

# 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: 17/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000012584-0

---

Nr. da Autenticação 62F1121CF05FE23E

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014711410      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA      **Data do acidente:** 31/01/2014      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/09/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** ROSEANY ALBANEZE CARRETONI

**CRM do médico:** 2612

**UF do CRM do médico:** MS

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio	12,5 %	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

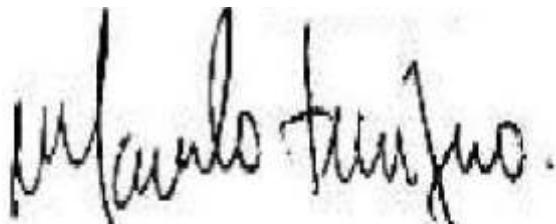
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCELO TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**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

Sinistro: 2014711410 - 1

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO FEIJAO nº 120 - DISTRITO BONFIM - SENADOR POMPEU/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 509926344 - SSP

Data local do exame: 05/09/2014 FORTALEZA/CE

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO

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

SIM  NÃO

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

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

#### FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

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

SIM  NÃO

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

#### APRESENTA LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### COTOVELO ESQUERDO

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 05/09/2014

Médico Perito: ROSEANY ALBANEZE CARRETONI CRM: 2612

  
ROSEANY ALBANEZE CARRETONI  
CRM 2612/MS

Assinatura do perito Examinador - CRM

**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): **FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA** Sinistro: **2014354958** Data: **31/01/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO FEIJAO, 120 - DISTRITO BONFIM - Senador Pompeu - CE - CEP 63600-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **509926344**

Data local do exame: [ **28/05/2014** ] **Senador Pompeu** [ **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 do cotovelo esquerdo. A vítima refere dor ao nível do cotovel esquerdo ao movimentar.**

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.

**O autor foi tratado conservadoramente recebendo alta definitiva em sequida.**

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

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

( **X** ) "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):

% 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

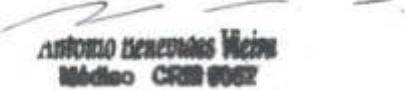
Região Corporal (Sequela):

% 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.

  
Antônio Benevides Vieira  
Médico CRM: 5052

Antonio Benevides Vieira - CRM: 5052 - CE



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 50.992.634-4 DATA: 24/MAI/2009  
CEP: 62000-000

NOME: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA  
MÉDIO: EDMUNDO RODRIGUES DA SILVA  
MÉDIO: FRANCISCA FIRMINO DA SILVA

NATURALIDADE: SENADOR POMPEU - CE DATA DE NASCIMENTO: 25/FEV/1988

DOC. ORIGEM: SENADOR - POMPEU - CE  
SENADOR - POMPEU  
CN: LV.A016/FLS.0233/N.011514  
CPF: 041418423-89

041418423-89 53 Delegado Divisional  
CARTÃO AUTOMATIZADO DE IDENTIFICAÇÃO de Polícia URGID/SSP/SE  
LEI N° 7.116 DE 29/08/83

Celso Pinheiro  
(85) 9989.0779  
(85) 8721.2741

INVESTPRE  
08 MAI 2014



*Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira*

*Médico CRM 12721*

*Praça da Juventude S/N Senador Pompeu - Ce*

Relatório Médico

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

Edilvito Fernandes da Silva

Foi vítima de acidente de trânsito dia 31/05/14 onde o mesmo sofreu:

Acidente Malacarreira com paleteiros e ferro em MST e Antebraço e com contusão de membro

E submeteu-se a tratamento:  Clínico;  Cirúrgico;  Fisioterapêutico;  Conservador; complementando com: Fármacos e Antebraço

Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de: 65% - Diálogo em

Membro Izquierdo e 45% em MST

Senador Pompeu 02/05/14

*Dr. Fernando Higor*  
CRM 12721

*INVESTPREV*  
Dr. Fernando Higor  
CRM 12721



Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude S/N Senador Pompeu-Ce

Relatório Médico

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT. Que o Sr. (a): Franario  
Elberto Firmino da Silveira

Foi vítima de acidente de trânsito dia 31/03/14 onde o mesmo sofreu:

Acidente trânsito com encarceramento interno de 150g  
com contusão da articulação do

E submeteu-se a tratamento: ( Clínico; ( Cirúrgico; ( Fisioterapêutico; ( Conservador; complementando com: exercícios articulares.

Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de: 40% - Debilidade 15%

Senador Pompeu 30/04/14

*Dr. Fernando Higor*  
CRM: 12721  
MÉDICO  
27 MAI 2014

Dr. Fernando Higor  
CRM: 12721

# FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

RG = 50 092 634 - 4



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 25.02.88

F<sup>co</sup> Gilberto Firmino da Silva

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Agricultor	25	PD	M	Solteiro	Senador Pompeu	SRA

Residência

Rua Muracá Nova

Pai: Edmundo Rodrigues da Silva

Mãe: Fca Firmino da Silva

Responsável

Telefone: 92214827

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular	SUS	31.01.14	07:15
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso	Local		
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia			

## Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pointa com queixas de dores em rotulos (E) e antebraços (E) de recorrência traumática. Informou ter sido em dias causados por esforço de moto.

## DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA		PESO
MÁX	MIN	AUXILIAR	RETAL	
130	80			

## DIAGNÓSTICO

## TRATAMENTO:

- Voltaren 35- (IM) 08:00

CONFERE COM ORIGINAL

31/01/2014 edd  
RESPONSÁVEL - SAME  
M.H.S.  
CNPJ: 07.882.897/0002-44

Téc. de Enfermagem  
COREN-CE 035.889

DESTINO DADO AO PACIENTE	Medicação Administrada por: Fco Jussier A. da Silva Ass. do Médico
<input checked="" type="checkbox"/> Residência	
<input type="checkbox"/> Em Observação	
<input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório	
<input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.	
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento	
Assinatura do Paciente ou Responsável	Ass. do Médico
<i>Fco. Gilberto F. da Silva</i>	<i>Vicente Ferrer Neto Médico CRM 2396</i>

INVESTIGADO  
28 MAI 2014



# MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

Rua Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 - Centro  
Fone: (88) 3449-1217 - Fax: 3449-1228 - (88) 9971-3132  
CEP 63600-000 - Senador Pompeu - Ceará  
CNPJ 07.802.697/0002-44 - CGF 05.633.145-5

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

D. TRATO SANITÁRIO: 8º CERE MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE

N. ME: Fábio Ferreira da Silva TEL: 9221-1821

S. O. M. ( ) FK IDADE: 25 OCUPAÇÃO: Agente de Saúde CEP: 63600-000

E. DEREÇO: Av. Marechal Deodoro BAIRRO: Centro CIDADE: Senador Pompeu

A. MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Exame de sangue para hemograma

R. RESULTADO DO EXAMES: hemograma com resultado normal

C. CONDUTA REALIZADA: Exame

I. PRESSÃO DIAGNOSTICA: 120/80 mmHg

ASS. DO ENCAMINHANTE REG. Vicente Ferreira Neto FUNÇÃO: Medico

DATA: 31/01/11 HORA: 14:00

### AGENDAMENTO

L. AGENDAMENTO PARA ATENDIMENTO:

S. HOSPITALAR ( ) HOSPITALAR ( ) AUXILIO DIAGNOSTICO ( )

P. PROFISSIONAL ( ) PROFISSIONAL ( )

L. DATA DE REFERENCIA: 01/02/2011 DATA: 01/02/2011 HORA: 14:00

### FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

L. DATA DE REFERENCIA: 01/02/2011 PRONTUARIO Nº: ALTA

A. INÍCIO: 01/02/2011 PRONTUARIO Nº: ALTA

R. ÚMICO-CLÍNICO/CIRURGICO:

R. RESULTADO DE EXAMES:

L. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:  CID:

S. JUNDÁRIO 1:  CID:

S. JUNDÁRIO 2:  CID:

C. CONDUTA REALIZADA:  CONFERÊNCIA ORIGINAL: 31/01/2011

P. RESPONSÁVEL: Samy M. H. S. 31/01/2011

SNP: 07.802.697/0002-44

C. PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERENCIA? SIM ( ) NÃO ( )

C. O MOTIVO DA REFERENCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ( ) NÃO ( )

L. ASS. DO ENCAMINHANTE REG. Samy FUNÇÃO:  DATA: 31/01/2011

L. M. H. S. 31/01/2011 DATA: 31/01/2011 HORA: 14:00

L. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS

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

*Samy - Celan*

L. DATA: 08/02/2011 HORA: 14:00

L. INVESTIGAÇÕES:

L. NOTAS:



ESTADO DO CEARÁ

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



**HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO**

QUIXERAMOBIM - CE

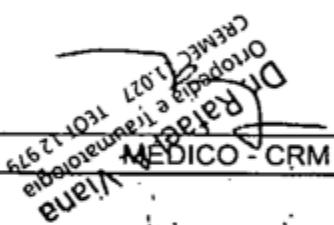
## ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

Francisco Gilberto Firmino  
Silva 01/02/74 com diagnóstico de: Confusão do  
Cotovelo E

o (a) mesmo(a) está necessitando de: 30 ( Trinta ) dias de licença do  
trabalho, a partir da data do atendimento. Ed. 5 50.0

Quixeramobim - CE 01/02/2014



INVESTPREV  
n 8 MAI 2014



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 352 / 2014

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	BOLETIM DE OCORRÊNCIA	*1004026*
Data / Hora da Comunicação: 17/02/2014 08:37:41		
Data / Hora da Ocorrência : 31/01/2014 07:15:00		
Endereço da Ocorrência: <b>ROD MINEROLANDIA A KM 27</b> <b>NAO INFORMADO SENADOR POMPEU /CE</b>		
Ponto de Referência:		

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: <b>FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA</b>	
Nascimento : <b>25/02/1988</b>	
RG: <b>509926344</b> Órgão Emissor: SSP - UF: SP - CPF: <b>04141842389</b>	
Filiação: <b>EDMUNDO RODRIGUES DA SILVA</b> <b>FRANCISCA FIRMINO DA SILVA</b>	
Endereço: <b>SIT FELIÃO 120</b> <b>ZONA RURAL</b> <b>SENADOR POMPEU CE BRASIL</b>	Telefone:

*Histórico*

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citado, o declarante sofreu um acidente de trânsito quando vinha conduzindo a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN KS, cor PRETA, placa OCM-3634, Senador Pompeu/CE, ANO E MODELO 2011/2011, chassi: 9C2JC4110BR710945, licenciada em nome de Gleison Batista de Barros, momento em que o declarante perdeu o controle da referida motocicleta quando o pneu estourou; Que o declarante foi socorrido por populares para o hospital de Senador Pompeu-CH; Que em consequência do acidente o declarante sofreu luxação em cotovelo esquerdo; Que tem como testemunhas as pessoas de: Maria Adriana Sabino da Silva, RG: 2007019022857 e Juraci da Silva Almeida, RG: 169445988; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**  
**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

*EDINILDO FERREIRA LIMA - MAT.: 198785404* *Edinildo Ferreira Lima*  
*Escrivão de Polícia* *198785-1-1*

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *F-gilberto Firmino da Silva*  
**VISTO DO DELEGADO(A):** *JOSE EDILSON DE OLIVEIRA SOBRINHO*

*INVESTIGADO*  
*08 MAI 2014*