MÔNICA K. F. F. A. MODELO: NOONDV X: 150 VETAS
ES. COR: VERMELHA, ANO/MODELO: 2006/2007, PLACA: HYL 5411, CHASSI:
9C2KCG0507036243, LICENCIADA EM NOME DA GENTORA DA VITIMA, QUE
ESTAVA NO LOCAL, HORA: VITIMA MENCIONADO QUANDO TRAVEGAVA PELA
AQUILA PLACAS QUANDO DERRAPOU EM UMA PEDRA DE CALCAMENTO
QUE ESTAVA SOLTO DO SOLO, QUE, CAIU CONTRA O SOLO QUE TEVE VARIAS
ESCORRACOES NA FACHA E ENTRE OUTRAS, OUT, FOI SOCORRIDO PARA O
HOSPITAL REGIONAL DESTR MUNICIPAL, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA NA CIDADE DE FORTALEZA, QUE, NESTE ULTIMO HOSPITAL
PASSOU 07 DIAS ENTRENAIS, QUE, COMO TESTEMUNHA OCULAR DO
SINISTRO JERRY LUIS DE BRITO, PORTADOR DO RG 2007663106-5, JEAN LUIS
DE BRITO FORTALEZA DO RG 2007663109-0, RESIDENTE AMBAS AS
TESTEMUNHAN ALGUMA MÃO DA VITIMA.

DAFOS DA VITIMA

NOME: PAULO MARTINS FERNANDES
RG: 2006021046212 ORG: O EMISSOR: SSPDS UF: CE

FIACÃO: JOSÉ FERNANDES DA SILVA
MIRIA ELISE MARTINS FERNANDES
ENDERECO: R LAGOA CERCADA
LAGOA CERCADA
QUIXERAMOBIM/CE
TELEFONE:

BAROS DO INFORMANTE
NOME: VITIMA

CAPEMISA
16 JUN 2015

DELEGACIA/DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE OUTREMORIM

RESPONSÁVEL: PELO DELEGADO
MATRÍCULA: 11

RESPONSÁVEL: PELO DELEGADO X PELA MULHER DEMONSTRADA
VISTO DO DELEGADO X.

CAPENISA
16 JUN 2015

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 Moutinho Souto (assinatura),
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2006011046212 EXPEDIDO POR 55PDS10E EM / / E
 CPF 039003913-46 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO — —
 E RENDA MENSAL DE R\$ — — (‘) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Moutinho Souto (assinatura), 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 segurado, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

- Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:
 - Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPLANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotísticas 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 invalido 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 POUPLANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2893 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0183246

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.

Paulo Moutinho Souto de 15 de março de 2015 x Paulo Moutinho Souto

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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. QUIXERAMOBIM
DATA: 06/02/2015 HORA: 14:45:58
TERMINAL: 28431007
CONTROLE: 2843100700023

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2843.013.00018324-6
NOME: PAULO MARTINS FERNANDES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

0342890100
037459084
NÚMERO DO ENVELOPE:
NÚMERO DE CONTROLE:

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

CAPENISA
16 JUN 2015

REVISAO DE PROCESSO



10029*

Eu Paulo Martins Germann

Portador do RG 200600210462212

Inscrito no CPF 039.003.413-46

Com o endereço na Rua/Trav. Av. Euclides Wilian

Bairro Montes de Morros

cidade Guilhermina

UF SC venho através desta carta requerer aos senhores revisor do meu processo, a referida solicitação se fez 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.

Dianta das informações yanho solicitar aos senhores revisor do processo
a se necessário realização de uma nova perícia medica com o medico
auditor da seguradora lidar para que o mesmo pessa constatar real
situação. Nota é Inacessível o valor reparo.

23/09/2015.

Atenciosamente,

Paulo Martins Germann

<u>RECEBIDO EM:</u>
<u>19/09/2015</u>

DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Mafinho Fernandes,
Identidade n° 2006021046212 e inscrito no CPF sob o n° 039.003.413-46

Residente e domiciliado na Travessa Andrade 1100/20

Cidade: Açucena, Estado Pe, 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.

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

Cidade:

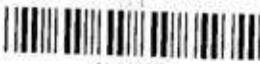
Assinatura do Declarante

Paulo Mafinho Fernandes

CAPEMISA
16 JUN 2015

Açucena, 05/03/2015

Local e Data



2000 JCP 163 2000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENKTREN

DETAN - CE N° 011430616738
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT	006-RENAVAM 01 00907923275	PLA.T.R.C. 0000000000	EXERCÍCIO 2014
NOME MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXX QUIXERAMOBIM /CE			
CPF / CNP 01280525813		PLACA HYL5311/CE	
PLACA ANTO/ME /CE		CHASSI 900EKG050 0085243	
DOMESTIC PAS/MOTOCICLETA/ANAO /PLTC /GASOLINA			
MARA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES		ANO FAB. 2006	ANO MOD. 2007
CAP / POT / CIL 2R / 149CC		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA
COTA ÚNICA I XXXXXXXX, **		VENC. COTA ÚNICA ** / ** / **	VENC / COTAS 10*****
FAIXA IPVA P XXXXXXXX		PARCELAMENTO / COTAS ***** , XX	2*****
V XXXXXXXX			3*****
A XXXXXXXX			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO *****
OBSERVAÇÕES *****			
LOCAL QUIXERAMOBIM		DATA 24/02/2014	
Igor Ponte Superintendente		DETAN-CE	

CENTENNIAL

100

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SIA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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

01 012605/3813 HVL5311

0090/923275 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

AND FAB. - 05 9C2KC08507R036243

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129,04 DENATRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 OF (R\$) 1,11 TOTAIS (R\$) 292,01

PAGAMENTO **COTA ÚNICA** **PARCELADO** **DATA DEQUITACAO**
17/02/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.698/0001-04
www.seguradoralider.com.br

03493

2013

03493



-0012-



CAPEMISA
16 JUN 2016



Comunicação de atendimento



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o/a paciente Raquel Manta Renardo

foi atendido nesse local, necessitando de:

90 dias de licença médica.

CID: 506.9 - Traumatismo intracraniano. ✓

Quixeramobim - CE 12 / 08 / 15

MÉDICO - CRM

[Signature]
Raquel Manta Renardo
CRM-CE 6569

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 Nº 41 de 18 de junho de 2009.

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015

(DOU nº167, seção 1 em 01/09/2009, página 89) Dispõe sobre a autonomia da habilitação e competência do Fisioterapeuta para desempenhar atividades de pericia, 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 comprimento 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 pericia;

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.

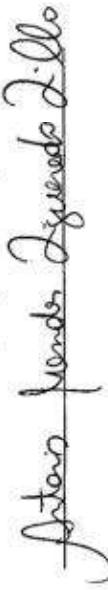
Conclusão quanto a capacidade funcional – invalidez permanente total ou parcial:

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
Fisioterapeuta
CREFIGO: 205.100-F
CPF: 029.031.263-99

Antonio Mendes Figueiredo 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, SIN
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

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

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Adelio maria's grandes*

Endereço: *Chavez - Cenador*

Prescrição: *Hidantul 100 mg 60 cp*

Tomar 01 cp 2x dia

DATA: *19/11/15*

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 EMISSOR

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

U. Almeida
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

DATA:

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, 518 CENTRO - CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM - CEARÁ

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

Veronica Castro Fleites

RNIS N° 13300715-CE

Provedoria Médica Pároco da Cidade

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Assinatura]

Paciente:

Paulo Vicentius Fernandes

Endereço: *Locação - Círculo Vida*

Prescrição: *Hidantoína 500 mg - 60CP*

Termos: *01 CP a X via*

DATA: *02/07/15*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Ident.:	
Órgão Emissor:	
Endereço:	
Tel.:	
UF:	
Cidade:	
Assinatura do Farmacêutico	
Data:	

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015

SUS: 898003019304396 DNI 10106182

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



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

W. L. V. de Souza

REGISTRO DE RECEITAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

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

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Paulo Henrique da Cunha

Endereço:

Passo - Ceará

3. PRESCRIÇÃO

Prescrição:

Hidantil 100 mg - Gacp

Turnos: 01 C/0 2x dia

DATA: 17/05/15

4. IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Ident.:		
Órgão Emissor:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	
Telefone:		
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

Paciente:

Pedro matutino Fernandes

Endereço:

Lagoa-Canadeu

Prescrição:

Hidantol 100mg 60cp

firmar 01 cp 2x dia

DATA: 04 / 05 / 15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Name:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Ident.:		
Órgão Emissor:		
Endereço:		
Tel.:		
Cidade:	UF:	Assinatura do Farmacêutico

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

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

Veronica Castro Fleites
RMS Nº 2300715/Ce
Assinatura: 
Data: 09/11/2015 Para o Bem

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: 

Endereço: 

Prescrição: 

DATA: 19/10/2015

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Tel.: _____ UF: _____
Assinatura do Farmacêutico _____ Data: _____

RECEBIDO EM:

09 NOV 2015



PA 160 x 15

Documento do médico hospitalar

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Data: 15/06/2015 Horário: 13:44:44 N° 88
 1 - IDENTIFICAÇÃO: Nome: Julio Mancini sobrenome: fornerandes
 Estado Civil: casado Sexo: M
 Data de Nascimento: 1/1/1982 Idade: 33
 SUS: 12345678901234567890

Naturalidade: Brasil Profissão: Colaborador Residência: Brasil Cidade: Brasil Bairro: Brasil
 Temperatura: 37,0 PA: 140x90 mmHg
 2 - Diagnóstico: Paciente vítima de acidente de trânsito 3 - Procedimento: Intervenções Exame Exame Exame
Paciente consciente, orientado, orientado, glasgow 15. Acp ginecológica. ASSINATURA/MÉDICO

- 1) Tramadol 100mg + 100ml 5%0,9% FV. ✓
 2) Dextrometorfanol 01 ml ip. FV. ✓
 3) Dipirona 01 grs. FV. ✓

CAPEMISA
16 JUN 2015

~~Dr. V. C. Nobre~~
~~Dr. V. C. Nobre~~

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):
Francisco Mardônio Salmito de Almeida

vítima de acidente de trânsito, em 11/10/2015, sofreu:

*Francisco Mardônio Salmito de Almeida
nascido em 01/01/1977.
C.D - S 01. J. 2. S 02. - 4*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Cirurgia de fixação de fratura do tornozelo e do joelho.
Ortopedista: Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida*

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

Avanço do tornozelo com 60% de invalidez permanente com dor e coceira constante e de intensidade moderada. O tratamento é ortopédico e fisioterapêutico. Pode ser realizada a reabilitação com auxílio de aparelhos de proteção dos membros inferiores.

*CAPEMIRIA
16 JUN/15*

11

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 / *Francisco Mardônio Salmito de Almeida*
ORTOPEDISTA / *Francisco Mardônio Salmito de Almeida*



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Número do Prontuário:

Nome:	Diego Moutinho Fernandes	Idade:	26	Sexo:	M
Clinica:	Enf.: 28	Leito:	754	Procedência:	UF
Endereço do Paciente:	Logos - Unidade - Unimed Ceará	Telefone:	—	Telefone:	—
Nome do Responsável:					
Data da Internação:	20/01/15	Data da Alta:	20/01/15		

Resumo Clínico

Diego Moutinho Fernandes
Endereço: Logos - Unidade - Unimed Ceará
Nome do Responsável:
Data da Internação: 20/01/15

Diagnóstico: Dolor intensivo da face.

Exames Realizados

Teste Ossos Face

Terapêutica Utilizada

Antevaracetam 1000 mg c/ 6hs (

CAPEMISA

16 JUN 2015

Condições de Alta

Melhorado: Curado: Encaminhamento:

Retorno em: 27/01/15 SALA 17 AMBULATÓRIO BMF.

Diagnóstico Final

Dolor intenso face.

Observações

Documentos obtidos: MDS

Data: 20/01/15

Dr. Sélio Alvaro Neto
CRM-CE 60522-C
Clínica e Trauma Facial
Belo Horizonte

Nome do Médico - CRM e Ceará



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Segurado Paulo Martins Fernandes

— portador da Carteira Profissional nº — 11 —

Série — Necesita de 30 (Trinta)

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

31/5 19/01/15
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO LOCALIDADE E DATA

Dr. Diogo Ohse

Cirurgia e Traumatologia
Bucal, Maxilar, Facial
CRO-CE 7270

ASSESSOR MÉDICO - CRM Nº

NOTA - atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº. 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

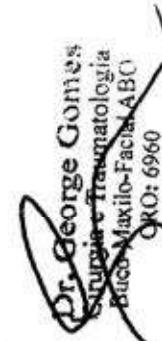
POLHA DE RECEITA

Para: Paulo Batista Brasileiro
Protetário Nº: _____

X

010.708.12

1) Voluntário _____ • 1 Bimonth
Além 1.000,00 Reais


Dr. George Gomes
Cirurgião e Traumatologista
BUCO-MAXILOFACIAL ABC
ORO: 69660

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 - Fone: (85) 3455.9100

CAPEN/ISA
16 JUL 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 012.605.258-13, com
domicílio na cidade de Muriciamirim, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Bragea Benedita, nº 511,
complemento para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Paulo Martins Fernandes, cujo o condutor era
Paulo Martins Fernandes.

RECEBIDO EM:

09 JUL 2015

Veículo: Motociclo
Modelo: Honda 160 Titan e5
Ano: 2006
Placa: HYL 5311
Chassi: 9E2K08501R036243
Data do Acidente: 11/01/2015
Local e Data: Muriciamirim/PE, 17/06/2015

Maria Daise Martins Fernandes
Assinatura do Declarante

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

RECONHEÇO VERDADEIRAS (firmas):	<u>Maria Daise Martins Fernandes</u> Data: <u>17/06/15</u> Local: <u>Muriciamirim/PE</u> Assinatura: <u>Maria Daise Martins de Brito</u> Cadastral: <u>00031</u>
SELO DE AUTENTICIDADE	
VALIDO SOMENTE COM	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Martins Fernandes
 RG nº 2006.021.046.212, data de expedição / /, Orgão SSP DS/RC
 CPF nº 039.003.413-46, venho perante a este instrumento declarar que não
 posso comprovar que **endereço** em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
 nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Trav. Antônio Wilean</u>
Número	<u>89</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monteiro de Melo</u>
Cidade	<u>Quixentopolis</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3441-3521 (88) 92451228 (88) 92188940 (88) 99010887</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Paulo Martins Fernandes

CAPEMISA
16 JUN 2015

**SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO**

AV. DR. JF. RUIZ
QUIXERAMOBIM - CEARÁ - CEP: 63340-000
FONE: (88) 3441-1177 - FAX: (88) 3441-1177
C.N.P.J.: 11.2.778/0001-15

**CONTA
ÚNICA**

ROSSIL MARTINS DE BRITO TRAV. EUCLIDES WICAR, 89 MONTEIRO DE MORAES 63800-000 QUIXERAMOBIM CE ROTA: 1-2740	MES/ANO: 01/2014
	Nº C/TA: 140111346
	CATEGORIA/QUANTIDADE:
	1-AES;
000 LIGAÇÃO: 11346-4	10 ELETRO 000000000
DESCRICAÇÃO	VALOR
Tarifa de Água	15,80
MULTA REF. SET/13-	0,32

TABELA DE VALORES NO POR FAIXA					
Cat.: 1-RES	FAIXA	VALOR M3 (R\$)			
00	4 10	1,50			
11	4 16	1,20			
18	4 20	2,54			
21	4 30	2,86			
31	4 40	3,43			
41	4 60	4,64			
61	4 999	5,16			

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	CONSUMO PAGAV
4998	4999	1	10
NR DO HIREMETRO		W/240	DIÁMETRO
2F014908 P		1	30

INDOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES		PERÍODO	PERÍODO DA ANÁLISE:	
MESES	CONSUMO	NR DIAS	MÉDIA	MESES
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	MESES EM DEBITO: DEZ/13 .
Jul/2013	2	30	0,07	

PARÂMETRO	UNIDADE	MP	DATA DE ANÁLISE	VALOR MÉDIO DETECTADO
Claro Resíduo	mg/ Cl	0,20	4 2,00	56
Claro Aquecida	mg/ Cl	0,00	4 15,00	56
Coliformes	CFU	0,00	4 0,00	56
Coliformes	CFU	0,00	4 0,00	56
Fluor	mg/ Cl	0,00	4 1,50	56
PH	PH	0,00	4 9,50	56
Turbidez	UNT	0,00	4 15,00	56

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 SEQUELA FUNCIONAL POR CEFALEIA RESIDUAL, DISTÚRbio DE EQUILÍBRIO, DISESTESIAS NA FACE, USO
médico pericial: 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 CEFALEIA 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:

