

# 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: 09/12/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

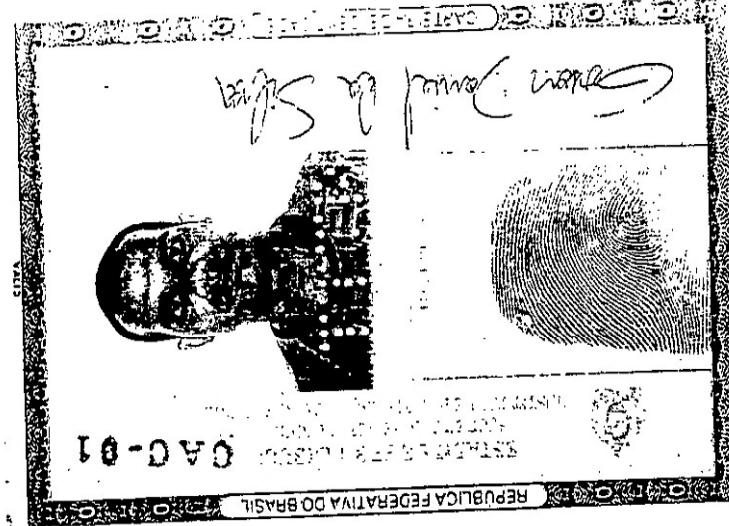
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 00000126965-5

---

Nr. da Autenticação 02BE5B5057E7DF54



\*1004037



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GENÉRAL	6.110.464
DATA DE EXPEDIÇÃO 10/04/2012	
NOME << GERSON DANIEL DA SILVA >>	
FILIAÇÃO	<< ISMAEL DANIEL DA SILVA >> << LUZINETE JOSEFA DA SILVA >>
NATURALIDADE	RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO 21/09/1984	
DOC ORIGEM	<< 135434 01 55 1984 1 00009 062 0010281 50 RECIFE-PE >>
CPF	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/09/83	
F-49 23.269 - 3023	



RESINTRAN  
08 NOV 2013



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SI TR OU	TE ALVO, POR VÍCULOS E CARGA, A PESSOAS O DPVAT	
4	<b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
	EXERCÍCIO <b>2013</b>	
	PLACA <b>PFC8912</b>	
VIA	<b>PE MUN 0994393474</b>	
VIA	EXERCÍCIO <b>2013</b>	
VIA	DATA EMISSÃO <b>06/09/13</b>	
166.174-91	PLACA <b>PFC8912</b>	
RENAVAM	MARCA / MODELO <b>HONDA CG 125 FAN K8</b>	
200601683	NP CHASSI <b>9C2JC110BR434060</b>	
ANO PAB.	CAT. TARE	
2011	09	
<b>PRÉMIO PARIFÁRIO</b>		
PRE (R\$)	DESENHO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
VALOR DO BILHETE (R\$)	10 (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
<b>SEGURO PAGO</b>		
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	PARCELADO	
<b>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A</b>		
CNPJ: 09.248.608/0001-04		
DESPESA E GORDA O BILHETE DPVAT.		

**Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DISTINCTION & CROWN OF MILITARY DÉVOT.

#### MEMORIA DE PÓSITO DESIGNATÓRIO.

四百一

BESINTBAN

08 NOV 2013

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, bEATON DAWIER DA SILVA, portador da carteira de identidade nº G.110.464 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051.63.204-79, residente e domiciliado na LEAVESSA 8 LINDA VILA DO BRASIL, Estado SC, Cidade SCARFITA, 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:

( ) O estabelecimento do IMI no Município em que resido não realiza perícias para fins de  
reconhecimento do IMI no Município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de  
aprovação do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que residia 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.

\*1004054\*



Selberg, David De Soto

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Received, 23/10/2013

local e clima



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Lider • DPVAT

Nº DO SINISTRO

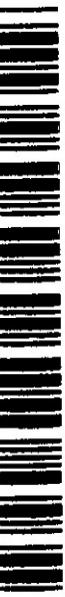
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, FERSCON DANIEL DA SILVA**  
PORTADOR(A) D.O.R.G N° 6.110.4164 EXPEDIDO POR 2261 PRÉ EM 04/04/2013  
CPF 051.063.820-74 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **CARLOS DANIEL DA SILVA**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

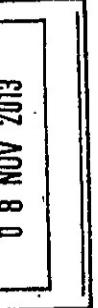
(\*) Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal,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

### AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:



08 NOV 2013

CEP/IN 11000

UF/ESTADO

MUNICÍPIO

CEP/IN 11000

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO \_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA 1022 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 126.965-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) **Carola, Daniel da Silva**

### 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 médica-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 Caxanga  
DATA: 15/10/2013 HORA: 10:41:31  
TERMINAL: 10281004 CONTROLE: 102810040086

AGÊNCIA: 1028 - CAXANGA  
CONTA : 013.00.126.965-5  
CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012  
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

RESINTRAN  
08 NOV 2013

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DA 014A. CIRCUNSCRICAO - VARZEA**

**BOLETIM DE OCORRENCIA N°. 13E0104008090**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/10/2013 às 09:42

**ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culpa(s) Consumado(s) que aconteceu no dia 12/2/2012 às 13:00**

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE DOBRINHOS (BAIRRO), 01, EM FRENTE A UFRPE - Bairro:  
**DOIS IRMAOS** - Município: RECIFE - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL  
 Local do fato: VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoas(s) envolvidas(s) na ocorrência:

ISMAEL DANIEL DA SILVA ( OUTRO )  
 GERSON DANIEL DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvidos(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) . que estava em posse do(s) Sr(a): GERSON DANIEL DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

(VITIMA) - GERSON DANIEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
 M<sup>as</sup>: ISMAEL JOSEFA DA SILVA; P<sup>ai</sup>: ISMAEL DANIEL DA SILVA Data de Nascimento: 21/01/1984; Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO Documento: 61104648838 PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 98137880  
 Endereço Residencial: BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 180, A RUA QUE A VITIMA ESTA DIZENDO NAO CONSTA NO SISTEMA, 03000-000, VARZEA, RECIFE, PERNAMBUCO, BRASIL  
 Endereço Comercial: NAO INFORMADO  
 Dados Comercial: NAO INFORMADO

(OUTRO) - ISMAEL DANIEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
 M<sup>as</sup>: NAO INFORMADO; P<sup>ai</sup>: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Naturalidade: NAO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO Documento: NAO INFORMADO; Estado Civil: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO  
 Endereço Residencial: NAO INFORMADO  
 Endereço Comercial: NAO INFORMADO  
 Dados Comercial: NAO INFORMADO

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

RESINTRAN/
08 NOV 2013

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ISMAEL DANIEL DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): GERSON DANIEL DA SILVA  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / CG 125 - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO

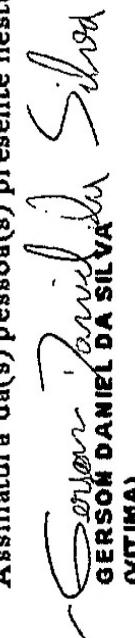
COR. PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: PFC8812 ( PERNAMBUCO / RECIFE ) Renavam: 2362281683 Chassi: SC24C41108R434080  
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRASITAVA PELO BARRO DE DOIS IRMAOS EM FRENTE A UFRPE ,QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E BATEU NO MEIO FIO E CRISE, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DE NOVA DESCOBERTA,PELO MOTIVO COMPARECEU A ESTA DP, PARA FAZER O REGISTRO,CASO AFETO A DELEGACIA DELITO DE TRANSITO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

  
GERSON DANIEL DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: ALEXANDRE VITAL CORREIA - MAT. 1277437

RESINTRAN
08 NOV 2013

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio da Silva

RG nº 6.110.464, data de expedição 10/04/2012 Órgão SDS/PE,

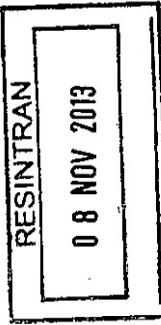
CPF nº 051.463.204-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>TrajeSSA 8 Linha V</u>
Número	<u>120 A</u>
Apto / Complemento	<u>CORPOTA Prazeres</u>
Bairro	<u>SACATU DOIS GUAEARES</u>
Cidade	<u>PE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>54.020.000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 37065279 (81) 946446302</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ribeirão, 23/11/2013

Assinatura do Declarante: Fábio da Silva





**RECEITUÁRIO**

A. TANSS  
CONVENIENCIA 005  
NORCLÍNICAS  
Av. Silveira Martins, 1000  
CEP 38050-000  
TESTE DE HEMOGLOBINA  
LIC. MED. DR. E. SOARES  
POR CONTA SÓ DE FOLHA DA ENFERMAGEM  
NOME, SITUAÇÃO

**SOARES**  
TENHO SOARES  
do Trabalho 17176  
do Tr. 636843  
N.º 3565 - Reg.  
CRM 3565 - Reg.  
Bombeiro

RESINTRAN
08 NOV 2013

• MARQUE SEMPRE A HORA PARA SUA CONSULTA  
• DESMARQUE SE NÃO PUDER COMPARA RECER

05.012 JUL/10 ANS N° 359017



Mão Recife

Recife, 19 de Fevereiro de 2012

### Avaliação Médica

#### Dados do Paciente

##### Gerson Daniel da Silva -

Idade: 27 - Sexo: Masculino - Cor: Amarela - Est.Civil: Solteiro  
Front.: 000039722 - Registro: 0129692 - Entrada: 19/02/2012  
Convênio: NORCLINICAS/STANDARD - Urgência  
Responsável: GERSON DANIEL DA SILVA Fone: 98137880  
Médico: MAURICIO LEITE DE SOUZA - PLANTÃO CRM: 15622-PE

#### Indicação

Paciente: (N) - Indicação de Médico: (N) - Site Internet: (N) - Amigo: (N) - Iniciativa Propria: (N) - Midia: (N)

#### Diagnóstico

HDA: 19.02.2012 - Paciente submetido a Tto cirúrgico de fratura exposta da falange distal do 5 QDD associada a lesão do leito ungueal e avulsão da placa ungueal em 13.02.2012. Evolui sme queixas. Apresentava ainda fratura do 4 PDD sem desvio, em tratamento conservador.

Exame Físico: F.O sem sinais flogísticos ( mantendo placa ungueal de silicone )

HD:

#### Tipo do Tratamento

Ambulatorial: (N) - Cirúrgico: (N) - Orientação: (N)

#### Conduta

Fisioterapia: (N) - Imobilização: (N) - Infiltação: (N) - Sutura: (N)

#### Observação

Realizado o curativo do 5 QDD

Substituto imobilização adesiva do Pé  
O paciente deve permanecer afastado de suas atividades laborativas pelo período de 30 dias a contar do dia 13.02.2012.

Assinatura/Carambo

Dr Mauricio Leite  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 15622

RESINTRAN

08 NOV 2013

Especialidades:  
Cirurgia da Mão - Microcirurgia dos Nervos Periféricos - Clínica da Dor  
Microcirurgia Reconstrutiva dos Membros - Ortopedia e Traumatologia  
Rua Mínia Gerais, 82147 - Ilha do Leite Recife/PE  
CEP: 50170-400 PABX: (81) 3387-9395

**GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO**

Nome: Geisa Juvêncio de Britto Registro: \_\_\_\_\_  
Procedência: UPA - Nossa Senhora do Rosário Idade: 27

HDA: Doenças crônicas de longa data

EXAME FÍSICO: Sem com exames esse é o que devo fazer  
exame fígado de sangue

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: O SAE com exame fígado de sangue

CONDUTA: ① Admitir  
② Letícia 28 e 10 em  
③ Diálogos

Ps. Não dissemos de não no momento

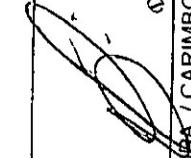
RESINTRAN
08 NOV 2013

TRANSFERIDO / ENCAMINHADO PARA: UHU 3812 398

MOTIVO: Ta. de hérnias

DATA: 12/10/2012

HORA: 14:30

  
Dr. CARIMBO  
ASSINATURA / CARIMBO

**Laudo de avaliação médica para fins de verificação e  
Quantificação de lesões permanentes em vítimas do seguro DPVAT**

**Informações do Acidente**

**Sinistro:** 2013722499

**Data do Acidente:** 19/02/2012

**Nome da Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA

**Local:** RECIFE

**UF:** PE

**Resultado da avaliação apurada pelo examinador**

**I. Há lesão cuja etiologia (origem casual) 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:**

Nenhum registro.

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

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

Fratura exposta do quinto quirodáctilo direito, lesão de leito ungueal, com avulsão da placa ungueal com tratamento cirúrgico. Fratura do quarto pododáctilo direito submetido a tratamento conservador

**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.**

Vítima apresenta bloqueio total de movimentos do quinto quirodáctilo direito. Não apresenta sequelas no pé.

**III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?**

**a) Tratamentos:** (x) Não      ( ) Sim

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

Nenhum registro.

**b) Exames Complementares:** (x) Não      ( ) Sim

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

Nenhum registro.

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

a) ( ) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

Nenhum registro.

b) (x) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Limitação funcional completa do 5º quirodactilo direito

**V. 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) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação.**

**Com base no exame médico pode-se documentar:**

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

(x) Parcial (Dano anatômico 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 ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(x) Parcial Incompleto (Dano anatômico 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 sequelas definitivas então identificadas.**

1º Lesão: quinto quirodactilo direito (100%)

**Observação:** Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequelas 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 médico e então documentadas.

#### **Informações Complementares Apresentadas pelo Examinador:**

Nenhum registro.

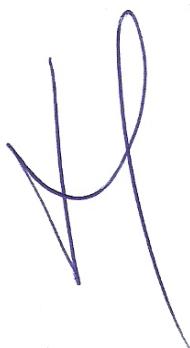
#### **Identificação do examinador**

**Nome:** PAULO MUNIZ

**Registro no CRM:** 5530

**Local do Exame:** xx

**Data do Exame:** 28/11/2013



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013722499

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA

**Data do acidente:** 12/02/2012

**Emissor do parecer:** Rafael Oliveira Santos

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**CRM do médico:** 906387

### PARECER

**Data da análise:** 25/11/2013

**Valorização do IML:**

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL NO 5<sup>a</sup> QDD + 4<sup>o</sup> PDD

**Resultados terapêuticos:**

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PERICIA ESPECIAL PE

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** RAFAEL SANTOS

**UF do CRM do médico:**

### DANOS

<b>Dano</b>	<b>% Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Danos não definidos.		

**Valor avaliado:** 0,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2013722499	<b>Cidade:</b> Recife	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> GERSON DANIEL DA SILVA	<b>Data do acidente:</b> 12/02/2012	<b>Emissor do parecer:</b> Igor da Silva Bonfim
<b>Seguradora:</b> ARUANA SEGUROS S/A	<b>Prestadora:</b> ACE Gestão de Saúde Ltda.	<b>CRM do médico:</b> 5530

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do quinto quirodáctilo direito, lesão de leito ungueal, com avulsão da placa ungueal. Fratura do quarto pododáctilo direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima apresenta bloqueio total de movimentos do quinto quirodáctilo direito. Não apresenta sequelas no pé.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador, tratamento cirúrgico.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional completa do 5º quirodactilo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/11/2013

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** PAULO MUNIZ

**UF do CRM do PE médico:**

### DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	1	100

**Valor avaliado:** 1.350,00