

# 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

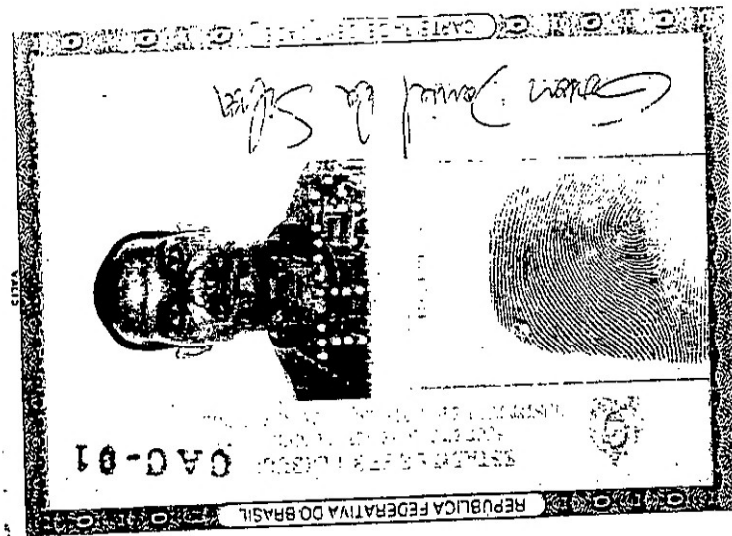
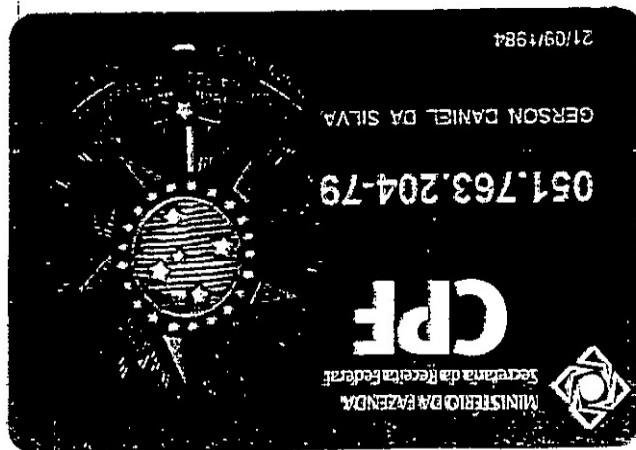
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000126965-5

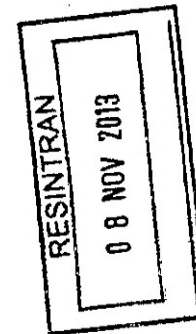
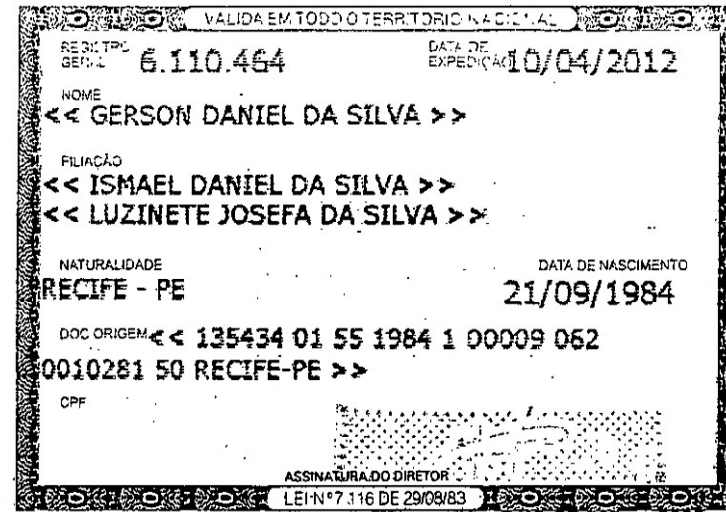
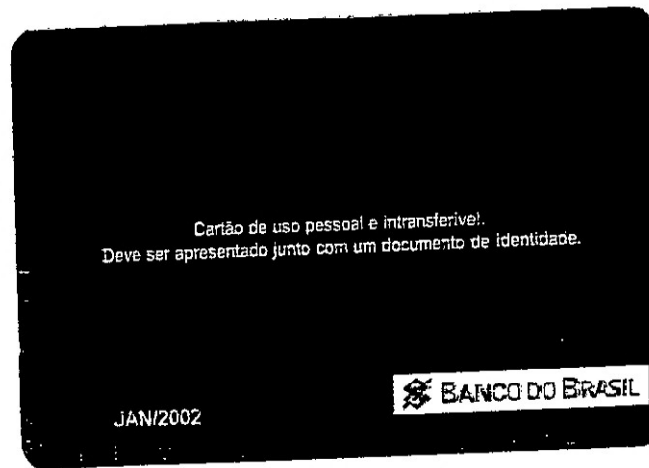
---

Nr. da Autenticação 02BE5B5057E7DF54



\*1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



DUT

\*1004032\*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

Nº 01057

VIA - CÓD. RENAVAM - R.N.T.R.  
1 - 286881683 - \*\*\*\*\*

NOME  
DANIEL SILVA

REC

PLACA  
270 - 7412 - EFC8912

CHASSI  
9C2JC4110BR434060

ESPECÍFICO  
MOTOCICLETAS - COMBUSTÍVEL - GASOLINA

MARCA / MODELO  
HONDA / CG 125 FAN K3

DATA / POTÊNCIA  
22/12/01 - 12.000 W

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA  
IPVA 2013 QUOTADO - 1ª - \*\*\*\*\*

FAIXA / PVA - RENOVAMENTO / COTAS - 2ª - \*\*\*\*\*  
1 - \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO PAGO - 06/09/12

INSCRIÇÕES  
AL. FID. BANCO ITALIANO SA

RECIFE  
06/09/12

Maria de Fátima Bezerra R. Costa  
Diretora Presidente DETRAN/PE

IS - ... POR VEÍCULO  
TRI - ... A PESSOA  
OU - ... DPVAT

4 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2012

PLACA

EFC8912

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2012

06/09/12

PE Nº 0994393474

VIA - CPF / CNPJ  
1 - 165.174-91

RENAM - PLACA  
286881683 - EFC8912

ANO FAB - CATAL - Nº CHASSI  
2011 - 09 - 9C2JC4110BR434060

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) - DENOM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL SERVIDO PELO SEGURADO (R\$)

SEGURO PAGO - PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
SUA MARCA DE FORTE CREDITÓRIO.

RESINTRAN  
08 NOV 2012

CONTRAN

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, BRASON DAVIEL DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 6.110.464 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051.63.204-79 residente e domiciliado na RAVESA 8 UNHA V, GRUPO A JAZÉCIS Cidade SABOATÃO, Estado PE, 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.

OUTROS

\*1004054\*

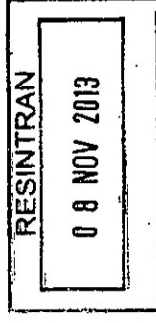


*Brason Daviel da Silva*

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Recife, 23/10/2013

Local e data





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, GERSON DANIEL DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6.110.464

EXPEDIDO POR SDS/PZ

EM 10/04/2013

CPF 051163204-79 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GERSON DANIEL DA SILVA, 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.

\*1004039

### AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



RESOLUÇÃO

08 NOV 2013

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

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

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

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 \_\_\_\_\_

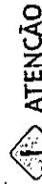
☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA 1028 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 126.965-5

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

LOCAL \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) GERSON 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 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 Caxanga

DATA: 15/10/2013

HORA: 10:41:31

TERMINAL: 10281004

CONTROLE: 102810040086

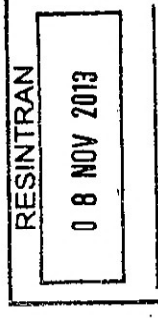
AGÊNCIA: 1028 - CAXANGA

CONTA : 013.00.126.965-5

CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

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





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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 12/2/2012 às 13:00**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
**ISMAEL DANIEL DA SILVA ( OUTRO )**

**GERSON DANIEL DA SILVA ( VITIMA )**

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

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

**(VITIMA) - GERSON DANIEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino**

**Mãe: LUZINETE JOSEFA DA SILVA; Pat: ISMAEL DANIEL DA SILVA Data de Nascimento: 21/9/1984; Matriculadade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO**

**Documentos: 6110484/SSPAE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO;**

**Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 98137980**

**Endereço Residencial: BARRO DE VARZEA (BARRO), 190, A RUA QUE A VITIMA ESTA DIZENDO NAO CONSTA NO SISTEMA, 08000-000, VARZEA, RECIFE, PERNAMBUCO, BRASIL**

**Endereço Comercial: NÃO INFORMADO**

**Dados Comerciais: NÃO INFORMADO**

**(OUTRO) - ISMAEL DANIEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino**

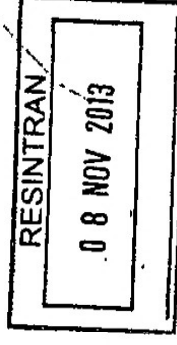
**Mãe: NÃO INFORMADO; Pat: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO; Matriculadade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO**

**Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO**

**Endereço Residencial: NÃO INFORMADO**

**Endereço Comercial: NÃO INFORMADO**

**Dados Comerciais: NÃO INFORMADO**



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

**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: PFC8912 ( PERNAMBUCO / RECIFE ) Renavam: 288881883 Chassi: 9C2JC4110BR434080  
Ano Fabricação/Modelo: 2011 / 2011 Combustível: GASOLINA

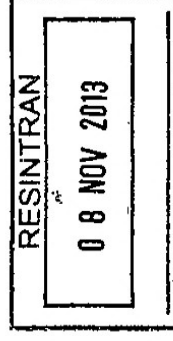
#### Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRASITAVA PELO BAIRRO DE DOIS RUAOS EM FRENTE A UFRPE ,QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E BATEU NO MEIO FIO E CAIU,SEMDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DE NOVA DESCOBERTA,PELO MOTIVO COMPARECEU A ESTA DP. PARA FAZER O REGISTRO,CASO AFETO A DELEGACIA DELTO 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. 127753-7





# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GERSON DANIEL DA SILVA

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

CPF nº 051.163.204-79, 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)	TRAVESSA 8 LINHA V
Número	920 A
Apto / Complemento	
Bairro	CAMPINA PRAZERES
Cidade	SABOATÃO DOS GUARARAPES
Estado	PE
CEP	54.000.000
Telefone de Contato	(81) 87065279 (81) 97644632
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

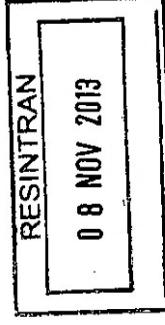
Local e Data: Recife, 23/10/2013

Assinatura do Declarante: GERSON DANIEL DA SILVA

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



\*1004040\*



**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

[illegible]

### **Informações importantes sobre a conta de energia**

[illegible]

**celpe**  
Grupo Neenergia

**MARIA HELENA SILVA**  
Sr Cliente ATUALIZE SEU CADASTRO !!

TV 8 LINHA V COMPORTA 920 A

**CENTRO/PRAZERES .  
54000-000 : JARDIM DOS GUARAPES PE**

Conta Contrato: 0438175032

Medidor: MA52889

Un. Leitura: 08091109

Sequência: 00599

Poste: C029488

[www.ceipe.com.br](http://www.ceipe.com.br)

As demonstrações (manuais, societária e regulatória, de 31/12/2012, estão disponíveis site [www.cetpa.com.br](http://www.cetpa.com.br))  
CÓPIAS SIMPLES AINDA PODEM MANTER A DENGUE LONGE DA SUA CASA. DO SEU BAIRRO E ATÉ DA SUA  
CIDADE. FAÇA A SUA PARTE. NÃO DEIXE ÁGUA AGUARDADA.

**-TRABALHO SEGURO: DIREITO DE TODOS, OBRIGAÇÃO DE CADA UM - UMA CAMPANHA DA JUSTIÇA DO TRABALHO**

de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

**RESINTRAN**

08 NOV 2013



Norelínicas  
Intermédica

## RECEITUÁRIO

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



\*1004L

Nº INSS  
Examinados o  
Ato em 20  
de 2011, de  
21 de 2011, de  
22 de 2011 (médico  
ficc. médica de  
para de 2011 de 2011.  
Logo, quando de 2011 de 2011.

Carson Junior

Carson Junior

Carson Junior

Carson Junior

Carson Junior

Carson Junior

Carson Junior

Carson Junior

TELMO SOARES

do Trabalho 17176

Nº de Reg. 636843

CRM 35860

RESINTRAN  
08 NOV 2013

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

05.012 JUL/10

ANS Nº 359017



**Mão Recife**

## Avaliação Médica

Recife, 19 de Fevereiro de 2012

### Dados do Paciente

**GERSON DANIEL DA SILVA -**

Idade: 27 - Sexo: Masculino - Cor: Amarela - Est.Civil: Solteiro

Pront.: 000039722 - Registro: 0129692 - Entrada: 19/02/2012

Convênio: NORCLINICAS/STANDARD - Urgência

Responsável: GERSON DANIEL DA SILVA Fone: 98137880

Médico: MAURICIO LEITE DE SOUZA - PLANTAO CRM: 15622-PE

### Indicação

Paciente: (N) - Indicação de Médico: (N) - Site Internet: (N) - Amigo: (N) - Iniciativa Propria: (N) - Mídia: (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 FDD sem desvio, em tratamento conservador.

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

HD:

### Tipo do Tratamento

Ambulatoriais: (N) - Cirúrgico: (N) - Orientação: (N)

### Conduta


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

### Observação

Realizado o curativo do 5 QDD

Substituiu 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/Carimbo

Dr Mauricio Leite

Ortopedia - Traumatologia

CRM-PE 15622

RESINTRAN

08 NOV 2013

Especialidades:  
Cirurgia da Mão - Microcirurgia dos Nervos Periféricos - Clínica da Dor  
Microcirurgia Reconstructiva dos Membros - Ortopedia e Traumatologia

Rua Minas Gerais, 82/47 - Ilha do Leite Recife/PE  
CEP: 5070-400 FAX: (81) 3387-9395

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Nome: Geosmar Daniel de Oliveira Registro: \_\_\_\_\_

Procedência: UPA - Nova Jansen Idade: 27

HDA: Desempenho Z gdd mas queda de peso  
1 hora de evolução

EXAME FÍSICO: SCC com expiração asséptica + exespe de  
unha (anexos) de 19 gdd

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: SCC com exespe (anexos) de  
unha 19 gdd

CONDUTA: 1) fazer

2) laboratório de urina

3) de exespe

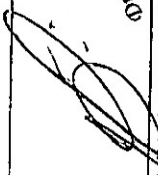
P.S. Não dispomos de Ra no momento

TRANSFERIDO / ENCAMINHADO PARA: UPA 3812 838

MOTIVO: Ex. de hemograma

DATA: 12/02/12

HORA: 14:30

  
Dr. Silvana T. Gomes  
CRM - PE 19419

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:** ☒ Não      ☐ Sim

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

Nenhum registro.

**b) Exames Complementares:** ☒ 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) ☒ 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).

☒ 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.

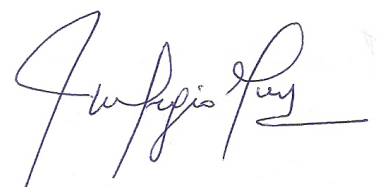
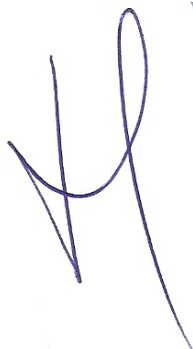
**Identificação do examinador**

**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**Valoração do IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL NO 5ª QDD + 4º PDD**Resultados TTO CIRÚRGICO 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:** RJ

## DANOS

**Dano**

Danos não definidos.

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

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## DANOS

**Dano**

Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão

**% Dimensão Graduação**

10 1 100

**Valor avaliado:** 1.350,00