

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

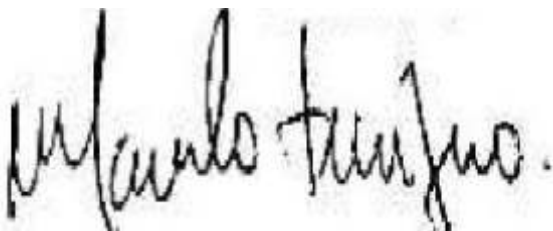
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

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 Vitimas 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 complicação.

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem seqüela 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)

COTOVELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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 2612/145

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 cotovelo 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 sequência.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.


Antonio Benevides Vieira
Médico CRM 6052

Antonio Benevides Vieira - CRM: 5052 - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 0724-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

IDENTIFICAÇÃO RICARDO LUMILETON DALVI

PROIBIDO PLASTIFICAR

Imagem G. J. da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

1951-03105

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 50.992.634-4 DATA DE EMISSÃO 4/MAI/2009

NOME FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

PAZADO EDMUNDO RODRIGUES DA SILVA

E FRANCISCA FIRMINO DA SILVA

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

DEP. ORIGEM SENADOR POMPEU - CE

SENADOR POMPEU

CN: LV.A016/FLS.0233/N.011514

CPF 041418423689

53 Delegado Divisão de

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DE POLÍCIA URGENTE

LEI Nº 7.116 DE 20/08/03

Celso Pinheiro
(85) 9989.0779
(85) 8721.2741

INVESTPREV
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): *Franco*
Celso Francisco do Silva

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

Acidente Motorístico com pedestre e lesão
em M56 e Antebraço e com lesões de
pele

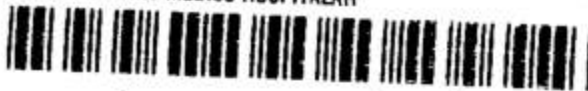
E submeteu-se a tratamento: ☒ Clínico; ☐ Cirúrgico; ☐ Fisioterapêutico; ☐
Conservador; complementando com: *Fisio e Antidoloroso*

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

Membro Inferior E. e 75% em M56

Senador Pompeu *02/05/14*

Dr. Fernando Higor
CRM 12721
INVESTPREV
Dr. Fernando Higor
27 ABR 2014
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): Franisco
Gilberto Firmino da Silva

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

Acidente Motorístico com veículo interno USE
em trânsito a partir de 6

E submeteu-se a tratamento: (x) Clínico; () Cirúrgico; () Fisioterapêutico; (x)
Conservador; complementando com: Exercícios Fisioterapêuticos

Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de
incapacidade funcional irreversível de: 45% - Debitado USE

Senador Pompeu 30104114


Dr. Fernando Higor
CRM: 12721
MÉDICO
7 de MAI 2014
CRM: 12721

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de identificação

RG = 50 992 634 - 4



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 25.02.88

F^{co} Gilberto Firmino da Silva

Profissão Agricultor	Idade 25	Cor PD	Sexo M	Estado Civil Solteiro	Naturalidade S. Pompeu	Nac. SPA
-------------------------	-------------	-----------	-----------	--------------------------	---------------------------	-------------

Residência
Rua Marcela Nova

Pai
Edmundo Rodrigues da Silva

Mãe
Fca Firmine da Silva

Responsável

Telefone: 92214827

O Paciente chegou ao hospital

Atendimento

Data

Hora

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Andando | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> De Automóvel | <input type="checkbox"/> Passando Mal |
| <input type="checkbox"/> Ambulância | <input type="checkbox"/> Comatoso |
| <input type="checkbox"/> Aparentemente bem | <input type="checkbox"/> Com Hemorragia |

SUS

31.01.14

07:15

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Lesão com queixas de dor e
estudo de ant. físico, an. de
trauma. Informar ter sido um tipo
causado por acidente de moto.

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

TEMPERATURA

PESO

MÁX
130

MÍN
80

AUXILIAR

RETAL

TRATAMENTO:

Ultrassom 35 - (IM) 08-00

CONFERE COM ORIGINAL

3401/2014

RESPONSÁVEL - SAME

M.H.S.I.

CNPJ: 07.002.497/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE

Medicação Administrada por:

Fca Justier A. da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 305.889

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Internado |
| <input type="checkbox"/> Em Observação | <input checked="" type="checkbox"/> Transferido |

Exames Complementares

☐ Encaminhado ao Ambulatório

Diagnóstico Definitivo

☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.

☐ Óbito sem tratamento

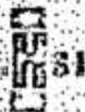
Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico

F^{co} Gilberto S. da Silva

Vicente Ferrer Neto
Médico
CRM 2396

INVESTPREV
8 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

ID. TRITO SANITARIO: 8ª CERE. MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE
 NOME: Fernando Ferreira da Silva TEL: 9258.320
 SEXO: M () F () IDADE: 25 OCUPAÇÃO: Agente de Saúde CEP: 63600-000
 ENDEREÇO: Rua Manoela Nova BAIRRO: João Pessoa CIDADE: Senador Pompeu
 TÍTULO DO ENCAMINHAMENTO: Exame de sangue e urina
 RESULTADO DO EXAMES: Exame de sangue e urina
 CONDUTA JA REALIZADA: Exame de sangue e urina
 PRESSÃO DIAGNOSTICA: 120/80
 ASS. DO ENCAMINHANTE REG. Vicente Ferrer Neto FUNÇÃO Medico DATA 31/01/2014 HORA 11h

AGENDAMENTO

AMIN. HAMENTO PARA ATENDIMENTO: Exame de sangue e urina
 CONSULTA: Exame de sangue e urina HOSPITALAR: () AUXILIO DIAGNOSTICO: ()
 PROCEDIMENTO: Exame de sangue e urina PROFISSIONAL: Medico
 LOCALIDADE DE REFERENCIA: U. A. Q. DATA: 31/01/2014 HORA: 11h

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

LOCALIDADE DE REFERENCIA: U. A. Q. PRONTUÁRIO Nº: 1120 ALTA: 1120
 TIPO CLINICO/CIRURGICO: Exame de sangue e urina
 RESULTADO DO EXAMES: Exame de sangue e urina
 DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Exame de sangue e urina CID: 1120
 SUBDIAGNOSTICO 1: Exame de sangue e urina CID: 1120
 SUBDIAGNOSTICO 2: Exame de sangue e urina CID: 1120
 CONDUTA REALIZADA: Exame de sangue e urina
 POSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: Exame de sangue e urina
 PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERENCIA? SIM () NÃO ()
 MOTIVO DA REFERENCIA COINCIDE COM O DIAGNOSTICO? SIM () NÃO ()

CONFERE COM ORIGINAL
 31/01/2014
 RESPONSÁVEL - SAME
 M. H. ST.
 CNPJ: 07.802.697/0002-44

ASS. DO ENCAMINHANTE REG. Vicente Ferrer Neto FUNÇÃO Medico DATA 31/01/2014 HORA 11h
 LER TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA
 PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
 AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O
 PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

INVESTPREV
 08.MAI.2014

Assinatura: Vicente Ferrer Neto
 Data: 31/01/2014



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 Lima
Silva recebeu atendimento médico em

01/02/14 com diagnóstico de: contusão do
cotovelo E

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

Quixeramobim - CE 01/02/2014

DR. Raimundo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.027 150112979
MEDICO - CRM

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 Nº 551 - 352 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

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: **ROD MINEROLÂNDIA A KM 27**

NAO INFORMADO SENADOR POMPEU /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA**

Nascimento : **25/02/1988**

RG: **509926344** Órgão Emissor: **SSP UF: SP - CPF: 04141842389**

Filiação: **EDMUNDO RODRIGUES DA SILVA**

FRANCISCA FIRMINO DA SILVA

Endereço: **SIT FELJÃO 120**

ZONA RURAL

SENADOR POMPEU CE BRASIL

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-CE; 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.: 198785-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

JOSE EDILSON DE OLIVEIRA SOBRINHO

INVESTPREV
08 MAI 2014