

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012/574932**
Vítima: **FRANCISCO PEREIRA NASCIMENTO**
Local: **CE-CASCADEL**
Data do Acidente: **31/08/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

PUNHO 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.

FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO COM TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO A ESQUERDA E DA PRONO SUPINACAO A ESQUERDA.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa 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:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

PUNHO ESQUERDO.

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

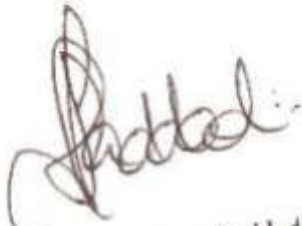
Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 13/03/2013

Médico Perito:

Médico Revisor: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957



Dr. Flávio Eduardo Pato Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/03/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO PEREIRA NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 000000553005-9

Nr. Autenticação

BRADESCO150320130500000000023700716000000553005253125 PAGO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

Nº DO SINISTRO _____



EU, FRANCISCO PEREIRA NASCIMENTO PORTADOR (A) DO RG Nº 2002005169577 EXPEDIDO POR SSP/CE EM (DATA) 09/09/2012 E CPF 018.453.083/01 DE PROFISSÃO AUTÔNOMO E RENDA MENSAL R\$ 670,00, NA QUALIDADE DE FAVORECIDO(A)/BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO PEREIRA NASCIMENTO, AUTORIZO A SEGURADORA Federal Seguros A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. ☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTENº BANCO 237 Nº AGÊNCIA 0916-1 C/C 553005-92. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

3. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

4. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

5. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____ OP. _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

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

CASCAVEL / CE 10/10/2012 Francisco Pereira Nascimento
LOCAL DATA ASSINATURA

Atenção

- o Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a 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 6194/740 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 Susép);

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção a 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.

FEDERAL SEGUROS

09/10/2012

FRANCISCO BERNARDO NETO ME
TRAVESSA BICHARA SARQUIS 2164
Term.Net-Iso 00006570 Data 09/10/2012
Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Abertura de Conta

Ag. Relac.: 00716 - CASCAVEL
PACB : 061 - MERCADINHO O NETO

Agencia : 00716-CASCAVEL
Conta : 000000053005-9
Nome : FRANCISCO PEREIRA NASCIM
Dt Abert. : 09/10/2012
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente

NSU BANCO: 021025558756
DATA : 09/10/2012
HORA : 12:17:55

Sujeito a Confirmação

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede: 812928 Hora Rede: 12:17:39

FEDERAL SEGUROS
08 NOV 2012



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 3668 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

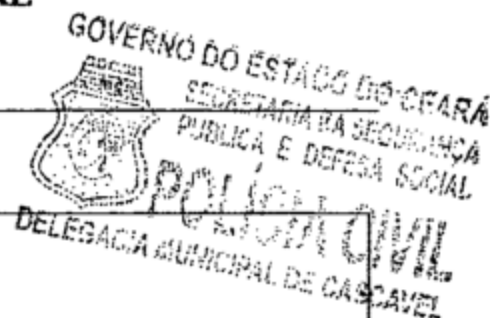
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2012 09:45:09**

Data / Hora da Ocorrência: **31/08/2012 22:58:00**

Endereço da Ocorrência: **R. CE 253**

NAO INFORMADO CASCAVEL /CE

Ponto de Referência: **PROX AO RETORNO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO PEREIRA NASCIMENTO**

Nascimento: **18/05/1986**

RG: **2002005169477** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF:

Filiação: **ANDRE PRAXEDES DO NASCIMENTO**

MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA NASCIMENTO

Endereço: **LGO CHORO PEDRA REDONDA CASA**

ZONA RURAL 62850000

CASCAVEL CE BRASIL

Telefone: **85-86256324**

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



Histórico

Afirma o declarante ter sido vítima de acidente no endereço supracitado quando trafegava em sua motocicleta de placa **NQX 9702**, marca **HONDA CG 150 FAN ESI**, cor **VERMELHA**, ano **2009/2010**, chassi **9C2KC1550AR007712**; QUE, ao chegar próximo ao retorno de Guanacés, sua pessoa tentou frear, porém "derrapou" e veio a cair ao solo, onde foi socorrido por amigos que vinham junto com sua pessoa; QUE, foi levado para o hospital local, onde foi transferido para o Frotinha de Messejana e lá submetido a uma cirurgia no braço esquerdo; QUE, diante ao exposto compareceu a esta DP para noticiar o fato para fins de efeito legal e comprobatório, bem como se precaver. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: PLO [assinatura]

MATRÍCULA: 198213-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Pereira Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A): _____

FEDERAL SEGU
08 NOV 2012

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU FRANCISCO PEREIRA NASCIMENTO ABAIXO ASSINADO PORTADOR DO
RG: 2002005169477 E CPF: 018.453.083-01 VENHO POR MEIO
DESTADECLARAR QUE RESIDO NA PV CHORÓ PEDRA REDONDA, S/N
COMPLEMENTO — BAIRRO CHORÓ
CIDADE: CASCAVEL UF CE CEP: 62850-000

DECLARO AINDA, E ME RESPONSABILIZO PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, QUE
POSSAM TRAZER PREJUÍZO PRESENTE E FUTURO PARA ESTA SEGURADORA.
POR SER EXPRESSÃO DA VERDADE, FIRMO A PRESENTE DECLARAÇÃO, PARA QUE
SURTAM SEUS EFEITOS LEGAIS.

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



CIDADE E DATA: FORTALEZA-CE, 10/10/2012

Francisco Pereira Nascimento

ASSINATURA

FEDERAL SEGU
08 NOV 2012

Hospital e Matern. Nsa. Sra. das Graças

SUS**GUIA DE ATENDIMENTO**

ATENDIMENTO N°: 12056039

EM 31/08/2012 AS 22:58

Reg. Geral:

CLINICA GERAL

Prof.: JOSE GILSON ESTEVAM DA

ATENDIMENTO DE URGENCIA

Dados Para Atendimento

Cliente: 30647070 FRANCISCO PEREIRA NASCIMENTO

Sexo: M Fone: 86256324 FE: 64

Endereço: CHORO PEDRA REDONDA,

Nasc.: 18/05/1986 - 26A 3M 14D

Compl.:

Bairro: CHORO PEDRA REDONDA Munic.: CASCABEL

Documento: [2] 2002005169477

Ocupação: NAO INFORMADO Naturalidade: CASCABEL

Matrícula:

Validade: //

Senha:

Nome Mãe: MARIA DAS GRACAS PEREIRA

Nome Pai: ANDRÉ PRAXEDES DO NASCIMENTO

Último Atendimento

Data e Diagnóstico: 11/07/2011 CONJUNTIVITE

Anotações Médicas

Conduta

Diagnóstico

Dr. José Gilson Estevam da Silva
MÉDICO

CREMESP 8592

Carimbo e Assinatura

Anotações de Outros Profissionais

Peso

Temperatura

Pressão Arterial

Paciente

Atesto a realização do
atendimento de acordo
com os dados acima.

Ass. Paciente ou Responsável

Controle e Faturamento

Hora do
Atendimento 23:00[] Digitado
[] Conferido
[] Faturado

Guia 12056039 registrada por CLOCCADO

FEDERAL SEGUROS

08 NOV 2012

HDEBO-Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

TRAUMATO NOTURNO
53

REGISTRO N°
12.119164

PACIENTE
FRANCISCO PEREIRA NASCIMENTO
CNS
NATURALIDADE
FORTALEZA
DATA NASCIMENTO 18/05/1986 IDADE 26a DOCUMENTO Ignora
SEXO 1 ☒ MASC. 3 ☐ FEM.
PAI
MÁE MARIA DAS GRACAS PEREIRA NASCIMENTO
ENDEREÇO RUA VICENTE FAUSTINO, 1291
BAIRRO CASCABEL CIDADE CASCABEL
EMERGÊNCIA 1 ☐ ADULTO 2 ☐ PEDIATRA 3 ☐ TRAUMATOLOGIA 12 ☐ OUTROS
MOTIVO DO ATENDIMENTO
DATA DO ATENDIMENTO 01/09/2012 HORA 00:22
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES
1 ☐ RAIO X 2 ☐ ULTRASSOM 3 ☐ TOMOG COMP. 4 ☐ SANGUE 5 ☐ URINA 6 ☐ ECG 7 ☐ OUTROS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
3-1 AGO. 2012
Dobz de Moto
Fratura de punho
R. J. ALV
303090222
Dr. José Albuquerque
CPF 090.391.203-15 CRM 417
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
MÉDICO DO TRABALHO-MEDICINA

DATA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS
CÓDIGO
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
DATA
HORA
CÓDIGO
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
DATA
HORA

PRESCRIÇÃO
ENFERMAGEM
Dr. José Albuquerque
CPF 090.391.203-15 CRM 417
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
MÉDICO DO TRABALHO-MEDICINA
Dr. José Albuquerque Pontes
CPF 090.391.203-15 CRM 417
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
MÉDICO DO TRABALHO-MEDICINA

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐
PARA ÓBITO
ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO
DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ IML 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
DATA E HORA DA ALTA: ☐ ☐
DATA E HORA DO ÓBITO: ☐ ☐

Dr. José Albuquerque
CPF 090.391.203-15 CRM 417
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
MÉDICO DO TRABALHO-MEDICINA
Ass. CARIMBO MÉDICO
Ass. PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Chefe do Sumo
Mód. 13-150 DE TAL SEGUI

Guia 12119164 registrada por NEILA

conferir com Ortopedia

08 NOV 2012

PACIENTE: *Fco. Pereira Nascimento*

DATA OPERAÇÃO: *04/09/12* ENFERMARIA: LEITO: *47*

1º AUXILIAR: *Dr. Paulo de Tasso C. Castro*
2º AUXILIAR: *Dr. Paulo de Tasso C. Castro*
3º AUXILIAR: ANESTESISTA: *Dr. Amacy* TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura do antebraço e*
TIPO DE OPERAÇÃO: *st. cirurg*

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

*Cuidados gerais de higiene antes
da cirurgia. Lavagem do antebraço e
punho com solução antisséptica.
Incisão longitudinal no antebraço
para acesso ao local da fratura.
Redução da fratura e fixação com
torniquete e placa.*

DR. PAULO DE TASSO C. CASTRO
ORTOPEDISTA - TRAUMA
CRM-1985

Grat. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

Caro Dr. Amacy

[Assinatura]
Chefe do Serviço
10/09/12

FEJEDAL SEGU

10.8 NOV 2012

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____
Lb. 01: 001: Edifício Barrão de Oliveira -

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE Francisco Pereira Desencanto.

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO 18/05/1986

9 - SEXO Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Clotilde dos Santos Pereira Desencanto

11 - TELEFONE DE CONTATO 85

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R - Pedro Teixeira - 270 - Olinda - Recife - PE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Recife

14 - CID. IBGE MUNIC 33060

15 - UF PE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Nome no preenchimento e estado civil
da e data de nascimento

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Sup. Federal MSE

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura antebraço

S525

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Int - cirurgia</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>3901308</i>	
26 - CLÍNICA <i>DR PAULO DE TASSO ORTOPEDIA - TRAUMA FARM 1983</i>	27 - NOME DO INTERNO <i>[assinatura]</i>	28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>03/03/2012</i>		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO <i>[assinatura]</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33	☐ ACIDENTE DE TRÁNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
34	☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CIDR
35	☐ ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO				

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA						44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR								49 - NºAUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR										
45 - DOCUMENTO ☐ CNB ☐ CPF							46 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO																	
47 - DATA DO DOCUMENTO							48 - ASSINATURA EM CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)																	

Gráf. ~~LIBRO~~-SAME-AH-005

Canferre con Original



MULTI-CLÍNICAS
DRA. GENIDE



Relatório:

Relato p/ parentes fizes que
o paciente foi Pareira Nogueira
foi vítima de acidente de trânsito
em 31/08/2012, sofrendo fratura
do antebraço - a Esq., sofrendo,
depois, submetido a fixação
com placas e parafusos. Encaminhado
para alta médica e apresenta
sequela local e debilidade
e limitação no braço e punho
a Esq.

17/09/13.

DR. CHARLES MACEDO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 8984

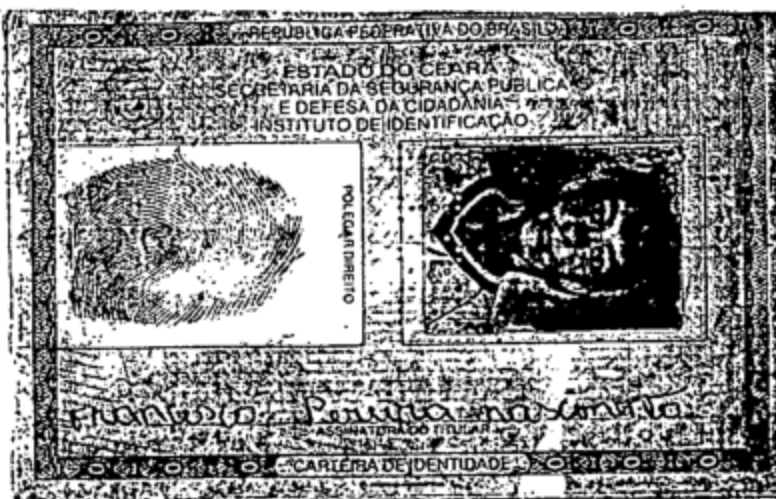
• ESPECIALIDADES MÉDICAS • EXAMES LABORATORIAIS • RAIOS-X
• MEDICINA OCUPACIONAL • ULTRASSONOGRAFIA • EXAMES OCUPACIONAIS

Rua Raimundo Nogueira, n.º 235 - Centro - Horizonte - Ceará - Fone: (0xx85) 3336-1676

"Tudo posso Naquele que me fortalece" Bíblia Sagrada

FEDERAL SEGUROS

19 FEV 2012



CONTATO

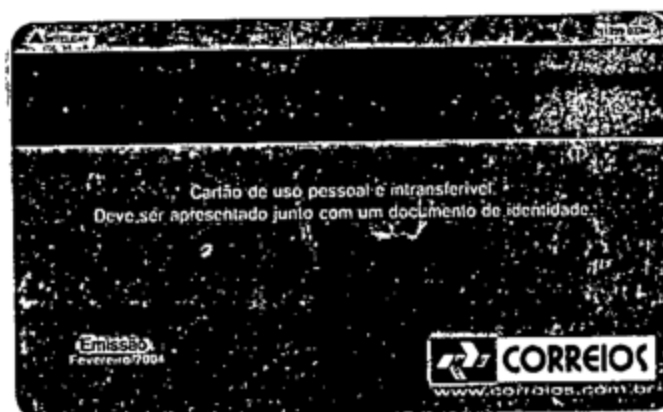
(85) 3063-1156

(85) 8551-9585

(85) 9919-9797

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



FEJE AL SEGI
10.8 NOV 2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 9245074949
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD-RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
PPT Q1 193376598 000000000 2012

NOME: CLESTO SILVA SANTOS
CASCABEL / CE
PLACA: 91724813315
CHASSI: 9C2KC1550AR007712

PLACA: 91724813315
CHASSI: 9C2KC1550AR007712
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

ESPECÍFICO: PAS/MOTOCICLO NAQ/APLIC
MARCA / MODELO: HONDA / CG-150 FAN ESI
ANO FAB: 2009 ANO MOD: 2010

CAP / POT / CIL: 2P / 149CC
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 1* / ** / **
VENC / COTAS: 1* / ** / **
FAIXA LPVA: 2* / ** / **
PARCELAMENTO / COTAS: 3* / ** / **

PRÊMIO TARIFAÇÃO (R\$): 10F (R\$)
PRÊMIO TOTAL (R\$):
DATA DE PAGAMENTO: 25/05/2012

OBSERVAÇÕES: AL FID - BANCO ITAUCARD S.A.
CASCABEL
JOÃO DE AGUIAR PURO
SUPERINTENDENTE-DETRAN-CE

CE Nº 9245074949 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
EXERCÍCIO: 2012
PLACA: NGX9702

91724813315
CPF / CNPJ: 91724813315
RENAVAM: 193376598

BILHETE DE SEGURO DPVAT
EXERCÍCIO: 2012 DATA EMISSÃO: 25/05/2012
CE Nº 9245074949

VIA: 01 91724813315
PLACA: NGX9702
RENAVAM: 193376598

CHASSI: 9C2KC1550AR007712
MARCA / MODELO: HONDA / CG-150 FAN ESI
ANO FAB: 2009

PRÊMIO TARIFAÇÃO
PRÊMIO TOTAL (R\$): 137,03
CUSTO DO SEGURO (R\$): 123,33

COTA ÚNICA: 4,15
PAGAMENTO: 10/04/2012
DATA DE COTAÇÃO: 10/04/2012

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 08.248.608/0001-04

03037
NGX9702
193376598

FEDERAL SEGURO

08 NOV 2012

7

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCISCO PEREIRA NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 2002005169477 e inscrito no CPF/MF sob o nº 018.453.083-01 residente e domiciliado na PV. CHORO PEDRA REDONDA, 61N Cidade CASCAVEL Estado CE, 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 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.

Francisco Pereira Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CASCAVEL-CE, 10/10/2012

Local e data

FEDERAL SEGUROS
08 NOV 2012

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2012574932

Cidade: Cascavel

Natureza: Invalidez

Vítima: FRANCISCO
PEREIRA
NASCIMENTO

Data do acidente: 31/08/2012

**Emissor do
parecer:** Camila Monteiro
dos Santos

Seguradora: FEDERAL DE
SEGUROS S/A

Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços

CRM do médico: 52575957

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

**Descrição do
exame médico
pericial:** MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO
A ESQUERDA E DA PRONO SUPINACAO A ESQUERDA.

**Resultados
terapêuticos:** FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO COM TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas
permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 13/03/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: FLAVIO EDUARDO HADDAD

**UF do CRM do RJ
médico:**

DANOS

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

Valor avaliado: 2.531,25