

1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOV. GERAL - MINISTÉRIO DAS CIDADANIA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA	
	DOS EXERCÍCIOS / COM ENDEREÇO Nº 354514992 CEP CE
	CIVILIDADE / DATA DE NASCIMENTO 754.776.023-60 09/12/1975
	NACIONALIDADE MAXIMIANO LOPES DESOUZA. MARIA RODRIGUES DE SOUZA
PROFISSÃO [REDACTED]	ACESSO [REDACTED]
DATA DE EMISSÃO 05/08/2013	VIGÊNCIA 20/01/2015
1ª EMISSÃO 12/08/2010	
OBSERVAÇÃO: <i>Jucenildo Rodrigues de Sousa</i> ASSINATURA DO DETENTOR	
LUGAR BONRAL, CE	Data de Cadastro 22/08/2013
Assinatura do Titular <i>(Signature)</i> JUJO PERO COLOCATURA NO CARTÃO	
Número da Carteira 37807336453 CE127060197	

FEDERAL SEGUROS
25 JAN. 2013

[illegible]

CENº 9135782361		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ERILANE MENDES CARNEIRO *****		EXERCÍCIO ****	
CPF / CNPJ *****		PLACA CE	
SOBRA *****			
00373368356		HWY3231	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
CENº 9135782361		EZCIGIO 258782361	
VERILANE MENDES CARNEIRO *****		PLACA ****	
TRENDRA *****		MARCA DO VEICULO ***	
ANO FABR / CATÁLOGO 02 00873368356		Nº DANSS HWY3231	
75100-1702 - PREMIAÇÃO ANUALIZADA			
FNS (RS) 2000 09		DENATRAM (RS) 902HAB700YR041022	
CUSTO DO BILHETE (RS) *****		CUSTO DO SEGURO (RS) *****	
PAGAMENTO *****		DATA DE QUITAÇÃO *****	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input checked="" type="checkbox"/> PRO BILHETES	
Seguradora Líder dos Consórcios DO SEGURO DPVAT-S/A			
FOTOGR. CNPJ: 09.248.608/0001-04			

Seguradora Líder dos Consórcios
DO Segurador DPVAT-S/A
 MOTOR - CNPJ: 09.248.608/0001-04

FEDERAL SEGUROS
25 JAN. 2013

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jucenildo Rodrigues de Sousa, portador da carteira de identidade nº 254574992 e inscrito no CPF/MF sob o nº 754.776.023-68, residente e domiciliado na Ra Santa / Anzias, Cidade Santa Quiteria, 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:

☒ 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 Lider 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.

OUTROS

1004054



JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Quiteria, 14/01/13

Local e data

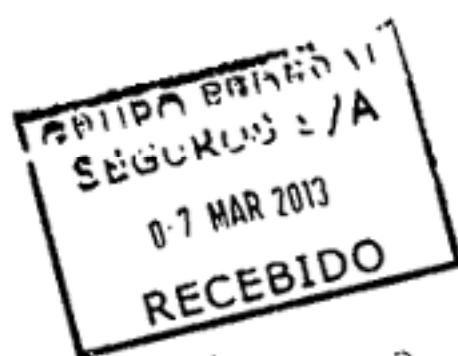


Memoranda de Serviço

Por este instrumento de recibo de declaração, em abaixo assinado, Sr. (a) Jucenildo Rodrigues de Sousa, brasileiro (a), portador (a) do RG n. 251514992 expedido por SSP-CE, CPF n. 754776023-68 declaro para os devidos fins e repetir em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na Rua: Rua DA CONEXÃO, bairro PARQUE SILVANA II, na cidade de Sobral, estado CE sob CPF 022800000

Declaro ainda, em respeito de direito por qualquer propósito que porventura a Seguradora Centuros Vida e Previdência possa ter, no presente e no futuro, todas as informações acima mencionadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus devidos efeitos.



Sobral, 30 de 01 de 2013

* Jucenildo Rodrigues de Sousa

(88) 96050721
(88) 9942943

DECLARAÇÃO DE REMARCAÇÃO DE RESIDÊNCIA

OUTROS

1004054

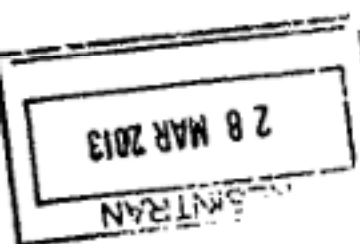


Por este instrumento particular de declaração, eu abaixo assinado, Sr. Jucenildo Rodrigues de Sousa, brasileiro (a), portador(a) do RG n. 254514942, expedido por SSP-CE, CPF n. 754.776.023-68 declaro para os devidos fins e repetir em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na RUA: Rua DA CONVOCAÇÃO, bairro PARQUE SILVANA II, na cidade de Sobral, estado CE, sob C.T.P. n. 82280000.

Declaro ainda, e me responsabilizo por qualquer prejuízo que por ventura a Seguradora Centauros Vida e Previdência possa ter, no presente e no futuro, face às informações acima prestadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

Santa Quitéria, 30 de 06 de 2013



Jucenildo Rodrigues de Sousa

(88) 96050721
(88) 99429431



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

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, Jucenildo Rodrigues de Sousa
PORTADOR / A DO RG Nº 254514992 EXPEDIDO POR SSP-CE EM / / E
CPF 734746023-68 / CNPJ - - , PROFISSÃO AUX
de Serviços E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jucenildo Rodrigues
de Sousa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA 04588 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-CORRENTE 528637-9

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO**
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Santa Quilena DATA 14/01/13

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA

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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep). Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204. A Circular Susep nº 380/08, 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.

**Bradesco****Dia & Noite**

BUN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA CORRENTE

TEPM.039861

JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA
AGENCIA 0458 CONTA 0628637-9

10:38 HRS
14/JAN/2013

DISPONIVEL	
+ CONTA CORRENTE	1,07
= TOTAL DISPONIVEL	1,07
SALDO TOTAL	1,07
SALDO DISP. P/INVEST.	1,07

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022/0800 670 0022.
SAC Alô Bradesco - 0800 7048383.
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 7220099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 796 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **16/01/2013 09:27:15**
Data / Hora da Ocorrência : **02/12/2012 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R. CEL. DIOGO GOMES**
CENTRO SOBRAL / CE
Ponto de Referência: **PROX. AO BOI E CIA.**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOCENILDO RODRIGUES DE SOUSA**
Nascimento : **09/12/1975**
RG: **254514992** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
Filiação: **MAXIMIANO LOPES DE SOUSA**
MARIA RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: **R. GALERIA PRINCESA ISABEL 590**
P. SILVANO II
SOBRAL, CE BRASIL.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Telefone:

Histórico

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO LOCAL, DATA, HS, ACIMA CITADOS, SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO, QDO PILOTAVA A MOTO HONDA C 100 BIZ, ANO 2000, VERMELHA, PLACA HWY 3231, CHASSI Nº9C2HA0700YR041022, DOCUMENTO DA MOTO EM NOME DE ERILANÊ MENDES CARNEIRO., QUE, NA SUA MOTO QDO, UMA PESSOA EM OUTRA MOTO BATEU NO GUIDON DA SUA MOTO NO LADO DIREITO E QUE PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU; DIZ QUE FRATUROU O OMBRO DIREITO. QUE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL. SANTA CASA DE SOBRAL. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 013015-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

FEDERAL SEGUROS
25 JAN. 2013

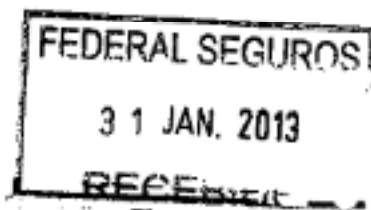


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Por este instrumento particular de declaração, em abaixo assinado, Sr. (a) Jucenildo Rodrigues de Sousa, brasileiro (a), portador(a) do RG n. 254514992 expedido por SSP-CE, CPF n. 754776023-68 declaro para os devidos fins e repetir em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na Rua: Rua DA CONSOLAÇÃO bairro PARQUE SILVANA II na cidade de Sobral estado CE sob CEP n. 62280000

Declaro ainda, e me responsabilizo por qualquer prejuízo que porventura a Seguradora Centauros Vida e Previdência possa ter, no presente e no futuro, face as informações acima prestadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.



Santa Quitéria, 30 de 01 de 2013

Jucenildo Rodrigues de Sousa

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

Atenção: A finalidade deste relatório é agilizar a invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



Nome completo da vítima:

Jacemilte Rodrigues de Souza

Número do sinistro

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do Acidente:

Data do início do tratamento:

Nome completo e CRM do médico:

Frederico Carneiro L. B. Cruz CRM 4285

Lesões resultantes do acidente:

Fratura do punho do
ou braço direito

Dados resumidos do tratamento:

1to curativo

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente? () sim (x) não

No caso de afirmativo descrever:



Com relação a invalidez pode-se concluir que:

() A invalidez é temporária, portanto passível de recuperação significativa ou cura através de tratamento

(x) A invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

Segmento anatômico ou órgão afetado

1°	João + Dextro punho +
2°	punho + braço direito
3°	fratura do punho do
4°	60%. punho M.D.
5°	

Afirmo que assisti e/ou avalei a vítima no período de _____ a _____ e

Santa Rita 16.1.2013

Local

Data

Fco Tarcisio L. Bruno
F. MEDICINA TRAUMATOLOGIA
CRM 4285

- Assinatura e Carimbo

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Santa Rita

Local

16.01.13

Data

Julio Rodrigues de Sousa

Assinatura da Vítima





SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Aten: 3317079 Dt. Atende: 02/12/2012 - 20:05
Reg.: 3317079 Dt. Nasc: 09/12/1975
Nome: JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA
End.: R. DA CONSOLAÇÃO 655
PARQUE SILVANA II; SOBRAL-CE; CEP: 62040641

ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Alto

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 20:00h

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

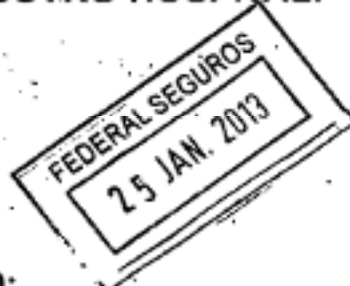
- ☒ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐ CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO
☐ TEM PLANO DE SAÚDE
☒ SAMU
☐ CARRO
☐ DEAMBULANDO
☐ OUTRAS AMBULANCIAS
☐ MOTO, BICICLETA...

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS



Rec. Santa Casa de M. de Sobral
CONECTE COM O ORIGINAL
15/12/2012
Mônica de C. Gomes

HDA DO ACOLHIMENTO:

Paciente vítima de acidente moto-moto com trauma ms (braço) + fratura (mão)
alguém não muito auxiliar de 30min. não esquece + emissor + local.

PA: 100/60 PULSO: 90 FR: 20 TEMP.: 36,5 PESO: 70

TIPO DE ACIDENTE: Qtd de Arg 10TA Antônio Louca de Sousa

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento
☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde? de cima
☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos farmacêuticos
☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Alcool ☐ Elétrico
☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
☐ Carro - ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Moto: ☒ com capacete ☐ sem capacete
☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico
☐ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

ALTA DO PACIENTE

INTERNO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO ☐ OUTROS ☐

OBSERVAÇÃO: DESTINO

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA ☐ COM MEDICAÇÃO ☐ SEM MEDICAÇÃO ☐ ALTA COMPLEXIDADE ☐ INTERNAÇÃO ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

<input type="checkbox"/>	CLÍNICO	<input type="checkbox"/>	CARDIOLOGICO	<input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/>	ODONTOLÓGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	TRAUMAT. ORTOPÉDICO	<input type="checkbox"/>	OTORRINO	<input type="checkbox"/>	ODONTOLÓGICO
<input type="checkbox"/>	TENTATIVA DE SUÍCIDIO	<input type="checkbox"/>	OUTROS				

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Ass. Médico CRM

DIAGNÓSTICO:

CONDUCTA:

HDA/DO MEDICO:

HORA DO ATENDIMENTO MEDICO:

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA

☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL

☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

TIPO DE TRAUMA

FEDERAL SEGUROS

25 JAN. 2013

Ata da Sessão de M. de Socorre
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2013058974

Nome da Vítima: JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA

Local: SOBRAL-CEARÁ

Data do Acidente: 02/12/2012

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

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

(x) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Ombro 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.

Incapacidade de flexão, extensão, abdução, rotação externa e interna de ombro direito em decorrência de ruptura dos tendões subescapular e supraespinhal além de bursite subacromial e bursite subdeltóideana.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos (x) Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

Fisioterapia motora após procedimento cirúrgico.

b) Exames Complementares () Sim (x) Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

☐ Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

Limitações na flexão, extensão, rotação interna e externa e na abdução do ombro direito.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

☐ Sim ☒ Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

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

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

☐ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

☐ Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

☒ Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento

corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Médio (x) 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame medico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

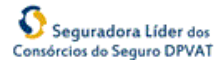
Nome do Médico: CICERO GIGLIANE BEZERRA SARAIVA

Registro no CRM: 10425

Local e Data do Exame

Sobral-Ce, 12 de abril de 2012.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013058974	Cidade: Sobral	Natureza: Invalidez
Vítima: JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA	Data do acidente: 02/12/2012	Emissor do parecer: Reginaldo Wanis
Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A	Prestadora: Visão Médica Ltda	CRM do médico: 436856

PARECER

Data da análise: 14/02/2013**Valoração do
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** FRATURA DE OMBRO DIREITO**Resultados
terapêuticos:** A ESCLARECER**Sequelas
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:** PERICIA ESPECIAL CE**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** REGINALOD WANIS**UF do CRM do
médico:** RJ

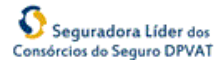
DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013058974	Cidade: Sobral	Natureza: Invalidez
Vítima: JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA	Data do acidente: 02/12/2012	Emissor do parecer: GALDINO LEONARDO
Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A	Prestadora: SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.	CRM do médico: 10425

PARECER

Diagnóstico: Lesão em ombro direito com ruptura dos tendões subescapular e supraespinhal além de bursite subacromial bubdeltoideana.

Descrição do exame médico pericial: Limitações intensa na flexão, extensão, rotação interna e externa e na abdução do ombro direito

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador e realizará tto cirurgico, com posterior Fisioterapia motora

Sequelas permanentes: Dano em relação aos movimentos do ombro direito

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 12/04/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: CICERO GIGLIANE BEZERRA SARAIVA

UF do CRM do médico: CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	75

Valor avaliado: 2.531,25