

**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): Natanael Pereira Barbosa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dr Miguel Pinto, 23 000  
Ni Quixeramobim CE CEP: 63800-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2007021014386  
Data local do exame: [ 05/06/2015 ] Ico [ 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 contundente na coluna cervical.**

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

(X) Sim ( ) Não

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

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

(X) Sim ( ) Não

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

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

**Periciando sequelado de trauma contundente na coluna cervical, tratado conservadoramente com uso de repouso e anti-inflamatório e uso de colete cervical pro um período de 30 dias. Paciente teve alta definitiva em 07/03/2014.**

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

(X) Sim ( ) Não

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

**Apresentando bloqueio ativo dos movimentos de flexão, extensão, rotação lateral direita e esquerda da coluna cervical, Presença de diminuição da força do pescoço.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**Coluna Cervical**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 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.

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

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2016

Carta nº: 9127083

A/C: NATANAEL PEREIRA BARBOSA

Sinistro: 3150377552 ASL-0065894/15  
Vitima: NATANAEL PEREIRA BARBOSA  
Data Acidente: 17/02/2015  
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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2016

Carta nº: 9085988

A/C: NATANAEL PEREIRA BARBOSA

Sinistro: 3150377552 ASL-0065894/15  
Vítima: NATANAEL PEREIRA BARBOSA  
Data Acidente: 17/02/2015  
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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2015

Carta nº: 7183145

A/C: NATANAEL PEREIRA BARBOSA

Sinistro: 3150377552  
Vítima: NATANAEL PEREIRA BARBOSA  
Data Acidente: 17/02/2015  
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: NATANAEL PEREIRA BARBOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 0000021128-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 1.687,50

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2015

Carta nº: 7038989

A/C: NATANAEL PEREIRA BARBOSA

Sinistro: 3150377552  
Vítima: NATANAEL PEREIRA BARBOSA  
Data Acidente: 17/02/2015  
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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2015

Carta nº: 6861438

A/C: NATANAEL PEREIRA BARBOSA

**Sinistro:** 3150377552  
**Vitima:** NATANAEL PEREIRA BARBOSA  
**Data Acidente:** 17/02/2015  
**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](http://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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: 11/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: NATANAEL PEREIRA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000021128-2

---

Nr. da Autenticação A7C6D9F19E53C53D



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO



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, Natanael Pereira Barbosa  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2007023014386 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 16/05/2007 E  
 CPF 049612843-43 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO ---  
 E RENDA MENSAL DE R\$ --- (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Natanael Pereira Barbosa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2843 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 023128-2

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.

CAPEMISA

22 ABR 2015  
de 2015Natanael Pereira Barbosa 06 de abril

LOCAL E DATA

Natanael Pereira Barbosa

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG. QUIXERAMOBIM

DATA: 30/03/2015

HORA: 17:01:18

TERMINAL: 28431007

CONTROLE: 284310070498

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2843.013.00021128-2

NOME: NATANAEL PEREIRA BARBOSA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3876691542

NÚMERO DE CONTROLE: 089440626

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil 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](http://www.caixa.gov.br)

CAPEMISA  
22 ABR 2015

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150377552 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NATANAEL PEREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 17/02/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma contundente na coluna cervical

**Descrição do exame médico pericial:** Apresentando bloqueio ativo dos movimentos de flexão, extensão, rotação lateral direita e esquerda da coluna cervical. Presença de diminuição da força do pescoço.

**Resultados terapêuticos:** Tratado conservadoramente com uso de repouso e anti-inflamatório e uso de colete cervical pro um período de 30 dias.

**Sequelas permanentes:** Apresentando bloqueio ativo dos movimentos de flexão, extensão, rotação lateral direita e esquerda da coluna cervical. Presença de diminuição da força do pescoço.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/06/2015

**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
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

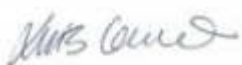
SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



**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**

Nome do(a) Examinado(a): Natanael Pereira Barbosa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dr Miguel Pinto, 23 000  
Ni Quixeramobim CE CEP: 63800-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2007021014386  
Data local do exame: [ 25/05/2016 ] 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)

**TRM CERVICAL.**

**CERVICALGIA, MARCHA ATÍPICA E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DA COLUNA CERVICAL.**

- 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.

**ATENDIDO NA EMERGÊNCIA, IMOBILIZADO E LIBERADO. O PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA.**

**Data da alta: ABRIL DE 2015.**

**QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. CERVICALGIA E LIMITAÇÃO MODERADA DA COLUNA CERVICAL.**

**Complicações: SEM.**

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

(X) Sim ( ) Não

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

**CERVICALGIA E LIMITAÇÃO MODERADA DA COLUNA CERVICAL.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**Segmento da coluna vertebral exceto o sacral**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 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.

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

  
**SaúdeSEG** André de Oliveira Lael  
CRM 16586



A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

## DECLARAÇÃO

Eu, Natanael Pereira Barbosa, portador da carteira de  
Identidade n° 2007021014386 e inscrito no CPF sob o n° 049.612.842-43

Residente e domiciliado na Rua Dr. Miguel Pinto

Cidade: Quixeramobim Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou  
impossibilitado de apresentar: PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUÍDO 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 CIRURGICO REALIZADOS.

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

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvt, para  
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via  
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha  
documentação enviada.

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

Cidade:

Natanael Pereira Barbosa

Assinatura do Declarante

Quixeramobim, 06/04/2015

Local e Data



## Declaração

Eu, Natanael Pereira Barbosa, RG 2007021014386,  
CPF 049.612.842-43, declaro que após ter sofrido acidente provocado  
por veículo automotor de via terrestre, em 17 / 02 / 2015 fui socorrido por  
Populares Telefone: (88)  
3443-3521 e levado ao  
hospital: Regional Dr. Pontes Neto

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

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

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

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

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



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

Local: Quixeramobim UF: Pe Data: 06 / 04 / 2015

x Natanael Pereira Barbosa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

11/07/1964

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME NATANAEL PEREIRA BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO 11/07/1964

JOSE HERACLITO BARBOSA E FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE QUIXERAMOBIM-CE

CERT. NASC. 1107 L AESPC F

554 QUIXERAMOBIM/CE

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N° 7.116 D

0012



Dra. Thaís Cristina Alves Maia  
Fisioterapeuta-Perito cinesiológico-funcional  
CREFITO 6068-LTF



Laudo Funcional para Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

#### I. Informações do Paciente

NOME: Natanael Pereira Barbosa  
CPF: 019.612.843-213

Essa perícia foi realizada por um profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as resoluções, Nº 41 de 18 de junho de 2009 e nº 381, de 03 de novembro de 2010.

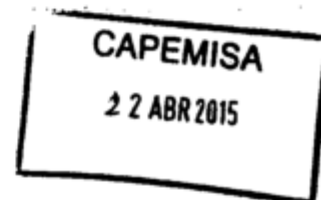
#### II. Histórico do acidente (seqüelas, cirurgias, etc.)

Vítima de acidente de trânsito em: 17/02/15, sofreu:

Acid. de carro onde o mesmo conduzia, sofreu fratura na coluna cervical (C1DM.858)

Submeteu-se a tratamento(s):

- Quesarador (colar cervical)  
- med.  
- Fisiot.



#### III. Exame físico (ADM, Tônus e Trofismo):

ADM pescoço med. p/ rotações p/ direita 100% p/ dor, e 30% p/ demais movimentos. P.t. reflete dor constante.

#### IV. Conclusão

Segundo o previsto no inciso II, do §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31 da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento acometido, apurando de modo global ou setorial.

**1ª Lesão:** Transtorno de ansiedade

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ☒ ) 75% grave

**2ª Lesão:**

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

**3ª Lesão:**

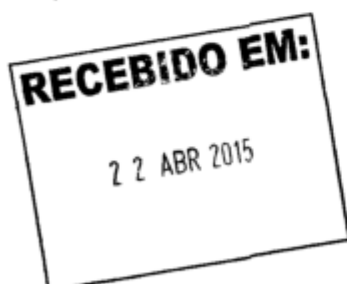
Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

**4ª Lesão:**

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

Informações complementares:

Quixerambim - A., 31 de Março de 2015



Thaís  
Dra. Thaís Lustina Alves Maia  
Fisioterapeuta  
6068-LTF

Fisioterapeuta  
CREFITO  
6068- LTF

Email: [thaismaiafisio@gmail.com](mailto:thaismaiafisio@gmail.com) - Contato: (88) 99270493

Clínica Equilibrium – Fisioterapia Integrada

Rua- José de Queiroz Pessoa, 2585 – Planalto Universitário – Quixadá - CE





# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS  
**HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO**  
FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com  
Quixeramobim - Ceará



## RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: NATANAEL PEREIRA BRAGA

Rx

Uso oral

① PARACETOL 150 mg ——— 1cx  
TOMAR 2 cp de 12-12h Por  
5 dias

② MORFIN 10mg ——— 1cx  
TOMAR 2 cp de 12-12h Por  
5 dias

17  
02  
15

Dr. Jackeline Aragão  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 17401



SEU MEDICAMENTO  
NA HORA CERTA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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

**COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.**

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217  
Quixeramobim - Ceará.

CAPEMISA  
22 ABR 2015



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 NATHANAL PONTES BARBOSA

recebeu atendimento médico em

17 / 02 / 15 com diagnóstico de: M 85.8

o (a) mesmo(a) está necessitando de: 04 ( Quatro ) dias de licença do trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim - CE 17 / 02 / 15

Dr. Jackirlei Aragão  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 11407

MÉDICO - CRM

CAPEMISA  
22 ABR 2015

Pa: 120/80mmHg



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



Data: 17-02-2015 Horário: 22:21 Nº 49

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nictanarel Pereira Barbosa

Estado Civil: Solteira Sexo: mulher Idade: 20 anos

Data de Nascimento: 11-07-94

SUS: 16425192470 0000-1

Naturalidade: Quixeramobim-CE

Profissão:

Residência: Dr. Miguel Pinto, 23 Bairro:

2 - Diagnóstico:

Distúrbio de conduta hemato

3 - Procedimento:

nome como anex

João P. Torres Filho  
Médico  
CREMEC 13132  
ASSINATURA

5

1. Distúrbio de conduta hemato (23:20)
2. Distúrbio de conduta hemato (23:20)
3. Rx como anex AP/pul

CAPEMISA  
22 ABR 2015

João P. Torres Filho  
Médico  
CREMEC 13132



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Natanael Pereira Barbosa  
RG nº 2007021014386, data de expedição 16/05/2007, Órgão SSP/AC  
CPF nº 049.612.842-43, venho perante a este instrumento declarar que não  
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em  
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Dr Miguel Pinto</u>
Número	<u>23</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Quixeramebim</u>
Estado	<u>Perná</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3441-3521 (88) 92451228 (88) 92788940 (88) 99010887</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quixeramebim 06/04/2015.

Assinatura do Declarante: Natanael Pereira Barbosa



691084-0

Para agitar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

coelce

373263813

21/01/2015

16 28030 05 137000 - 7

FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

RUA DR MIGUEL PINTO 00023

- QUIXERAMOBIM - 63800000

2356877

0000 0000

01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

0,00

190924403-10

Mês de Referência

Próxima Leitura

QUIXERAMOBIM

No. 2014

E282 3,71

Jan/2015 21/01/2015 23/02/2015

Linha 1: 0,00

ISENTO

5,79 0,00 3,00 1,00 0,00 3,00

1,55 3,00 3,00 1,00 0,00 0,00

7F90.046C.0443.0150.058F.505F.A659.B1EB

3,37 6,00

31400

31301

1,00

100

0,00

10

10

0,22495

1,41

21-01-15

22-12-14

30-11-13

100

10,57

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL

33,64

DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA

-18,07

MULTA MORATORIA REF 12/2014

0,38

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,45

JUROS DO MES

0,87

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

10,77

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

0,18

VENCIMENTO 02/02/2015

TOTAL

PAGAR (R\$)

33,22

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	13,98
Transmissão .....	0,24
Distribuição .....	0,24
Encargos Setoriais .....	0,77
Tributos (TOM, PIS, COFINS) ...	0,37
TOTAL .....	30,22

116	102	101	102	130	130	115	129	105	91	113	133	146
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)Consumo consciente (kg CO<sub>2</sub>) = consumo de energia elétrica (kWh) x fator de emissão do Coelce

Emissão kg(CO <sub>2</sub> )	Compensado kg(CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (% CO <sub>2</sub> )
44,08	0,00	0

## informações importantes e avisos de vencimento

## CONTAS EM ATRASO

## REAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 33,22, conforme art. 172 do Reg. nº 414/10, podendo ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será enviada a relação definitiva.

## DÉBITOS ANTERIORES

Mês-Ano	Valor R\$
12-2014	33,21

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Conta desta fatura R\$ 0,27 referente a PIS e COFINS.

Seu NIS está desatualizado. Regularize-o junto ao CRAS do seu município, ligue para a Coelce no 08002850196 e atualize seus dados.

Nº do Cliente: 691084-0

Referência: Jan/2015

Data de Emissão: 21/01/2015

Total a Pagar (R\$): 33,22

Nº da Nota Fiscal: 373263813

Nº de Controle: 000001004 00000 20153 04

CAPEMISA  
22 ABR 2015

# Ato Declaratório



Pa: 120/80mmHg



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



Data: 17/02/2015 Horário: 22:21 Nº 49

## 1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Natanael P. Pereira Barbosa  
Estado Civil: Solteiro Sexo: masculino Idade: 20 anos  
Data de Nascimento: 11/07/94  
SUS: 16425192470 0000-1  
Naturalidade: Quixeramobim-CE  
Profissão:  
Residência: Rua Miguel Pinto, 23 Bairro:

## 2 - Diagnóstico:

Vitima acidente de trânsito

## 3 - Procedimento:

Atende como curador

João P. Torres Filho  
Médico  
CREMEC 13132  
ASSINATURA

18

1. Discharge 26-02-15 (23:25)
2. Discharge 27-02-15 (23:25)
3. Rx como curador AP/puz

CAPEMISA  
22 ABR 2015

João P. Torres Filho  
Médico  
CREMEC 13132

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Natanael Pereira Barbosa, portador da carteira de identidade nº 2007021014386 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049.632.842-43, residente e domiciliado na Rua Dr. Miguel Pinto, Cidade Quixeramobim, Estado Ceará, 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:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Natanael Pereira Barbosa

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Quixeramobim, 06/04/2015.

Local e data





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1251 / 2015**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **16/03/2015 10:24:17**  
Data / Hora da Ocorrência : **17/02/2015 22:21:17**  
Endereço da Ocorrência: **NA ESTRADA DA CIDADE DE BANABUIU**

**NAO INFORMADO QUIXADA /CE**

Ponto de Referência: **CE 060**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **NATANAEL PEREIRA BARBOSA**  
Nascimento : **11/07/1994**  
RG: **2007021014386** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF:  
Filiação: **JOSE HERACLITO BARBOSA**  
**FRANCISCA PEREIRA DA SILVA**  
Endereço: **R DR MIGUEL PINTO 23**  
**DURQUE DE CAXIAS**  
**QUIXERAMOBIM CE BRASIL** Telefone:

**Histórico**

QUE ESTAVA CONDUZINDO VEICULO MODELO GM/ CORSA HATCH JOY, COR PRATA, ANO/MODELO 2007/2007, PLACA HWY 1134, CHASSI 9BGXL685078258580, LICENCIADO EM NOME DE JACY CHAGAS PINTO, QUE NO LOCAL DO SINISTRO JÁ TINHA OCORRIDO UM OUTRO ACIDENTE, OCASIÃO EM A PRE ESTAVA ESTAVA SINALIZANDO A CE, MOMENTO EM QUE O CONDUTOR SINALIZOU PARA O LADO ESQUERDO UM CAMINHÃO QUE VINHA LOGO ATRAZ COLIDIU CONTRA O VEICULO ACIMA MENCIONADO, QUE FOI SOCORRIDA PELA PRE( POLICIA RODOVIARIA DE ESTADUAL).

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:** 

**"ESCRIVAO AD HOC"**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Natanael Pereira Barbosa

**VISTO DO DELEGADO(A):** \_\_\_\_\_

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

