

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2015

Carta nº: 7675326

A/C: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

Sinistro: 3150744102
Vitima: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA
Data Acidente: 05/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2015

Carta nº: 7745858

A/C: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

Sinistro: 3150744102
Vítima: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA
Data Acidente: 05/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2015

Carta nº: 7868284

A/C: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

Sinistro: 3150744102
Vítima: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA
Data Acidente: 05/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000696-3

Conta: 0000018511-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150744102 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 05/04/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

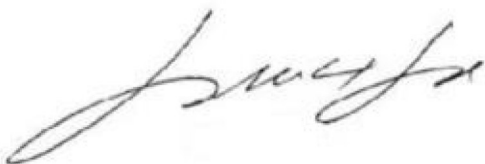
Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





CÃO 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, duem Valdenir Vasconcelos da Silva EM 1 / 1 / 2008
PORTADOR(A) DO RG Nº 200873530-4 EXPEDIDO POR PROFISSÃO
CPF 019062533-01 CNPJ 00000000-00
E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(*) A Circular Suscep 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISP/VAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 221 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 06963 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18514-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

24 AGO 2015

Assinatura do Beneficiário

2015

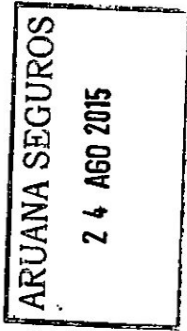
Assinatura do Beneficiário

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 sequela anexada na lei 11.045/2004) e reembolso de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 101-525/2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data/Hora da Comunicação: 20/04/2015 08:30:23

Data/Hora da Ocorrência: 05/04/2015 01:30:35

Endereço da Ocorrência: R, ALTO DO VELAME

CENTRO RUSSAS-CE

Ponto de Referência: CERAMICA DO ORLANDO

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento: 24/06/1996

RG: 20087755704 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 619.262.533-61

Filiação: FRANCISCO VALDENIR DA SILVA

MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO

Endereço: RUA VITAL ATILA SILVA NENEZES 253 CASA
VARZEA ALEGRE

RUSSAS CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Narra a vítima que na hora e data acima citada traguva na moto HONDACG125 FAN de placa-HYH 7194 / CE chassi; 9C2JC30707R108845, renavam-00930739329, ano/modelo-2007/2007, de cor preta licenciada no nome de LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA, na rua mencionada acima perdeu controle da motocicleta ao passa pelo buraco na via, vindo a cair, Que foi socorrido por populares e levado ao HOSPITAL DE RUSSAS onde recebeu os cuidados médicos e teve como diagnóstico FRATURA EM PUNHO ESQUERDO; e teve como testemunhas de seu acidente as pessoas FELIPE DE LIMA CAJAZEIRAS e FRANCISCO LEUDO DA SILVA; E nada mais disse.....

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Zilma Ferreira de Castro*

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Zilma Ferreira de Castro*
VISTO DO DELEGADO(A): *Zilma Ferreira de Castro*

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. *Luciana Silva Oliveira*
Dou fe. Russas, 29/07/2015. *Luciana Silva Oliveira*
Em testemunho *Luciana Silva Oliveira*
VALIDO SOB O SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 60-197350 - CARTÓRIO HERCULES
RUSSAS/CE



DELEGACIA DO 1.º DISTRITO

ARUANA SEGUROS

24 AGO 2015

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Juan Valentin Nascimento do Silva portador da carteira de identidade nº 2008775570-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 619.262.533-61, residente e domiciliado na Ru. Vital Atala Guilherme Valgueiro 233 Cidade Rurópolis Estado Paraná, 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.

Juan Valentin Nascimento do Silva

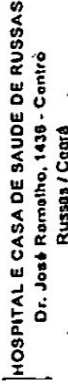
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Rurópolis 24/08/2015

Local e data

ARUANA SEGUROS

24 AGO 2015



gto de claudete

1500090664	05/04/2016 01:39:53	GUIA DE ATENDIMENTO - (X) ATEND. () OBSERV.	2
Paciente:	00082507 - LUAN VALOENIR NASCIMENTO DA SILVA	DN: 24/06/1996 - 18 A 9 M 11 D	Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)
Identidade:	20087755704 - SSPCE	Raça/Cor: Parda	Ocupação: AGRICULTOR
Endereço:	TRAVESSA - CUSTODIA OLIVEIRA - 2510 - VARZEA ALEGRE - RUSSAS - CE	CEP: 621.900-000Nat: FORTALEZA - CE	
Fones:	8893220642	Mãe: MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO	Pai: FRANCISCO FORTALEZA DA SILVA
Classificação de Risco:	Convênio: SUS - SUS	Carteira:	Validade:
Autorização:	Sisprontal:	CNS: 898003043802642	Caráter Atend.: URGÊNCIA
Atividade:	CLÍNICA MÉDICA	Profilax. Atend.: DR ZIMAR	Selador: EMERGÊNCIA

[illegible]

QUEIXA PRINCIPAL	() SÍNDROME FEBRIL	() SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO	() SUSPEITA DE DENGUE
------------------	---------------------	------------------------------	------------------------

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

HOSPITAL E CASAS DE SAUDE
RUA CARLOS COELHO, 69 - JARDIM
COENHE COENHE - RIO DE JANEIRO
RJ - CEP 20070-000

Arquivo 2002

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fictive Inventory D

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

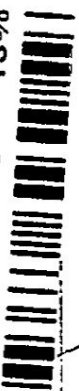
() RAIO-X () ULTRASSOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

APRAZAMENTO.

УЧЕБНИК

RAIO-X DE PUNHO (E)	(OK)	Pet com fr
NO H - - - - - Y	0.2m	tuna em

DOCUMENTO 3



CONBUTA:
☒ ALTA POR DECISÃO MÉDICA
☐ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)
☐ TRANSFERÊNCIA PARA:

() AMBULATÓRIO
() ALTA A REVELIA
() ALTA A PEDIDO
() INTERNAÇÃO
DATA E HORA DA SAÍDA/AI TA:

התאחדות המורים

OBITO
Antes do 1º Atendimento? () SIM () NÃO
Destino: () Família () IML () Anatomia Patológica

ARUANA SEGUROS

02 Jg. 4. AGO 2015

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carilmo e Agnóstica do Médico

Atendimento realizado por: estagiário



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aruan Valdemir Nascimento da Silva

RG nº 200875530-9 data de expedição 1/1 Órgão

CPF nº 619.262.533-6 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>Rua Vital Silva</u>
Número	<u>253</u>
Apto / Complemento	<u>-1</u>
Bairro	<u>Varzea Alegre</u>
Cidade	<u>Kumbos</u>
Estado	<u>Alagoá</u>
CEP	<u>62800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 998060111 / 992557530</u>
E-mail	<u> </u>

Por ser verdade, firmo-me.

ARUANA SEGUROS
24 AGO 2015

Local e Data: Kumbos 19/08/2015

Assinatura do Declarante: Aruan Valdemir Nascimento da Silva

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008775570-4 DATA DE EMISSÃO 26/03/2014

LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

PAI: FRANCISCO VALDENIR DA SILVA

MÃE: MARIA LÚCIA ALVES DO NASCIMENTO

MONTACEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 24/06/1996

POSS. OUTROS CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: BONHÚ TERMO: 2.141 FOLHA: 191 LIVRO: A 03 RUSSAS - CE

CNP 1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR P.: 122

LEI Nº 7.110 DE 29/06/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

CARTÃO DE IDENTIDADE

Nome do Titular Luan Valdenir Nascimento da Silva

Nome Luan Valdenir Nascimento da Silva

Sexo M

Idade 19

CPF 03.775.570-4

Assinatura

Retrato

Impressão Digital

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 619.262.533-61

Nome LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento 24/06/1996

VALIDAÇÃO

CE

CPF 03.775.570-4

Assinatura

Retrato

Impressão Digital

ARUANA SEGUROS

24 AGO 2015

VALDO SOBRETE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTO 5 "15%"

15%

ARUANA SEGUROS

24 AGO 2015

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150744102 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 05/04/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA NA DIÁFISE DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS. AO EXAME, EDEMA RESIDUAL, ATROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO E DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Eusébio T. Rocha

CRM do médico: 4774

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

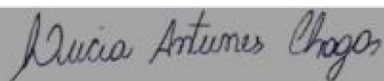
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA** Sinistro: **3150744102** Data: **05/04/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **VITAL ATILA SILVA MENEZES, 253 - VARZEA ALEGRE - Russas - CE - CEP 62900-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20087755704**

Data local do exame: [**09/09/2015**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA FECHADA NA DIÁFISE DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS. AO EXAME, EDEMA RESIDUAL, ATROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO E DO PUNHO ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA FOI SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Antº Eusébio Teixeira Rocha
Médico do Trabalho
Mib nº 2270 Port. Nº 6 de 12/06/90
CREMEC 4774 - CPF 376.928.284-15
Antonio Eusébio T. Rocha - CRM: 4774 - CE