

25/04/2013

- BANCO DO BRASIL -

9:04:57

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: CRÉDITO EM CONTA DE POUPANÇA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 00.000.611.000-2

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 18/04/2013

NÚMERO DO DOCUMENTO: 123456789012

VALOR TOTAL: 1.518,75

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

CLIENTE: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

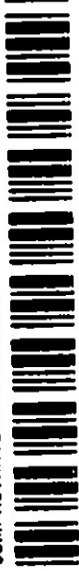
BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.

AGÊNCIA : 2.761-8

CONTA : 00.010.014.264-8

=====

Nr. Autenticação: 6.3B1.FE0.BE2.C63.979



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Por este instrumento particular de declaração, eu abaixo assinado,  
Sr.(a) NACES FRAVESCIO DE SOUZA CROZ, portador (a) da carteira de  
Brasilteiro (a), profissão ---, CPF nº. 329.087.452 declaro para  
identidade nº. 27501810 e CPF nº. 329.087.452 declarar para  
os devidos fins, e repetirei em juízo se necessário for, que sou residente e  
na  
domiciliado  
Rua: PU. ANGILO Bairro LOMA RURAL Cidade  
Número 210 Código de Endereçamento Postal  
de LAGOA DO SÍTIO UF PAU  
(CEP) nº. 64301-000

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

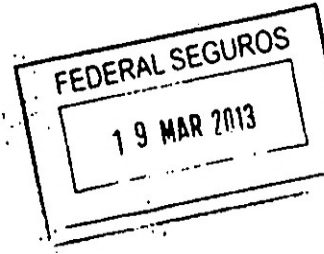
Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que  
surta seus efeitos legais.

Cidade: LAGOA DO SÍTIO UF PAU de 10 de 2012

L. Nair F. Fravescio de Souza Croz  
(assinatura)

OBS: Número de telefone ou complemento de endereço: (89) 3465.2303/9414-3

9400.3595





Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

499 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122450.000982/2012-60

Unidade Policial: 7ª DELEGACIA REGIONAL - VALENÇA Resp. pelo Registro: Raimundo Nonato De Oliveira Rufino  
Delegado: MAYCON JESUS SILVA BRAGA Data/Hora: 16/10/2012 - 13:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
7ª DELEGACIA REGIONAL - VALENÇA Data/Hora  
13/10/2012 - 11:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LAGOA DO PIAUI

Endereço

RUA MARIA DONA, Nº:

Complemento

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: NACES FRANCISCO DE SOUSA CRUZ

RG: 275018106 SSP PI

Mãe: HELENA DE SOUSA

Pai: FRANCISCO DE MARIA BARNABÉ DA VERA CRUZ

Endereço: AV MUNDICO FELIX, Nº 25

Complemento: BAIRRO ANGICO

Cidade: LAGOA DO SÍTIO

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

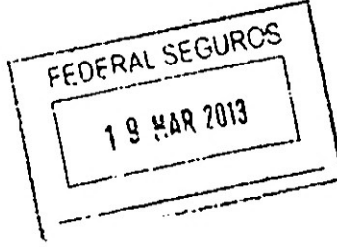
|            |         |      |         |                   |           |          |
|------------|---------|------|---------|-------------------|-----------|----------|
| Marca:     | Modelo: | Ano: | Placa:  | Chassi:           | Renavam:  | Cor:     |
| 1 - HONDA. | CG 125  | 2003 | LVY0050 | 9C2JC30213R512802 | 800577108 | Vermelha |

RELATO DA OCORRÊNCIA

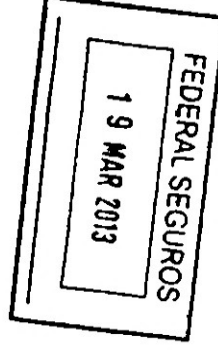
A vítima compareceu a esta 7ª Delegacia Regional de Polícia Civil de Valença do Piauí-PI e relatou que dia 13.10.2012 se deslocava no veículo tipo moto Honda CG 125 titan kse placa LVY 0050, chassi 9c2Jc30213R512802, cod RENAVAN 800577108, de propriedade de Bernardo Elias de Aguiar Filho- CPF 962 393 603-68, na rua Maria Dona em lagoa do Sítio-PI quando foi abalroado por outra motocicleta não identificada que o condutor evadiu-se; Que em consequência da queda sofreu os seguintes danos físicos: Traumatismo de ombro direito com entorse e edema, traumatismo de antebraço esquerdo com lesão entorse e edema, traumatismo de pé esquerdo com fratura de 5ª metatarso 13 proximal com hematoma e edema e escoriações múltiplas pelo corpo.

Raimundo Nonato De Oliveira Rufino - Mat. 1083104  
AGENTE DE POLÍCIA

NACES FRANCISCO DE SOUSA CRUZ - Notificante  
Responsável pela Informação



MAYCON JESUS SILVA BRAGA  
Delegado de Polícia



# DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder do  
Carterio do Seguro DPVAT  
www.liderseguros.com.br

1004039

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



DO SINISTRO:

O formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomendamos o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

NOMES (SOBRENOME) DE SOUZA CRUZ  
 AUTOR / A DO RG Nº 27.501.810-6 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 27 MAR 91  
 Nº 212102121212-12 / CNPJ 00000000-00 - PROFISSÃO  
 E RENDA MENSAL DE R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR  
 REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA NACES FERNANDES DE  
 SOUZA CRUZ, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT  
 EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 231 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 2161-8 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA 44.264-6

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 241 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUI 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 SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES  
 ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

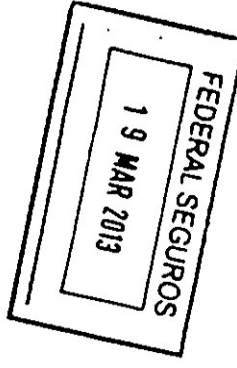
LOCAL LAGOA DO SÍTIO DO PAU DATA 16/10/13

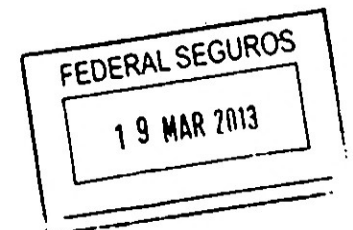
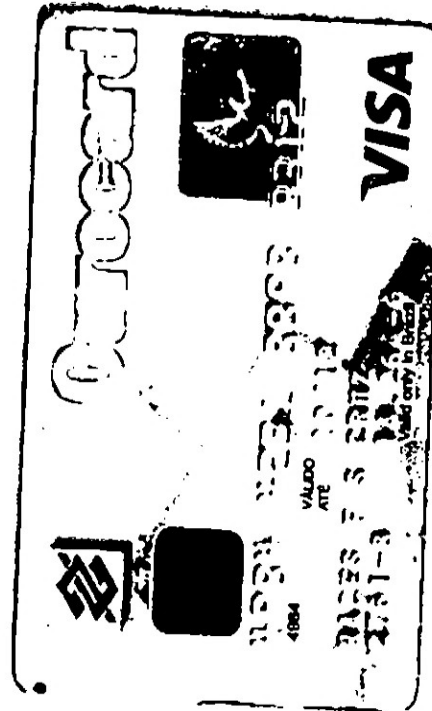
ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Naci Fernandes de Souza Cruz

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 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 andamento do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

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 tabela de renda mensal.





OUTROS



## AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº. 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta Companhia a ocorrência do acidente em questão:

Nome da Vítima: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

A Vítima era:  
☒ Motorista ( ) Passageiro ( ) Pedestre

O resultado do acidente foi:  
 ( ) DAMS ( ☒ ) IPA ( ) MAC

Em cumprimento ao item 10 da resolução nº. 01/75 do CNSP, segue junto ao presente aviso de sinistro os documentos listados abaixo:

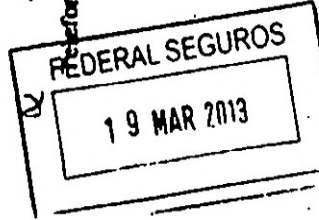
Documentos necessários nos processos de:

| DAMS   | IPA   | MAC  |
|--|---|--|
| Aviso de Sinistro  | Aviso de Sinistro   | Aviso de Sinistro  |
| Ficha de Representante Legal   | Ficha de Autorização do Crédito   | Ficha de Autorização do Crédito  |
| Ficha de Autorização de Crédito  | Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência  | Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência                             |
| Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência   | Cópia do RG/CPPF da vítima  | Cópia do RG/CPPF da vítima   |
| Cópia do RG/CPPF da vítima   | Comprovante de residência da vítima   | Certidão de óbito  |
| Comprovante de residência da vítima  | Lendo do I.M.L. ou declaração de incidência de I.M.L. acompanhado de Relatório médico qualificando as sequelas. | Laudo cadavérico (caso o óbito não tenha ocorrido na data do acidente) |
| Termo de Cessão de Direitos  | Procuração (caso exista)  | Documento comprobatório do(s) beneficiário(s) legal (sib)              |
| Nota Fiscal emitida pelo Hospital  | Cópia do RG e CPF do procurador (caso exista)   | Cópia do RG e CPF do(s) beneficiário(s) legal (sib)                    |
| Fatura Hospitalar  | Comprovante de residência do procurador (caso exista)   | Comprovante de residência do beneficiário(s) legal (sib)               |
| Relatório Médico (caso existam)  | Relatório de 1º atendimento hospitalar  | Procuração (caso exista)   |
| Relatório Médico de 1º Atendimento   | Relatórios hospitalares de evolução em internação (prestarbo médico).   | Cópia do RG e CPF do procurador (caso exista)                          |
| Relatórios Complementares  | OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.   | Comprovante de residência do procurador                                |
| Seguimentos e Laudos de Exames (caso existam)  |   |  |
| Documentos Comprobatórios da Entidade Hospitalar (ATA, Exame, Contrato Social, etc.) |   |  |
| Documentação de Identificação do Representante Legal da Instituição (Hospital)       |   |  |

Nota: Para cada vítima deverá ser emitido um Aviso de sinistro, mesmo que tenha havido diversas vítimas no mesmo acidente.

Local do Aviso LAGOAPR Data 27.11.10 Local Terminica UF PI Data 16.03.13

Assinatura do Beneficiário Nacíel Francisco de Souza Cruz Visto do Funcionário MA



Telefone para contato com a vítima/beneficiário/procurador: (89) 3465.2303/99414-3143  
9900.399

Guilherme do Nascimento

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, WACE S. FRANCISCO DE SAUZ portador da carteira de  
Identidade nº 27.509.812 inscrito no CPF/MF sob o nº 329.1082.459.19 CRUZ  
residente e domiciliado na RUA AUGUSTO declaro, sob as penas da lei, que  
Cidade LAGOA DO SITI Estado PAU  
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 residio não realiza perícias para fins de  
prova do Seguro DPVAT; ou

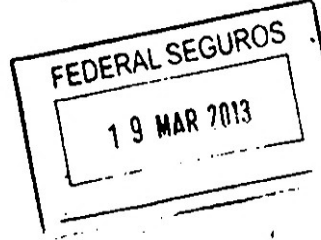
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio realiza perícias com prazo  
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Dedero 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.

Wace S. Francisco de Souza Cruz

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



LAGOA DO SITI PAU 16/03/12

Local e data



150000

[illegible]

**Emusbo**

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

MANASSE RANGIS, DEO UZA ERUZ



ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE DEBATERIO E CANDO CONSULTOR DAUT

UNCA PEDRATIVA DO BRASIL

FEDERAL SEGUROS  
19 MAR 2013

## Documento

## Notes

**Cadastro de Pessoas Físicas**  
**Número da inscrição**

### Misurato da Incertezza

**CF**

சென்னை நகராட்சி நிர்வாகப் பேரவை

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

27.501.810-6

| DATA CH |
|---------|
|---------|

12

27.501.810-6 DATA DE 27/MAR/91

FRANCISCO DE SOUZA CRUZ  
FRANCISCO DE MARIA BARNABE DA  
VERA CRUZ  
E HELENA DE SOUSA

## NATURAL SOUND

VALENÇA DO PIAUI -PI

VALENCIA PI

VALLEY

CC=LV.B4 -/FLS.16V /N.000859

DATA 82 NA: CEMENTO

05/MAI/1964

AGÊNCIA TURCA DO DIÁLOGO

116 OF 79088



**Ministério da Fazenda**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 329.082.455-15

Nome da Pessoa Física: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:33:41 do dia 18/03/2013 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 3144.CDF6.4F14.830E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



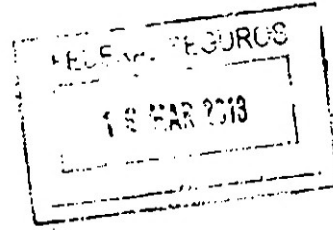


# SUS SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional Eustáquio Portela

PRONTO SOCORRO

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Nome: <u>Naves Francisco da Souza Cruz</u>   | Idade: <u>24</u> <u>anos</u>    |
| Endereço: <u>Angicos (L. Sítio P.)</u>   |                                 |
| Dados Clínicos: <u>Doença crônica (transfusão de sangue) em estágio avançado, com sintomas de anemia, fraqueza, tontura, náusea, vômito, perda de peso, etc.</u> |                                 |
| Diagnóstico: <u>Síndrome de Angiotensina II com sintomas de anemia, fraqueza, tontura, náusea, vômito, perda de peso, etc.</u>                                   |                                 |
| DATA: <u>13, 10, 12</u>  | MÉDICO: <u>Dr. [Assinatura]</u> |



## DECLARAÇÃO NÃO INTERNADO

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a) **NACES FRANCISCO DE SOUSA CRUZ**, deu entrada no pronto socorro do Hospital Regional Eustáquio Portela de Valença do Piauí, no dia **13/10/2012** vítima de acidente de motocicleta, politraumatizado, com traumatismo de ombro direito com entorse e edema; traumatismo de antebraço esquerdo com lesão, hematoma e edema; traumatismo de pé esquerdo com fratura de 5º metatarso 1/3 proximal, hematoma e edema; e escoriações múltiplas pelo corpo não sendo necessário internação do mesmo.

Conforme laudo em anexo.

Valença do Piauí, 15 de Janeiro de 2013.

Valdeir Antonio M. de Oliveira  
MÉDICO  
CRM 2640  
CEP 280.133-72

**H R**  
**E P**

**SUS** ESTADO DO PIAUÍ  
**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**  
VALENÇA DO PIAUÍ  
**RECEITUÁRIO**

**NOME:**

- Afonso José Francisco  
 do Sousa Cruz, nascido  
 do parto de sua esposa  
 do nome de 30thent de  
 presidente do Estado do  
 Rio de Janeiro, 15/10/1912

~~SECRET~~  
~~CONFIDENTIAL~~

VACINE SEU FILHO AGORA. PARA NÃO SE ARREPENDER DEPOIS.

FEDERAL SEGUROS  
19 MAR 2013

Nome: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

Requisitante:

Data: 15/10/2012

Nº.: 23519

XAME: RX DO PÉ ESQUERDO (02 INC.)

## RELATÓRIO

Textura óssea reduzida.

Fratura oblíqua incompleta do 5º metatarsiano.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares conservados.

Entesopatia plantar de calcâneo.

Aumento de volume das partes moles.

GEORGE DE PAULA BERNARDINI NETO

CROM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - FoneFax (88) 3465-1201 - Valença do Piauí

FEDERAL SEGUROS  
19 MAR 2013

**Dr. Paulo Roberto de Azevedo**  
Clínico Geral  
CRM-Pi - Nº 26401 - CPF 497.280.133-72  
Consultório: Rua Arlindo Nogueira, 702 - Centro  
Fone: (89) 3465-1353 - Valença do Piauí-Pi

## RECEITUÁRIO

NOME: Vítor Francisco da Silva Cruz

Paixante palestrenant, z=da (Toune d'un de ombre)

② Com entorse e edema, traumatismo de ante-  
 braço ③ com lesão, hematoma, edema, trauma-  
 tismo do pé ④ com fratura 5ª metatarsiana, 3 pro-  
 ximal, hematoma, edema e estenose com multi-  
 ples pilos (verbo) e outros, data outubro 13/10/12  
 • 13/10/2012 - Imobilização do MTE com tala ges-  
 sada, e curativos diários.

29/12/2012 - After Definitive is T+0

Boiante apresenta natureza de capital de giro  
do MZB (divida-travestida - de p<sup>re</sup> E) em favor  
na de S<sup>o</sup> autotento 1/3 proxima (bem f... e ide...  
tra) no momento de liquida... o proximo...  
mente 90%.

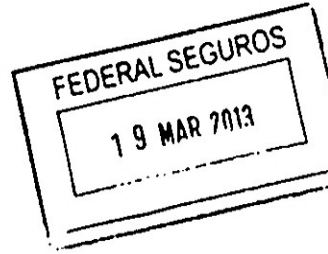
Valley-b. 24, 19 Nov. 1923

7540

DATA, 04101 12213.

65031

VOLTANDO À CONSULTA. QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.



## Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: 2013154034

Nome da Vítima: NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ

Local: LAGOA DO SÍTIO-PI

Data do Acidente: 13/10/2012

### 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 E PÉ ESQUERDO.

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.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO, CURSANDO COM LUXAÇÃO DO MESMO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. E TRAUMA EM PÉ ESQUERDO, CURSANDO COM FRATURA DO 5º METATARSO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

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 ( ) Sim ( x ) Não

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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.

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM 25%.

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO 5º DEDÃO ESQUERDO EM 50%.

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).

( x ) 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 ( x ) 25% Leve ( ) 50% Médio ( ) 75% Grave

2º Lesão

**Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( x ) 50% Médio ( ) 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: LUCAS LOPES REGÔ

Registro no CRM: 3932

**Local e Data do Exame**

TERESINA, 11 DE ABRIL DE 2013.

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013154034**Cidade:** Lagoa do Piauí**Natureza:** Invalidez**Vítima:** NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ**Data do acidente:** 13/10/2012**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 3932

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METATARSO PÉ ESQUERDO LUXAÇÃO EM OMBRO DIREITO**Descrição do exame médico pericial:** COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO**Resultados terapêuticos:** SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR**Sequelas permanentes:** DANO PARCIAL AOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 11/04/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** LUCAS LOPES REGÔ**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

| Dano  | %  | Dimensão | Graduação |
|---|----|----------|-----------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros                       | 25 | 1        | 25        |
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 | 1        | 50        |

**Valor avaliado:** 1.518,75

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013154034**Cidade:** Lagoa do Piauí**Natureza:** Invalidez**Vítima:** NACES FRANCISCO DE SOUZA CRUZ**Data do acidente:** 13/10/2012**Emissor do parecer:** Juliana dos S Wanis**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 88043-4

## PARECER

**Data da análise:** 02/04/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** POLITRAUMA**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** CIENTE DE SINISTRO ANTERIOR**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** JULIANA WANIS**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

**Dano**

Danos não definidos.

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