

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150519727 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES **Data do acidente:** 06/05/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE PERNA ESQUERDA E POLEGAR DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO/POLEGAR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO:25% DE 70% = 17,5%/POLEGAR DIREITO:50% DE 25%= 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2015

Carta nº: 7146646

A/C: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES

Sinistro: 3150519727
Vitima: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES
Data Acidente: 06/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/06/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2015

Carta nº: 7291800

A/C: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES

Sinistro: 3150519727
Vitima: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES
Data Acidente: 06/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/06/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2015

Carta nº: 7614833

A/C: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES

Sinistro: 3150519727
Vítima: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES
Data Acidente: 06/05/2015
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, 01 de Setembro de 2015

Carta nº: 7720863

A/C: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES

Sinistro: 3150519727
Vítima: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES
Data Acidente: 06/05/2015
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: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001071-5

Conta: 000010019835-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 011826491648

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 00878207406 0000000000 2015

NOME
ANTONIO ANGELO GOMES

 INDEPENDENCIA /CE
CPF / CNPJ
42325382320PLACA
HXH4662/CEPLACA ANT./UF
/CECHASSI
9C2KD03306R004854ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO-APLIC.COMBUSTÍVEL
GASOLINAMARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESANO FAB.
2005ANO MOD.
2006CAP / POT / cil
2P/14CV/149CCCATEGORIA
PARTICCOR PREDOMINANTE
VERMELHADOTA ÚNICA
*****VENC. DOTA ÚNICA
//**VENC. / COTAS
1*****P
V
A
FADA L.PVA
*****PARCELAMENTO / COTAS
*****2*****
3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL
INDEPENDENCIA

DATA

30/03/2015

Igor Pontel

Superintendente

DETRAN-CE

 SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011826491648 BILHETE DE SEGURO DPVAT

 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204
EXERCÍCIO
2015DATA EMISSÃO
30/03/2015VIA
01

CPF / CNPJ

42325382320

PLACA

HXH4662

RENAVAM
00878207406

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.
2005

CAL. DEF.

09

Nº CHASSI

9C2KD03306R004854

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

129,04

DETRAN (R\$)

14,34

CUSTO DO SEGURO (R\$)

143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

IOF (R\$)

1,11

TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$)

292,01

PAGAMENTO

☒ DOTA ÚNICA☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

27/03/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KDC3E36004854

01924

ARUANA SEGUROS

12 JUN 2015



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, Antonio Agildo Lima GomesPORTADOR(A) DO RG Nº 2007014030118 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 16/5/2007CPF 603654133-30 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Genérico

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Agildo Lima Gomes, 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.

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 aparecem 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 Lotéticas 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 SISDPVAT 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, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com a imagem de código de segurança.

ARUANA SEGUROS
12 JUN 2015

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1071-5 N° da CONTA (com dígito, se existir) 19.835-8

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 REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Independência 97 de maio de 2015 x Antonio Agildo Lima Gomes
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 ao/s beneficiário(s) na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que é tabelado de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotran.

DOCUMENTO 1 *T1*

à legislação vigente
las e de acordo com a

0800-0221204.

31 50/519 729

COBAN:33878 LOJA:01 PDV:01		
28/05/2015	BANCO DO BRASIL	13:30:20
107191239		074E
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE EM DINHEIRO		
CLIENTE: ANTONIO AGUILO LIMA GOMES		
AGENCIA: 1071-5	CONTA:	19.835-8

DATA	28/05/2015	
NR. DOCUMENTO	10.713.387.800.746	
VALOR DINHEIRO	20,00	
VALOR TOTAL	20,00	

NR. AUTENTICACAO	6.2EB.801.803.38C.E3F	

ARUANA SEGUROS
19 JUN 2015
09



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3393 / 2015



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 13/05/2015 15:16:23
Data / Hora da Ocorrência : 06/05/2015 11:20:00
Endereço da Ocorrência: R TENENTE FALCAO

70 INDEPENDENCIA /CE

Ponto de Referência: CASA DA NALDA ELETROMOVEIS

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES
Nascimento : 28/11/1992
RG: 2007014030118 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 60365413330
Filiação: ANTONIO ANGELO GOMES
RAIMUNDA BARROS DE LIMA
Endereço: R CICERO JUSTINO 615
CENTRO 63640000
INDEPENDENCIA CE BRASIL

DOCUMENTO 1 "T196"



Telefone:

Histórico

INFORMA O REGISTRANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO SE ENCONTRAVA GUIANDO A MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO DE FABRICAÇÃO/MODELO 2005/2006, COR PREDOMINANTE VERMELHA, PLACA ITXII 4662, CHASSI 9C2KD0330GR004834, LICENCIADA EM NOME DE ANTONIO ANGELO GOMES, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO AO DESVIAR DE UNS CACHORROS QUE ESTAVAM ATRÁS DE UMA CACHORRA NO CIO, NO MEIO DA RUA, SE DESEQUILIBRANDO, CAINDO NO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SEU IRMÃO RAULSON PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE INDEPENDÊNCIA, PORQUE O MUNICIPIO NÃO DISPOE DE SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, ANJOS DO ASFALTO OU SIMILAR, FICANDO CONSTATADO DOR EM POLEGAR DIREITO E COR PERNA ESQUERDA COM LESAO CORTO-CONTUSA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MANOEL GENESIO BERNARDINO - MAT.: 133958-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : X Antonio Agildo Lima Gomes

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOAO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DOCUMENTO 2 "T250"



Eu, Antonio Agildo Lima Gomes, portador da carteira de identidade nº 2007014030118 e inscrito no CPF/MF sob o nº 603.654.133-30, residente e domiciliado na Rua Lúcia Justina 615, Cidade Independência, Estado Ceará, 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.

Antonio Agildo Lima Gomes

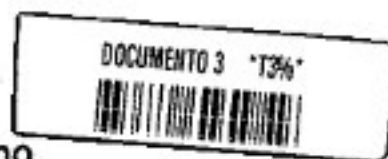
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Independência

Local e data



DATA 06/05/15 HORÁRIO: 11:35
telefone: () _____



Boletim de Atendimento de Paciente Externo
Hospital Municipal de Independência Ce

Paciente: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES CNS: 1600312930200001

Idade 22 Data de Nascimento: 28/11/92 Sexo: M Naturalidade: INDEP.

Profissão: JOSEIRO Estado Civil: CASADO Endereço: RUA CICERO JUSTINO

Mãe RAIMUNDA BARROS DE LIMA

Motivo do Atendimento: _____

() Clínico () Obstétrico () Psiquiátrico () Violência () Pediátrico () Cirúrgico (x) Acidente

PA: _____ T: _____ FC: _____ FR: _____ Glicemia: _____ Peso: _____ SPD 2: _____

Médico Responsável _____

Conduta Médica:

PACIENTE REFERINDO QUINTA DE MÃO VIA
APROXIMADAMENTE 03 HORAS. (SIC). COM AUMENTO DE
DOR EM PULSAR DÍGITO E POR UM PERÍODO BREVE
APRESENTA PULSO LENTO LATO-INTENSO DE APO-
XIMADAMENTE 03 cm. S/ OUTROS SINAIS. S/ SINAL
DE FANTUM APARENTE. NÃO ALERGIAS MENCION-
ADAS.

- NÍVEL 0 UNATIVO
- VOLTAÇÃO 45mm 1amp 1m.
- DEBILIDADE 4mm 1amp + 18mm AD. 10.



Dr. Antonio Agildo Lima Gomes
MÉDICO
CRM 15412-CE

Médico

Antonio Agildo Lima Gomes
Paciente ou responsável

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Antonio Agildo Lima Gomes

RG nº 2007014030116, data de expedição 16/5/2007 Órgão SSP/CE

CPF nº 603.654.133-30, 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>Cicero Justino</u>
Número	<u>615</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Liberdade</u>
Cidade	<u>Independência</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.640.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99869212 92893549</u>
E-mail	<u>Luana 02 macado@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Independência, 27 de maio de 2005.

Assinatura do Declarante: Antonio Agildo Lima Gomes





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Angelo Gomes

RG nº 1967467-90, data de expedição 28/08/90,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 423.253.823-20, com

domicílio na cidade de Independência, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Lacerdo Justino, nº 615,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Antonio Agildo Lima Gomes cujo o condutor era

Antonio Agildo Lima Gomes.

Veículo: Honda/NXR150 Bros RS

Modelo: 2006

Ano: 2005

Placa: HXH 4662

Chassi: 9C2K1003306R004854

Data do Acidente:

Local e Data: Independência 21/05/2015



Antonio Angelo Gomes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]

CARTÓRIO GILVAN PACÍFICO R. JOÃO F. BONFIM, 246, CENTRO
2º OFÍCIO - INDEPENDÊNCIA/CE CEP 63640-000 (88)3675-1270

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:

ANTONIO ANGELO GOMES.

Dou fé. Em 21/05/2015. Em test. VE de verdade.



CARTÓRIO GILVAN PACÍFICO
2º OFÍCIO - INDEPENDÊNCIA-CE
Maria de Fátima Almeida Araújo Lacerda
Escritor Autorizada



DATA 06/09/15 HORÁRIO: 11:35

telefone: () _____

DOCUMENTO 5 "TSN"



Boletim de Atendimento de Paciente Externo

Hospital Municipal de Independência Ce

Paciente: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES CNS: 1600312930200001Idade 22 Data de Nascimento: 28/11/92 Sexo: M Naturalidade: JuazeiroProfissão: JOSEIRO Estado Civil: CASADO Endereço: Rua Cicero JustinoMãe: DOMINICA BARROS DE LIMA

Motivo do Atendimento: _____

() Clínico () Obstétrico () Psiquiátrico () Violência () Pediátrico () Cirúrgico (☒) Acidente

PA: _____ T: _____ FC: _____ FR: _____ Glicemia: _____ Peso: _____ SPD 2: _____

Médico Responsável _____

Conduta Médica:

PACIENTE RECORRIDO QUEDA DE MURO VIA
APROXIMADAMENTE 03 MORNAS. (SIC) COM QUINTA DE
DOR EM PORECA DINDADO E DOR EM PERNA ESQUERDA.
APRESENTA POUQUISSIMA LESÃO LATO-CONTUSA DE APO-
XIMADAMENTE 03 CM. S/ OUTROS ALTAÇOS. S/ SINAIS
DE FANTUM APARENTE. NÃO ALERGIA. MENIN-
TERNUSSA.

- NOMEZA O UNATIVO = 14:45
- VOLTAÇÃO 45mm JAMP 1m
- DELAÇÃO 45mm JAMP + 18mm AD. IV.



Dr. Antônio Agildo Lima Gomes
Médico
CRM 100000-00

Médico

Antônio Agildo Lima Gomes
Paciente ou responsável



RESUMO DE TRATAMENTO.

- 1. NOME DO PACIENTE: Antônio Agildo Lima Gomes .
- 2. LOCAL: Independência - Cé.
- 3. DATA DO ACIDENTE: 06 / 05 / 2015.
- 4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO SOFREU:
Fratura Da Mão Esquerda (Polegar).
- 5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO: Conservador: Rx, Analgésico,
Anestésico, Redução Da Fratura, Sutura, Antibiótico, e Imobilização por
45 Dias.
- 6. EVOLUIU REFERINDO: Rigidez Articular, Atrofia Muscular, Perda Da
Força, Deformidade Física, e Redução Na Amplitude Dos Movimentos.
- O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE:

Mão: 75%.

ARUANA SEQUEIRA

11 AGO 2015

OBS: A Apresentação Desde Resumo Não é Obrigatório , Apenas—
Para Facilitar A Análise Do Acidente.

DATA: 08/07/15

Assinatura de Danilo Martins		
MÉDICO CRM 6253		
ASSINATURA	E	CARIMBO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

ANTONIO AGILDO LIMA GOMES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007014030118 DATA DE EMISSÃO 16/5/2007

NOME ANTONIO AGILDO LIMA GOMES

FILIAÇÃO ANTONIO ANGELO GOMES E RAIMUNDA BARROS DE LIMA

NATURALIDADE INDEPENDENCIA-CE DATA DE NASCIMENTO 28/11/1992

CERT. NASC. 659 L A ESP F

165 10FICIO/INDEP/CE

PORTALEZA CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 2008-83

DOCUMENTO 6 "T6"



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 603.654.133-30

Nome ANTONIO AGILDO LIMA GOMES

Nascimento 28/11/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE 0AAB.727C.5FDF.A841

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

09:23:20 do dia 06/08/2015 (hora e data do Brasil)

digitalizado por: 00

ARUANA SEGUROS
12 JUN 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150519727 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES **Data do acidente:** 06/05/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE PERNA ESQUERDA E POLEGAR DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 60 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150519727 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES **Data do acidente:** 06/05/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NÃO ESPECIFICADO NA PERNA ESQUERDA.

TRAUMA NO POLEGAR DIREITO COM FERIDA CORTOCONTUSA DE CERCA DE 3 CM.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA QUEIXA-SE DE DOR À MOVIMENTAÇÃO DO POLEGAR DIREITO. AO EXAME CLÍNICO: HÁ LIMITAÇÃO IMPORTANTE METACARPO FALANGEANA DO POLEGAR DIREITO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. MARCHA NORMAL, MOVIMENTOS NORMAIS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A ATENDIMENTO INICIAL COM LIMPEZA E SUTURA. EVOLUIU COM COMPLICAÇÃO. FOI A OUTRO SERVIÇO RECEBEU FIXAÇÃO INTRAMEDULAR COM FIO DE KIRSCHNER POR 60 DIAS JÁ RETIRADO. EVOLUIU COM ANQUILOSE METACARPOFALANGEANA E INTERFALANGEANA DO POLEGAR DIREITO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/08/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

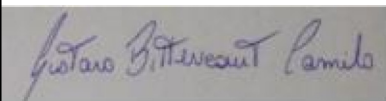
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO AGILDO LIMA GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01071-5

CONTA: 000010019835-X

Nr. da Autenticação 173119EEAF005E6C

**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): **ANTONIO AGILDO LIMA GOMES** Sinistro: **3150519727** Data: **06/05/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **CICERO JUSTINO, 615 - LIBERDADE - Independência - CE - CEP 63640-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2007114030118**

Data local do exame: [**17/08/2015**] **Independência** [**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)
TRAUMA NÃO ESPECIFICADO NA PERNA ESQUERDA. TRAUMA NO POLEGAR DIREITO COM FERIDA CORTOCONTUSA DE CERCA DE 3 CM. VÍTIMA QUEIXA-SE DE DOR À MOVIMENTAÇÃO DO POLEGAR DIREITO. AO EXAME CLÍNICO: HÁ LIMITAÇÃO IMPORTANTE METACARPO FALANGEANA DO POLEGAR DIREITO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. MARCHA NORMAL, MOVIMENTOS NORMAIS DO MEMBRO INFERIOR 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.
SUBMETIDA A ATENDIMENTO INICIAL COM LIMPEZA E SUTURA. EVOLUIU COM COMPLICAÇÃO. FOI A OUTRO SERVIÇO RECEBEU FIXAÇÃO INTRAMEDULAR COM FIO DE KIRSCHNER POR 60 DIAS JÁ RETIRADO. EVOLUIU COM ANQUILOSE METACARPOFALANGEANA E INTERFALANGEANA DO POLEGAR DIREITO.

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 1º quirodáctilo direito

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):
1º quirodáctilo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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.


Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO