

CAIXA

coelce

Quem não souber o que fazer,
ligue para o 0800 725 7474
(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 725 7474
0800 725 7474
0800 725 7474

BACEN
0800 979 2345
(Banco Central
do Brasil)

Data de Emissão 10/08/2013

Nome JOSE ALVES PINTO

End. Postal RU TEOFILO AVARO 00099

VILA AZUL - BOA VIAGEM - 63870000

Medidor 14181400

Categoria COMERCIAL, SERV. OUTR. MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 381456263-15

Nome do Responsável

Posto 0000 0000

Fator de Potência 0,00

CGF

DATA DE VENCIMENTO 10/09/2013

DATA DE PAGAMENTO 10/09/2013

DATA DE RECEBIMENTO 10/09/2013

DATA DE DEVOLUÇÃO 10/09/2013

DATA DE CANCELAMENTO 10/09/2013

DATA DE EXPIRAÇÃO 10/09/2013

DATA DE VALIDADE 10/09/2013

DATA DE EMISSÃO 10/09/2013

DATA DE RECEBIMENTO 10/09/2013

DATA DE DEVOLUÇÃO 10/09/2013

DATA DE CANCELAMENTO 10/09/2013

DATA DE EXPIRAÇÃO 10/09/2013

DATA DE VALIDADE 10/09/2013

DATA DE EMISSÃO 10/09/2013

DATA DE RECEBIMENTO 10/09/2013

DATA DE DEVOLUÇÃO 10/09/2013

DATA DE CANCELAMENTO 10/09/2013

DATA DE EXPIRAÇÃO 10/09/2013

DATA DE VALIDADE 10/09/2013

DATA DE EMISSÃO 10/09/2013

DATA DE RECEBIMENTO 10/09/2013

DATA DE DEVOLUÇÃO 10/09/2013

DATA DE CANCELAMENTO 10/09/2013

DATA DE EXPIRAÇÃO 10/09/2013

DATA DE VALIDADE 10/09/2013

DATA DE EMISSÃO 10/09/2013

DATA DE RECEBIMENTO 10/09/2013

DATA DE DEVOLUÇÃO 10/09/2013

DATA DE CANCELAMENTO 10/09/2013

DATA DE EXPIRAÇÃO 10/09/2013

DATA DE VALIDADE 10/09/2013

DATA DE EMISSÃO 10/09/2013

DATA DE RECEBIMENTO 10/09/2013

DATA DE DEVOLUÇÃO 10/09/2013

DATA DE CANCELAMENTO 10/09/2013

DATA DE EXPIRAÇÃO 10/09/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Consumo Mês

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

Apuração Individual

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC

DMIC

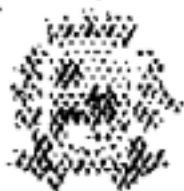
DIC

FIC

DMIC

DIC

FIC



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Declaro que: Sr. Almo Pinto
profissão: Cardiologista, RG: 3007013004848, residente à
rua: Teófilo Camacho nº 99, Bairro: Ilha Anil
Deu entrada neste hospital no dia: 24/08/13, às 19:58 h com
registro e Prontuário de nº _____

Admitido com SRA. após atendimento
apresentando Exame de Contorno de
coração com supunção de
card. realizando exame.

Acompanhado (a) pelo Médico: Dio
Submetido (a): Cardiologista, recebendo alta
hospitalar em _____ ou transferido para o
_____ a fim de dar continuidade a
tratamento especializado, de acordo com o Livro de Registro
Emergência Pág. nº 163 Unico

Boa Viagem - CE, 26 de agosto de 2013.

Amanda
Amanda Vieira Oliveira Sampaio
DIRETORA GERAL CSAM

Yosel Al Ukleb
Assinatura do Responsável

CNPJ: 07.806.680/0001-84

Casa de Saúde Adília Maria

Rua São Vicente de Paula, nº 100

Centro- CEP: 63870-000

Fone: (88) 3427-1136

Boa Viagem-Ce

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

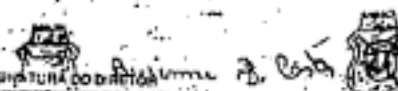


*1004

10 DEZ. 2013



NÃO ASSINA

REGISTRO GERAL	2007015008848	DATA DE EXPIRAÇÃO	23/3/2007
NOME	JOSE ALVES PINTO		
FILIAÇÃO	JOSE ALVES DA SILVA E LUIZA PINTO ALVES		
NATURALIDADE	BOA VIAGEM-CE		
DATA DE NASCIMENTO	4/9/1962		
DOC. ORIGINAL	CERT. CASAM. 2500 L B/6 F		
CPF	126 BOA VIAGEM/CE		
ASSINATURA DO DIRETOR			

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*100403



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 381.456.263-15

Nome da Pessoa Física: JOSE ALVES PINTO

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 08:47:09: do dia 26/08/2013 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 87B4.9028.813E.B2D3

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.

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

10 DEZ. 2013



D E C L A R A Ç Ã O

Eu, JOSE ALVES PINTO, RG: Nº. 2007015009848, SSPDS/CE
expedido em 23/03/2007 inscrito (a) no CPF: 381.456.263-15,
brasileiro (a) CASADO, profissão: AGRICULTOR, venho por
meio desta declarar que na data da emissão do meu
REGISTRO GERAL, CPF e demais documentos eu era
ILETRADO, somente agora estou devidamente
ALFABETIZADO.-

Boa Viagem (CE), 26 de agosto de 2013

Assinatura do Declarante

* Jose Alves Pinto

10 DEZ. 2013

Siga em Frente DPVAT

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Marca	Tipo	Placa nº
Chassi Nº	Ano	Categoria Tarifária

Nome da Vitima:

José Alves Pinto

A Vitima era:

☒ Motorista ☐ Passageiro ☐ Pedestre
Hospital onde foi atendida:

O resultado do acidente foi:

☐ DAMS ☐ Morte ☒ Lesões Corporais
Mantém convenio com o INSS / SUS

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

☒ Certidão autoridade policial sobre a ocorrência nº

☐ DUT nº

☒ RG e CPF do Sinistrado

☐ RG e CPF do(s) Beneficiário(s)

☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiário(s)

☐ _____
☐ _____
☐ _____

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso de Sinistro, com todos os documentos assinalados com (x).

Observações:

Reclamante/ beneficiário

Nome: _____ End. _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____ Telefone: (____) _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um Aviso de Sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2 (duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso CE Data 10 DEZ 2013 Local da Entrega RJ Data 10 DEZ 2013

3
Beneficiário

3
Siga em Frente Dpvt

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, JOSE ALVES PINTO, PORTADOR (A) DO RG Nº. 2007015009848 PEDIDO POR SSPDS/CE E INSCRITO NO CPF 381.456.263-15 PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ALVES PINTO, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



! 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);

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

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE DO BANCO DO BRADESCO
BANCO 001 • AGÊNCIA 0898-2 • CONTA-CORRENTE 30801-3

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____

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.

Boa Viagem - CE, 26 de Agosto de 2013.

ASSINATURA DO (A) BENEFICIÁRIO (A) Jose Alves Pinto

Jose Alves Pinto

! 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

10 DEZ. 2013

Banco Postal

Extrato de Conta Corrente

Agência: 1230675-AC BOA VIAGEM
Terminal: 12306707 Id. Trx.: 760457
Nro Aut.: 103617 Caixa: 81799110
Data: 22/11/2013 Hora: 10:26
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5157800796

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0854-2 CONTA: 30.801-3
CLIENTE: JOSE ALVES PINHO

HISTORICO
27/01/2013
SALDO ANTERIOR
N/A D H A L A N C A M E N T O S

VALOR
U.U.C.

Juros r.
Data de Débito de Juros 02/12/2013 0.00

IOF r.
Data de Débito de IOF 02/12/2013 0.00

Apurados de acordo com o sumário dos saldos devedores diários no dia anterior ao débito.

OBSERVAÇÕES:

Ingresso com SUF. Para o Cliente Banco do Brasil em Brasília. Acesse circulobancodobrasil.com.br

Central de Atendimento BB
4004-0001 / 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722
Para deficientes auditivos
0800 729 0088



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

<u>Nº da ocorrência:</u>	2715/2013	<u>Data Registro:</u>	27/09/13	<u>Hora:</u>	17:45h
<u>Nome:</u>	JOSE ALVES PINTO				
<u>Filiação:</u>	JOSÉ ALVES DA SILVA E LUIZA PINTO ALVES				
<u>Endereço:</u>	RUA TEOFILO AMARO, 99, VILA AZUL, BOA VIAGEM/CE				
<u>RG:</u>	2007015009848 SSP/CE	<u>CPF:</u>	381456263-15		
<u>Natureza da ocorrência:</u>	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
<u>Local da Ocorrência:</u>	VILA AZUL, BOA VIAGEM/CE				

HISTÓRICO:

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 24/08/2013 por volta das 19:30h, o declarante trafegava em uma motocicleta, uma HONDA/CG 150, FAN ESI DE COR VERMELHA, DE PLACA OHX 1061, ANO/MODELO 2012/2012, CHASSI 9C2KC1670CR479885, licenciada em nome de IVONEIDE CARLOS DE SOUZA, se deslocando pelo bairro vila azul, quando a moto derrapou, momento em que veio a cair, que o noticiante foi socorrido ao Hospital local, onde apresentou escoriações e corte profundo no rosto. Nada mais disse.

Noticiante:

JOSE ALVES PINTO

Escrivão:

[Assinatura]

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



10 DEZ. 2013

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE ALVES PINTO portador (a) do RG: 2007015009848, expedido por SSPDS/CE em 23/03/2007 e inscrito (a) no CPF: 381.456.263-15, residente e domiciliada na Rua. Teófilo Amaro, n°. 99 Bairro. Vila Azul, cidade Boa Viagem, CEP. 63870-000, estado do Ceará. Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML, para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei n°. 6.194/74), uma vez que:

(x) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência;

() 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 à custa 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 n° 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.


Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Boa Viagem - CE 26 de Agosto de 2013

Local e data

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



10 DEZ. 2013

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

Informações do Acidente

Processo: 2013799813
Nome da Vítima: Jose Alves Pinto
Local do Acidente: Boa Viagem CE
Data do Acidente: 24/08/2013

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?

☒ **Sim** ☐ Não ☐ Prejudicado

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

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

Resposta: Dedo da mão direito a e dedo do pé direito e crânio.

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.

Resposta: Periciando com trauma da mão e pé direito com deformidade. Ferida cortecontuso da região parietal esquerda.

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

☐ Sim ☒ **Não**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

☐ Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

☐ 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

☒ **O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.**

Deformidade com lesão de tendinosa do 3 dedo da mão direita e fratura física do 1 dedo do pé direito, deformidade da face.

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) 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)

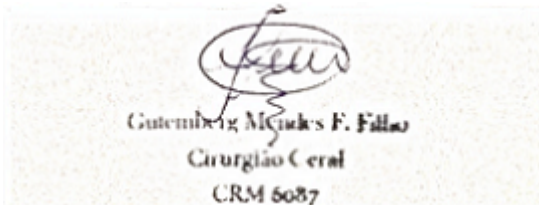
Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

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

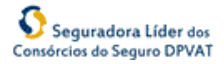
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	1ª Lesão	50% (média)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	2ª Lesão	75% (grave)
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	3ª Lesão	50% (média)
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: Gutemberg Mendes Farias Filho
Registro no CRM: CE 6087
Local do Exame: Boa Viagem - CE
Data do Exame: 21/01/2014



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013799813**Cidade:** Boa Viagem**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE ALVES PINTO**Data do acidente:** 24/08/2013**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: 26/12/2013**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** politraumatismo**Resultados terapêuticos:** tto conservador**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** Encaminhado à perícia médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.**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: 2013799813**Cidade:** Boa Viagem**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE ALVES PINTO**Data do acidente:** 24/08/2013**Emissor do parecer:** Marcus Vinicius Carvalho Freire**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG
Sistemas de
Saude Ltda.**CRM do médico:** 6087

PARECER

Diagnóstico: trauma da mão e pé direito Ferida corto contuso da região parietal esquerda.**Descrição do exame médico pericial:** Deformidade com lesão de tendinosa do 3 dedo da mão direita e fratura física do 1 dedo do pé direito, deformidade da face.**Resultados terapêuticos:** TTO CONSERVADOR**Sequelas permanentes:** DANO MÉDIO EM ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS DANO GRAVE EM 1º DEDO DA MÃO DANO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 21/01/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Gutemberg Mendes Farias Filho**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100	1	50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	1	75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10	1	75

Valor avaliado: 8.775,00