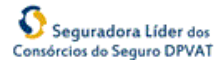


PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013796390**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROCI SERAFIM DA SILVA**Data do acidente:** 03/07/2013**Emissor do parecer:** Tatiane Jardim dos Santos**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 921386

PARECER

Data da análise: 20/03/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMA PÉ D + MÃO E**Resultados terapêuticos:** TTO CLINICO**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL TRAUMA PÉ D + MÃO E**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** DANO LEVE TRAUMA PÉ D + MÃO E**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** LUCIULA PRATA**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos pés	50	1	25
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	25

Valor avaliado: 4.050,00

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.462,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROCI SERAFIM DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04370

CONTA: 000000001658-1

Nr. da Autenticação A0CB9AC60C851F92



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 560803

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:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			Placa BMZ-4481/CE	
Nome da Vítima ROCI SERAFIM DA SILVA			Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 20/11/1967	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 122.303.908-05	Data Ocorrência 03/07/2013

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

() Certidão Nº 1704/2013 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
ROCI SERAFIM DA SILVA	Vítima	VITIMA	20/11/1967	63860-000	122.303.908-05

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações:

OUTROS _____
1004054

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 09 DEZ. 2013

Local da Entrega RJ

Data 09 DEZ. 2013

Suelen
Beneficiário

Suelen
Centauro Vida e Previdência

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo: .

Código: 560803

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA	
BO Nº 1704/2013	Data BO 09/07/2013	DELEGACIA DPI BOA VIAGEM			
Placa BMZ-4481/CE		Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML
Nome da Vítima ROCI SERAFIM DA SILVA			Tipo Sinistrado 3 - Motorista		Natureza 2 - INVALIDEZ
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 20/11/1967	Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 122.303.908-05	Data Ocorrência / Hora 03/07/2013 / 07:00
Cidade MADALENA		UF CE	CEP 63860-000	Telefones	
Email atendimento@salek.com.br					
Qtde. Benef. 1	Data Óbito	Médico JOSÉ			Valor(INVALIDEZ) 0,00

Beneficiários						
Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	DL.Nasc.	CPF/CNPJ
			Complemento	Bairro	Cidade	UF
				Renda		
ROCI SERAFIM DA SILVA			Vítima	VITIMA	20/11/1967	122.303.908-05
63860-000 RUA BOA VISTA 1179				CENTRO	MADALENA	CE
OUTROS				R\$ DE 1,00 A 1.000,00		
Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 4370 C/P 1657-1						

Histórico		
Data	Usuário	Situação
09/12/2013 11:10:23	MSA VALERIA	Pré-Cadastro não analisado
09/12/2013 11:10:38	MSA VALERIA	Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)

09 DEZ. 2013

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 560803 e a data de nascimento 20/11/1967 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



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, ROCI SERAFIM DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2006005032610 EXPEDIDO POR SSP/DF/CE EM 14 / 02 / 2006 E
 CPF 122303908-05 / CNPJ 000000000000000000 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 ROCI SERAFIM DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 4370 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 1658-1

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

LOCAL MADALENA - CEARÁ DATA 23 / 11 / 2013

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) ROCI SERAFIM DA SILVA

⚠ **ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

326-87838826-6

22/NOV/2013

HORA DE 10:39:32

LOT. 05.015222-0
LOCALIDADE: MADALENA
AG. VINCULADA: 4370

TERM 040711

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

4370:00001658-1

Nome: ROCI SERAFIM DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA LIMITE	SALDO
04/11	0,00 C

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA LIMITE	SALDO
04/11	20,55 C

RESUMO EM 21/11

SALDO	20,55
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO DISPONIVEL	20,55 C
------------------	---------

SALDO TOTAL	20,55 C
-------------	---------

326-87838826-6

09 DEZ. 2013



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

Nº Ocorrência:	1704/2013	Data Registro:	09/07/13	Hora:	10:3
Nome:	ROCI SERAFIM DA SILVA				
Filiação:	Antônio Pereira da Silva e Luiza Serafim da Silva				
Endereço:	Rua Antônio Severo de Pinho nº 1179, bairro boa vista, Madalena-CE,				
RG:	2006005032610 SSPDS/CE	CPF:	122.303.908-05		
Natureza da Ocorrência:	Acidente de Trânsito				
Local da Ocorrência:	Próximo ao Açude Umari, Localidade de Mar zona rural, Madalena-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 03 de Julho de 2013, por volta das 07:00h, quando trafegava por uma estrada carroçável, na localidade de Manga, Madalena-CE, e na ocasião pilotava uma motocicleta HONDA CG 125 TITAN, cor VERMELHA, ano/modelo 1994/1995, placa BMZ 4481, chassi: 9C2JC2501RRS33594, registrada em nome de José Renaldo Facundo Ferreira; afirma o declarante que o cabo do freio traseiro da motocicleta quebrou, perdeu o controle da mencionada motocicleta e balroou em uma barreira e caiu, que após o acidente o mesmo foi socorrido para o Hospital de Madalena-CE, em seguida para o Hospital de Canindé CE- o qual apresentava Fratura com lesão em pé Direito, Fratura no 2º dedo da mão esquerda mais trauma escoriativas com lesões cortantes em perna direita, e várias escoriações pelo corpo. Nada mais disse.

NOTICIANTE: ROCI SERAFIM DA SILVA

ESCRIVÃO:

Julio Daphine Sousa do Nascimento
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 99865-1-3

09 DEZ. 2013



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

Nº Ocorrência:	1704/2013	Data Registro:	09/07/13	Horas:	10:30
Nome:	ROCI SERAFIM DA SILVA				
Filiação:	Antônio Pereira da Silva e Luiza Serafim da Silva				
Endereço:	Rua Antônio Severo de Pinho nº 1179, Bairro dos Vista, Madalena-CE				
RG:	5006002032610 SPDS/CE	CPF:	122.303.908-02		
Natureza da Ocorrência:	Acidente de Trânsito				
Local da Ocorrência:	Próximo ao Açuá Umari, Localidade de Maré Zonal, Madalena-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 03 de Julho de 2013, por volta das 07:00h, quando trafegava por uma estrada carroçável, na localidade de Manga, Madalena-CE, e na ocasião pilotava uma motocicleta HONDA CG 125 TITAN, cor VERMELHA, ano/modelo 1994/1995, placa BMS 4481, chassi: 9C31C201RR23294, registrada em nome de José Rinaldo Falcão Pereira; afirma o declarante que o caso do furo traseiro da motocicleta quebrou, perdendo o controle da mencionada motocicleta e batou em uma barreira e caiu, que após o acidente o mesmo foi socorrido para o Hospital de Madalena-CE, em seguida para o Hospital de Canindé CE - o qual apresentava fratura com lesão em pé Direito, Fratura no 3º dedo da mão esquerda mais trauma escurativas com lesões contusas em pernas direita, e várias escoriações pelo corpo. Nada mais disse.

NOTICIANTE: ROCI SERAFIM DA SILVA

ESCRIVÃO:



ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA CIVIL DE BOA VIAGEM/CE.

AUTO DE EXAME DE CORPO DE DELITO

Aos 09 dias de Julho de 2013, nesta cidade de Boa Viagem, onde por volta das 16:50h, presente se achava o Bel. JOANILDO LEONARDO DA SILVA, Delegado de Polícia Civil, comigo, Carlos Ademir Veras Pinheiro, escrivão de Polícia Civil ad hoc, ao final assinado, na sequência foram nomeados os Peritos abaixo firmados, para procederem a exame de corpo de delito lesão corporal em:

ROCÍ SERAFIM DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Boa Viagem/CE, nascido 20/11/1967, portador do RG 2006005032610 da SSPDS/CE, filho de Antônio Pereira da Silva & Luiza Serafim da Silva, residente na rua Antônio Severo de Pinho nº 1179, boa vista, Madalena.

Descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias o que encontrarem, respondendo depois aos seguintes quesitos: PRIMEIRO - Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente; SEGUNDO - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; TERCEIRO - Se foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel. QUARTO Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta dias); QUINTO - Se resultou perigo de vida; SEXTO - Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função; SÉTIMO - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente. Em consequência passaram os Peritos a fazerem o exame solicitado, e ao final declaram (Breve histórico):

*Fratura de 2º metacarpo com
deformidade e fratura de pé Dto
em 1º metacarpo. Instrumento
ortopedico - fratura de bacia Dto*

Primeiro: Sim Segundo: Fratura Terceiro: Não

Quarto: Sim Quinto: Não Sexto: Sim

Sétimo: Sim E nada mais havendo a lavrada foi encerrada o presente Auto que vai devidamente assinado.

Autoridade:

Perito: _____

Perito: _____

Escrivão:

*Dr. José Carlos Martins
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 6076*

09 DEZ. 2013



ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA CIVIL DE BOA VIAGEM/CE

AUTO DE EXAME DE CORPO DE DELITO

Aos 09 dias de Julho de 2013, nesta cidade de Boa Viagem, onde por volta das 18:50h, presentes as achava o Bel. JOAQUILDO LEONARDO DA SILVA, Delegado de Polícia Civil, comido, Carlos Ademir Viana Pinheiro, escrivão de Polícia Civil ad hoc, ao final assinado, na sequência foram nomeados os Peritos abaixo firmados, para procederem a exame do corpo de delito lesão corporal em:

ROCI SERAFIM DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Boa Viagem/CE, nascido 20/11/1967, portador do RG 2006002032610 da SSP/CE, filho de Antônio Pereira da Silva & Luiza Serafim da Silva, residente na rua Antônio Severo de Pinho nº 1179, Boa Vista, Madalena.

Descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias o que encontrarem, respondendo depois aos seguintes quesitos: PRIMEIRO - Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente; SEGUNDO - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; TERCEIRO - Se foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou ferimento ou por outro meio insidioso ou cruel. QUARTO - Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta dias); QUINTO - Se resultou período de vida; SEXTO - Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função; SÉTIMO - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente. Em consequência passaram os Peritos a fazerem o exame solicitado, e ao final declaram (Breve histórico):

Primeiro: _____ Segundo: _____ Terceiro: _____
Quarto: _____ Quinto: _____ Sexto: _____
Sétimo: _____

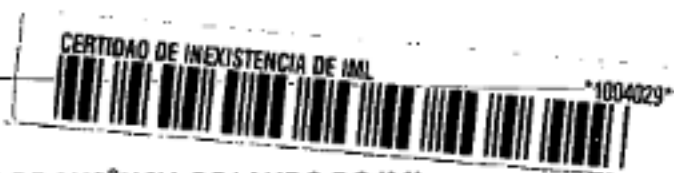
Se cada mais havendo a lavrada foi encerrada o presente Auto que vai devidamente assinado.

Autoridade:

Perito:

Perito:

Escrivão:



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Roci SERAFIM DASILVA, portador da carteira de identidade nº 2006005032610 e inscrito no CPF/MF sob o nº 122.303.908-05, residente e domiciliado na Rua Antônio Severo de Lima nº 1149, Cidade Madalena CE, Estado CEARA, 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.

Roci SERAFIM DASILVA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

09 DEZ. 2013



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **ROCÍ SERAFIM DA SILVA** RG Nº. **2006005032610** data de expedição **14/02/2006**, Órgão **SSPDS/CE**, CPF Nº. **122.303.908-05** venho parente a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Boa Vista
Número	Nº. 1179
Apto/Complemento	Casa
Bairro	Boa Vista
Cidade	Madalena
Estado	Ceará
CEP	63.860.000
Telefone de Contado	(88) 9950-0004 – (88) 8874-8777 – (88) 3427-1916 (88) 9950-0003 _ (88) 9266-8392
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Madalena – CE, 20 de Novembro de 2013.

ROCÍ SERAFIM DA SILVA

09 DEZ. 2013

Nº DO CLIENTE

2806601-1

coelce

Rua Pedro Caldeira, 123 - Edifício 100 - Fátima - Rio de Janeiro - RJ
 CEP: 22.251-000 - Fone: (21) 2507-0000 - Fax: (21) 2507-0001
 A Tarifa Social de Energia Elétrica tem como base o nº 10.438, de 26 de abril de 2006.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA LIGADA À SERIE D-1 EN

510784036

Rota 13 368 - OL 002200 - 4

Data de Emissão 23/09/2013

Nome LUIZA LIPARINI DA SILVA

End. Postal RU BOA VISTA 011/9

Medidor BSA VISTA - MADALENA - 63360020

Classe 01 - 100 MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 01 - 43333-68

Nome do Responsável

Ponto 0000 0000
 Fator de Potência 0,80
 CGF

DATA:

Data de Emissão 23/09/2013

Data de Vencimento 23/09/2013

Data de Corte 23/09/2013

Data de Faturamento 23/09/2013

Data de Pagamento 23/09/2013

Data de Recebimento 23/09/2013

Data de Cancelamento 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Suspensão 23/09/2013

Data de Retorno 23/09/2013

Data de Encerramento 23/09/2013

Data de Arquivamento 23/09/2013

Data de Exatidão 23/09/2013

Data de Validade 23/09/2013

Data de Vigência 23/09/2013

Data de Exercício 23/09/2013

Data de Anulação 23/09/2013

Data de Reversão 23/09/2013

Data de Reintegração 23/09/2013

Data de Reabertura 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

Data de Reativação 23/09/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjuntos

Mês

Jul 13

Período de Referência

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

Total

Anual

Atual

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

ÁREA DE SERVIÇO AO CLIENTE

VENCIMENTO 05/11/2013

TOTAL PAGAR (R\$) 9,35

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Valor desta fatura R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

Valor de Pagamento R\$ 9,35

09 DEZ. 2013

08:03hs
SUS
125

H.M.M.T.

13

HOSPITAL E MATERNIDADE MÃE TOTONHA

FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 03/07/13 CARTÃO SUS: 898050029001317

NOME: Rosângela da Silva

DN: 20/11/67 IDADE: 45 SEXO: (☒) Masculino () Feminino

CN FOLHA: LIVRO: TERMO: DATA EXPEDIÇÃO: 1/1/1

RG Nº: 2006005032630 DATA EXPEDIÇÃO: 14/02/06

PAI: Antonio Pereira da Silva

MÃE: Luiza Senagim da Silva

NATURALIDADE: Bom Viagem-G PROCEDÊNCIA: Madalena-G

ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Agricultor

RUA: Antonio Severino de Pinho Nº 1179 BAIRRO: Bom Vista

TEMPERATURA: 36°C P.A.: 120 X 80 mmHg PESO:

QUEIXA PRINCIPAL:

Queda de peso
Do edema, limitação funcional
EXAME FÍSICO: perna edematosa
disponível de dedo unguem

HDA: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR *1004



EXAMES SOLICITADOS:

1 NO UTI
0 Benzocidil 1.200.000 UT 08:53f
MEDICAMENTOS: Paciente não quis tomar

DESTINO: () Tratamento p/ Casa () Observação () Internamento ☒ Encaminhamento

Ass. PACIENTE: ROSÂNGELA Ass. MÉDICO:
DA SILVA

RECIBO
DE ATENDIMENTO
Nº 125

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	Pé direito (fratura talus e calcâneo)
2º	
3º	Mão esquerda (fratura em 2º qd mão E)
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Madalena-Ce

28, 07, 13

POISERAFIM JASILVA

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

RELATÓRIO MEDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Roci Jacquin de Silva

DATA DO ACIDENTE:

03/07/13

TRATAMENTOS CIRURGICOS OU CONSERVADOR REALIZADOS NO PACIENTE:

Tratamentos ortopédicos incrementos
com imobilizações gipsadas em
peito e membros superiores +
AINS + ABT + curativos

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

01 (um) dia

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO
PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE,
FISIOTERAPIA, ETC.

Tratamento de membros
Tratamento de aparelho
AINS
ABT

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

12/10/13

Modulimil 28/07/2013

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia / Ortopedia
CREMEC 6076

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente, Roi Serafim de Silva

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em 03/04/13, no qual
sofreu as seguintes lesões:

fratura de hálux
do pé direito, fratura de
osso cuboide pé direito, fratura
de mão esquerda (2º
quadradocelebra), purulentos
em ambas as

efetuou os seguintes tratamentos

internamente ortopédicos mermentos
com antibioticoterapia geral
tipo leve para MSE e pro
bate em MTD + AINS + ASB + Anestésicos

Informo que os tratamentos foram realizados durante o período
de 03/04/13 a 09/11/13, tendo findado seu tratamento
recebeu ALTA DEFINITIVA em 10/10/13.

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

Artrose no pé direito com
deformidade, dor crônica
e instabilidade, claudicações
deformidade da mão esquerda e
distúrbio de função de "polegar" e "garra

Intelexile 28/11/13

Local

data

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 6876

assinatura e carimbo

Paciente: ROI SERAFIM DASILVA

08:03 km
SUS
1255

H.M.M.T.

1.3

HOSPITAL E MATERNIDADE MÃE TONHA

FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 03/07/13 CARTÃO SUS: 89805002901317

NOME: ROSE SERRAFA DA SILVA

DN: 20/11/67 IDADE: 45 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino

CN FOLHA: LIVRO: TERMO: DATA EXPEDIÇÃO: 1/1/1

RG Nº: 2006005032630 DATA EXPEDIÇÃO: 34/02/06

PAI: ANTONIO SERRAFA DA SILVA

MÃE: LUÍZA SERRAFA DA SILVA

NATURALIDADE: Bom Jardim - RJ PROCEDÊNCIA: Madalena - RJ

ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Agricultor

RUA: ANTONIO SERRAFA DA SILVA Nº 1179 BAIRRO: Bom Jardim

TEMPERATURA: 35.2 P.A.: 110 X 80 mmHg PESO:

QUEIXA PRINCIPAL:

Queda de peso

Dor, edema, limitação funcional

EXAME FÍSICO: perna edematosa

disponível 2º dedo 1º e 2º

HDA:



EXAMES SOLICITADOS:

OBZ da 1.200.000 UT 058:53f

MEDICAMENTOS: Paciente não quis medicação

DESTINO: ☐ Tratamento p/ Casa ☐ Observação ☐ Internamento ☒ Encaminhamento

Ass. PACIENTE: ROSE SERRAFA DA SILVA Ass. MÉDICO:

da Silva

RECIBO
DE ATENDIMENTO
HOSPITALAR

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1034037



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2006005033610

DATA DE EMISSÃO 14/2/2010

NOME ROCI SERAFIM DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO PEREIRA DA SILVA E LUIZ A. SERAFIM DA SILVA

RESIDÊNCIA RUA VIAGEM CR 634V MADALENA/CE

DATA DE NASCIMENTO 20/11/1967

IDENT. NASC. 7823 L A/14 P

CNPJ 12230390805 LP. ANT 100336706

10/11/2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ROCI SERAFIM DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

TELEFONES PARA CONTATOS

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003

(88) 8874-8777 (88) 9266-8392

(88) 3427-1916



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - CE N° 5374610410

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO 5374610410

GLAD 01 629625735 0000000000

JOSE RENALDO FACUNDO FERREIRA
FAZ. SANTA TEREZINHA 00000
***** ZONA RURAL
63.070-000 BOA VIAGEM CE

15579948307 8H24481

ERINEIDE SOARES DA SILVA

9C2JC2501RRS33594 REM

PAS/MOTOCICLO *****
HONDA/CG 125 TITAN
2P/12CV/125CC
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE VERMELHA

DATA 26/12/2002

BOA VIAGEM

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - CE N° 5374610410

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO 5374610410

GLAD 01 629625735 0000000000

JOSE RENALDO FACUNDO FERREIRA
FAZ. SANTA TEREZINHA 00000
***** ZONA RURAL
63.070-000 BOA VIAGEM CE

15579948307 8H24481

9C2JC2501RRS33594

PAS/MOTOCICLO *****
HONDA/CG 125 TITAN
2P/12CV/125CC
CATEGORIA PARTIC
COR VERMELHA

CRV: 5374610410

BOA VIAGEM

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - CE N° 5374610410

BILHETE DE SEGURANCA

JOSE RENALDO FACUNDO FERREIRA
FAZ. SANTA TEREZINHA 00000
***** ZONA RURAL
63.070-000 BOA VIAGEM CE

15579948307 8H24481

9C2JC2501RRS33594

JOSE RENALDO FACUNDO FERREIRA
FAZ. SANTA TEREZINHA 00000
***** ZONA RURAL
63.070-000 BOA VIAGEM CE

15579948307 8H24481

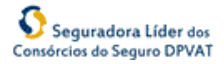
9C2JC2501RRS33594 REM

1994 09

INTERIOR

LOTE/DOC: 5011/40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013796390**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROCI SERAFIM DA SILVA**Data do acidente:** 03/07/2013**Emissor do parecer:** Anna Caroline Copello de Araujo**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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:** Não**Diagnóstico:** TRAUMA EM MID**Resultados terapêuticos:** TTT CONSERVADOR**Sequelas permanentes:****Sequelas:** Não definido**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:** SOLICITO BAM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO DO PACIENTE PARA MELHOR ANALISE DAS SEQUELAS**Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** RAFAEL SANTOS**UF do CRM do médico:** RJ

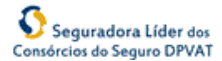
DANOS

Dano

Danos não definidos.

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013796390**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROCI SERAFIM DA SILVA**Data do acidente:** 03/07/2013**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 5087

PARECER

Diagnóstico: trauma do pé direito e mão esquerda.**Descrição do exame médico pericial:** Periciando com lesão do fratura do 2 dedo com lesão ligamentar, com perda funcional dos movimentos da mão, com fratura complexa do pé esquerdo com deformidade eliminação funcional**Resultados terapêuticos:** tratamento conservador**Sequelas permanentes:** DANO MÉDIO EM PÉ D DANO GRAVE EM MÃO E**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 25/03/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Gutemberg Mendes Farias Filho**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

DanoPerda funcional completa de um dos pés
Perda funcional completa de uma das mãos**% Dimensão Graduação**50 1 50
70 1 75**Valor avaliado:** 10.462,50

**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): Roci Serafim da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Boa Vista, 1179
Boa Vista Madalena CE CEP: 63860-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006005032610
Data local do exame: [25/03/2014] Boa Viagem [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)

Periciando com trauma do pé direito e mão esquerda.

- 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.

Periciando vítima de politrauma com fratura traumática de ossos da mão esquerda, com fratura e direito, submetido a tratamento conservador e. Fisioterapia, com alta definitiva em 10 de outubro de 2013, evoluindo com perda funcional do 2 e 3 dedos da mão com fratura de osso do Carpo, além de depredação funcional do halux, com dormência do pé direito.

- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo seqüela(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.

Periciando com lesão do fratura do 2 dedo com lesão ligamentar, com perda funcional dos movimentos da mão, com fratura complexa do pé esquerdo com deformidade eliminação funcional.

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 seqüela 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 (Seqüela):

Pé direito

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

Região Corporal (Seqüela):

Mão esquerda

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Gutemberg Marques F. Filho
Cirurgião Geral
CRM 6087