

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS  
Nº Sinistro: 3180109372  
Vitima: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS  
Data do Acidente: 06/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180109372**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12488113



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ELISANDRO JOSE DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180109372**

Vitima: **ELISANDRO JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: **06/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180109372**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12488275



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ELISANDRO JOSE DOS SANTOS**

Sinistro: **3180109372**

Vítima: **ELISANDRO JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: **06/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180109372** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2018

Carta nº: 12830274

A/C: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180109372  
Vítima: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS  
Data do Acidente: 06/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

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: **ELISANDRO JOSE DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004913**

Conta: **000008429-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou AS:

CPF do Vítima

077.224.874-59

Nome completo do Vítima

Elisandro José dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Elisandro José dos Santos</b>		CPF titular da conta <b>077.224.874-59</b>	Profissão <b>pequise</b>
Endereço <b>Sítio Tabatinga</b>		Número <b>SIN</b>	Complemento <b>caso</b>
Bairro <b>Zona Rural</b>	Cidade <b>Pedras de Fogo</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58328000</b>
E-mail <b>chdpvat@hotmail.com</b>		Telefone (DDD) <b>(81)97167948</b>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUANÇA</b> (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (311) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO _____ NRO _____			
AGÊNCIA RSD _____	DATA ____/____/____	CONTA NRO _____	DATA ____/____/____	AGÊNCIA RSD _____	DATA ____/____/____	CONTA NRO _____	DATA ____/____/____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Timbóba 27 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Elisandro José dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Ocorrência nº. 080/2018

427651

0084354/18

Aos PRIMEIRO dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, com os Escrivão(s) do seu cargo, aí, por volta 10h:45min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**ELISANDRO JOSE DOS SANTOS**, Identidade nº 2.926.620-52/PB, CPF nº 077.224.874-59, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filiação: de Geraldo Jose Dos Santos e de Eliane Alexandre Dos Santos, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 21/07/1987 (31 anos de idade), de sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Taboalunga, tendo como ponto de referência: xxx, na cidade de PEDRAS DE FOGO, fone(s) para contato: xxx-xx.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas conexas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/narrar/assinar, conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;

2) DATA DO FATO: 06 de Novembro de 2017;

3) HORARIO: 17h:20min;

4) LOCAL: Sítio Taboalunga, zona rural de Pedras de Fogo/PB;

5) BREVE RESUMO DO FATO:

forma o noticiante, no dia 06/11/2017, conduzia a motocicleta HONDA CBR 1000, na cor preta, ano 2007/2017 de placa GBA-5037/PB, registrada em nome de GERALDO JOSE DOS SANTOS, chassi 952JB0100HR261744, pela estrada do sítio onde mora, quando colidiu com o caminhão não identificado até a presente data, vindo a cair ao solo. Que foi socorrido pela ambulância do SAMU e levado para o Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

Nada Consta

Nada mais a consignar, foi e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(a) que ciente.

*Elisandro Jose Dos Santos*  
**ELISANDRO JOSE DOS SANTOS**

Comunicante

Escrivão/Agente

Matricula nº 154.576-0



**SAMU  
192**



**Prefeitura Municipal de Alhandra  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU**



**SAMU  
192**

**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: US\$- 42**

**HORA: 17:29h**

<b>IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA</b>		<b>Paciente / Usuário</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.</b>
<b>Data</b>	<b>Ocorrência n.º</b>	<b>Edson José dos Santos</b>	<b>30a</b>	
<b>Local da Ocorrência</b>	<b>Bairro</b>		<b>Médico Regulador</b>	
<b>Sítio Tabatinga - Pedras de Fogo</b>			<b>Felipe</b>	

**Apoio no Local:** ☐ PM ☐ Resgate / Embalsar ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ Outro:  
**QTA:** ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recebido Atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não Encontrado ☐ Outro:  
**TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO**

<b>TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)</b>	<b>ANTECEDENTES</b>
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ <b>CINEMÁTICA:</b> <b>Colisão moto x caminhão.</b> <b>EXAME FÍSICO:</b> <input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> ICTÉRICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA / <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> MIÓTICO <input checked="" type="checkbox"/> DOR: LOCAL MSD / MID <input type="checkbox"/> DISPNEIA / <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA / <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE / <input type="checkbox"/> HEMOPTISE / <b>TIPO DE FERIMENTO E LOCAL:</b> Escorregões MSD / MID	<b>MEDICAMENTOS:</b> <b>PATOLOGIA(S):</b> <b>ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO:</b> Js 10:00h <b>VACINAS:</b> <input type="checkbox"/> TCE / <input type="checkbox"/> TRM / <input type="checkbox"/> FRATURA / <input type="checkbox"/> CONTUSÃO / <input type="checkbox"/> ENTORSE / <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / <input type="checkbox"/> FACE / <input type="checkbox"/> PCR / <input type="checkbox"/> FAB / <input type="checkbox"/> FAF / <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO / <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA / <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO / <input type="checkbox"/> DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA / <input type="checkbox"/> QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA _____ metros

**DESTINO**  
**Local:** HESTSHC  
**Responsável:** Hospital Unimed JP  
**Função:**

**EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)**

**DADOS VITAIS**  
**VVAA:** ☒ Livre ☐ Obstruída **RESPIRAÇÃO:** ☐ > 30 ipm ☒ < 30 ipm **PERFUSÃO CAPILAR:** ☐ Retardada ☒ Normal **PAS:** ☒ > 90 mm Hg ☐ < 90 mm Hg  
**PA:** 120x80 **FC:** 76 **FR:** 12 **GLICEMIA:** — **E. CORR:** 15 **SpO2 / O2:** 100 **SpO2 / O2:** — **T:** —

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**• DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:**  
**• INTERVENÇÕES:**  
**• EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:** Colisão moto x caminhão. Última ao sol. COTE - Queixa - N. de dor em MSD e MID. Edema importante em MID. Realizado protocolo de trauma. Transporte sem alterações.

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)**  
**MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_ **ENFERMEIRO:** Isabeline **COREN:** 156898

ECUSA

OME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

SSINATURA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DE PERTENCES:**DOCUMENTOS PESSOAIS: ☐ RG / ☐ CPF / ☐ TÍTULO DE ELEITOR / ☐ HABILITAÇÃO / ☐ PASSAPORTE / ☐ OUTRO:

CELULAR: QUANTIDADE: \_\_\_\_\_ MARCA: \_\_\_\_\_ MARCA: \_\_\_\_\_

CARTÕES DE CRÉDITO: ☐ MASTER CARD / ☐ VISA / ☐ AMERICAN EXPRESS / ☐ HIPER / ☐ OUTRO: \_\_\_\_\_CARTÃO DE BANCO: ☐ 1 / ☐ 2 / ☐ 3 NOMES: \_\_\_\_\_

CALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: \_\_\_\_\_

DINHEIRO EM ESPÉCIE / VALOR: R\$ \_\_\_\_\_

CALÇADO (NOME): \_\_\_\_\_ / RELÓGIO (MARCA): \_\_\_\_\_ / ANÉIS (QUANTIDADE): \_\_\_\_\_

BRINCOS (QUANTIDADE): \_\_\_\_\_ / PULSEIRAS (QUANTIDADE): \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RECEBEDOR: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
OLUÇÃO FISIOLÓGICO		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N.º)	
OLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		ATADURA DE CREPON 15 cm	
OLUÇÃO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	
GLICOSE 50%		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 unid.)	
ÁGUA DESTILADA 10 ml		ALGODÃO (PACOTE)	
PIRONA 1 g		ALCOOL (PINCETA 250 ml)	
SCOPOLAMINA COMPOSTA (BÚSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO N.º	
SCOPOLAMINA (HIOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P	
PARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M	
CLÓFENACO 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G	
UROSEMIDA		JELCO N.º 14	
APTOPRIL 25 mg		JELCO N.º 16	
AS 100 mg		JELCO N.º 18	
SORDIL 5 mg		JELCO N.º 20	
ETOCLOPRAMIDA		JELCO N.º 22	
IDROCORTISONA 100 mg		JELCO N.º 24	
IDROCORTISONA 500 mg		SCALP N.º 23	
PRATROPICO GOTAS		SCALP N.º 25	
ENOTEROL GOTAS		GARROTE	
DRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS	
TROPINA		EQUIPO MICROGOTAS	
MIODARONA		ESPARADRAPO	
ERBUTALINA		MASCARA DESCARTÁVEL	
OUTROS:		CATETER TIPO ÓCULOS	
		LUVA ESTÉRIL N.º 7,5	
		LUVA ESTÉRIL N.º 8,0	
		LENÇOL DESCARTÁVEL	
		OUTROS:	

# 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: 15/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000008429-4

---

Nr. da Autenticação C06383E6F273B69E

BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS  
 RUA JOSE DE SAUS, 100 - JARDIM  
 FLORES, 13120-000 - SANTOS/SP  
 FONE: (13) 3333-1111 - FAX: (13) 3333-1112  
 E-MAIL: BOMBA@BOMBAABASTECIMENTO.COM.BR  
 CNPJ: 06.908.083/0196

BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS  
 RUA JOSE DE SAUS, 100 - JARDIM  
 FLORES, 13120-000 - SANTOS/SP  
 FONE: (13) 3333-1111 - FAX: (13) 3333-1112  
 E-MAIL: BOMBA@BOMBAABASTECIMENTO.COM.BR  
 CNPJ: 06.908.083/0196

Referência: 06.908.083/0196  
 Data de Emissão: 29/11/2017  
 Data de Vencimento: 29/11/2017  
 Valor Total: R\$ 48,36  
 Valor em Dígitos: 511425055

Descrição: BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS  
 RUA JOSE DE SAUS, 100 - JARDIM  
 FLORES, 13120-000 - SANTOS/SP  
 FONE: (13) 3333-1111 - FAX: (13) 3333-1112  
 E-MAIL: BOMBA@BOMBAABASTECIMENTO.COM.BR  
 CNPJ: 06.908.083/0196

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
01	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36
02	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36
03	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36
04	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36
05	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36
06	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36
07	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36
08	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36
09	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36
10	BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS	1,00	48,36	48,36

VENCIMENTO: 29/11/2017  
 TOTAL A PAGAR: R\$ 48,36

BOMBA ABASTECIMENTO SANTOS  
 RUA JOSE DE SAUS, 100 - JARDIM  
 FLORES, 13120-000 - SANTOS/SP  
 FONE: (13) 3333-1111 - FAX: (13) 3333-1112  
 E-MAIL: BOMBA@BOMBAABASTECIMENTO.COM.BR  
 CNPJ: 06.908.083/0196

ATENÇÃO

SEMPRE COM ESTO



**EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**  
**GERALDO FERREIRA LIMA, 127, CASA**  
**CENTRO**  
**55870-000 - TIMBAUBA - PE**

CNPJ: 0487154452

CLIENTE: 161759486

ACESSO: 21 99725-7948

**R\$ 54,99**

**VENCIMENTO**

**20/10/2017**

**EMISSION: 02/10/2017**

**POSTAGEM: 09/10/2017**

**NÚMERO: 3211505801**

**CÉDITO AUTOMÁTICO: 00010000351158405011**

**IMPORTANTE PARA EDUARDO**

Desde 06 de Novembro de 2016 foi instalado o dígit 9 o sendo dos  
 números celulares dos CCs 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53,  
 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em  
[www.tim.com.br/noprodigito](http://www.tim.com.br/noprodigito).

**RESUMO DA SUA CONTA DE 01/SET A 30/SET**

SERVIÇOS  
 MENSALIDADES  
**R\$ 54,99**

**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA**

**MENSALIDADES**

Todos os meses das ofertas de serviços

TIM Controle B Plus: 81997267948 (OBR/PÓS/

SMP)

TIM Controle B Plus - Outros Serv: 81997267948

(OBR/PÓS/SMP)

TIM Music (incluso)

TIM Banca Virtual (incluso)

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
		1			24,34
		1			5,00
		1			9,90
		1			10,90
Total de Mensalidades					<b>54,99</b>

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo F. G. F. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.735.444/32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elsandro Fox dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.224.874/59, do sinistro de DPVAT cobertura Fronalidade da Vítima Elsandro Fox dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.224.874/59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Geraldo Ferreira Lima</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Timbaúba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55840-000</u>
Email <u>Eldpost@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9463-6662</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9716-7948</u>

Timbaúba 27 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Eduardo

Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Geraldo José dos Santos  
RG de nº \_\_\_\_\_ data de expedição 1 / 1 / \_\_\_\_\_  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 434.431.504-97, com  
domicílio na cidade de Pedras de Fogo, no Estado de Pernambuco,  
onde resido na Rua Itabatinga  
nº 14, Complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido  
com a vítima Elisandro José dos Santos  
cujo o condutor era \_\_\_\_\_

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda / POP 110 Ano 2017  
Placa: QFB 5133 Chassi: 9C2JBO100HR241744  
Data do acidente: 6 / novembro de 2017  
Local e Data: \_\_\_\_\_

Geraldo José dos Santos  
Assinatura do Declarante:  
(reconhecer firma por autenticidade)

Assinatura do Condutor (Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro).

**CARTÓRIO**  
**VINAGRE DE MEDEIROS**

TRABALHO: Homenagem José Medeiros Nóbrega  
SUSSTITUTO: Adriano Henrique de Medeiros Nóbrega

- Tabelionato
- Registro de Imóveis
- Protesto
- Passagem Jurídica
- Títulos e Documentos

RUA DOUTOR TRIS (COCERLS) 92 - FLORES DE LÍDIO - PERNAMBUCO

Recebi em  
18/11/2017

Geraldo José dos Santos

Assinatura do Condutor

18 DEZ 2017

AFW46936 - BU67

Para Digitalizar  
Consulte a Autenticidade em: <http://www.autenticidade.gov.br>



19

## CERTIDÃO

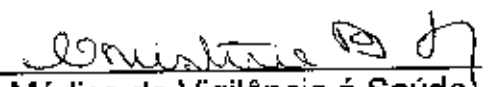
Nº. 1872/2017

Atendendo solicitação de **ELISANDRO JOSE DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº75676 pertencentes ao mesmo que foi atendido dia 07/11/2017 às 02H33min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de metacarpo esquerdo. Realizado tratamento conservador e imobilizado.

E para constar eu Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de dezembro de 2017

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137

Ficha Nr: 75676 Atcd: Noc Regu  
Data: 07/11/2017  
Hora: 22:33:08  
Receptorista: JOELMA IRIO AQUINO  
Clinica: ORTOPEDIA

CMPT:

DO NOT SIGN

Num. Frontuario: 2017.11.900864

Nome: ELIASANDRO JOSE SANTOS

CAS: 700069016484706 Sexo: M IDENT IDA03: 29286673 Fone: 991582223

Natural: MOJO PRESSOA/PB Data Nascimento: 02/03/1987 Id: 30 ano(s)

Red.: SITIO TABACINCA, 0

Bairro: ZONA RURAL      Cidade: PEDRAS DE FOGO      UF: PB

Ver: ELIANE ALEXANDRE DOS SANTOS

721:

RACE: SEM INFORMATION string: SEX INFORMATION

Ocupação: SEM PROFISSÃO

INFORMACIJS DE ENTREGA

Isoclaridae:

Estado Civil: NAO INFORMADO

Reap.: PLISANDRO LOSE SANTOS

Del/Doc. Responsavel: 491582720 / IDENTIFICAD: 2926670

Endereço: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL DO TRAUMA

transporte utilizado: AMBULANCIA

vítimas de accidente ocr: 2010

Vítima de violência cor: NAO

11 Case Policies

PRE-CONCURRENCE

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

284 53:

☐ 1 Apartment/Condo/Boat ☐ 1 Grave

FC: \_\_\_\_\_ TF: \_\_\_\_\_

1	Politraumatizado	1	Convulsão
---	------------------	---	-----------

Peso:                      Altura:

<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispareia
-------------------------------------	------------------------------------

Glycerol: TMC:

[ ] Diarrhea                      [ ] Aggravated

Circ. 424: 0235

[X] Regular [ ] Choengo

[1] Voglitz

Principol

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRABALHO APRESENTANDO  
FRAT. DO 5º MTC

FAIRPLAY

DATA DO TRACIA APRESENTANDO	OBSERVAÇÃO
12/01/2012	Referente a multa de 16,00

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnosis: 200

Consigne

**Supervision**

~~Dependence~~ Ca medication

~~IN 90-167~~

Associação de Enfermeiros e Enfermeiras

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS

Associação de Enfermeiros e Enfermeiras

Associação de Enfermeiros

Associação de Enfermeiros

Associação de Enfermeiros

Associação de Enfermeiros

Associação de Enfermeiros

Associação de Enfermeiros

Associação de Enfermeiros

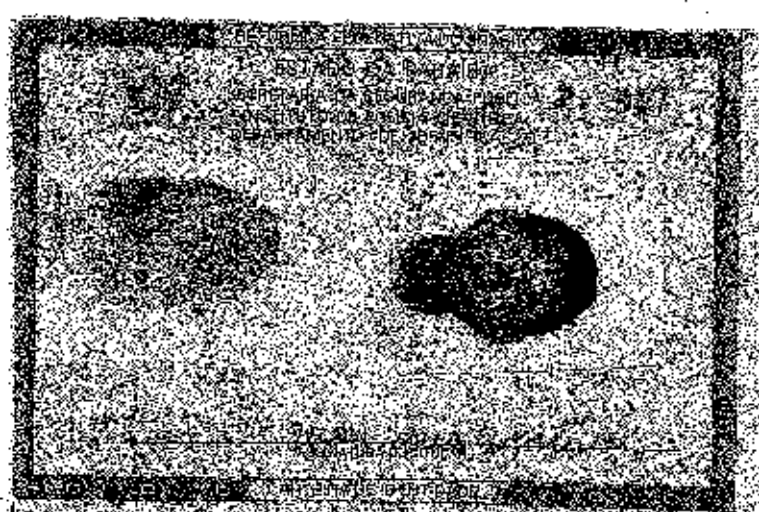
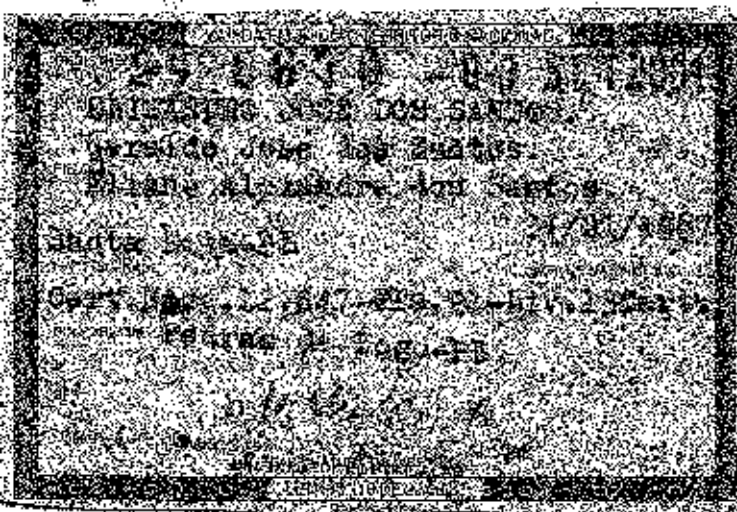
Associação de Enfermeiros

Associação de Enfermeiros

Elisandro Fari das Santos

Associação de Enfermeiros

Associação de Enfermeiros



# TIM

**EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**  
**GERALDO FERREIRA LIMA, 127, CASA**  
**CENTRO**  
**55870-000 - TIMBAUBA - PE**

CARINHA 0807354423  
 CIEFUS 18173546  
 ACESSO 8150257548

**R\$ 54,99**  
**VENCIMENTO**  
**20/10/2017**  
**EMISSION: 02/10/2017**  
**POSTAGEM: 09/10/2017**  
**NUMERO: 3211305801**  
**CONTROLO AUTOMATICO DE RECONHECIMENTO**

**IMPORTANTE PARA EDUARDO**

Desde 26 de Novembro de 2015 foi incluido o plano 5.6 sendo das  
 parcerias celebradas com TIM e 5.6, 5.7, 5.8, 5.9, 6.0, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5,  
 5.4 e 5.5 passando ao nome TIM. Para mais informacoes em  
 www.tim.com.br/contabilidade

**RESUMO DA SUA CONTA DE OUTSET A 30/SET**

SERVIÇOS  
 MENSALIDADES  
 R\$ 54,99


**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA**

**MENSALIDADES**


Todos os pagamentos de mensalidades devem ser feitos em  
**TIM Contas & Planos 2017/10/2017 (0807354423)**  
**SAP**  
**TIM Contas & Planos - Outros Serv: 0197762098**  
**(0807354423)**  
**TIM Music (incluído)**  
**TIM Banco Virtual (incluído)**

SERVIÇOS	QUANTIDADE	VALOR
1	1	54,99
1	1	5,00
1	1	9,99
1	1	10,00
1	1	54,99

Total de Mensalidades



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 GOVERNADOR DO ESTADO DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA E FINANÇAS  
 SECRETARIA DE RECEITAS E CONTRIBUIÇÕES



EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA  
 CPF: 028.735.444-52  
 DATA DE NASCIMENTO: 13/01/1986  
 ENDEREÇO: RUA CARLOS FERREIRA, 127, CASA CENTRO, TIMBAUBA - PIAUÍ  
 CEP: 55870-000  
 DATA DE EMISSÃO: 02/10/2017  
 DATA DE VENCIMENTO: 20/10/2017  
 VALOR: R\$ 54,99

682071711

VALOR TOTAL: R\$ 54,99

682071711

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

ESTADO DO PARANÁ DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA  
SECRETARIA DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA  
SUPERINTENDÊNCIA DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA  
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA

PE Nº 013154500520 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO  
WWW.SEGURADORA.LIDER.DPVAT.BR  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 08/03/2017

1 43443150497 QEB5133/PB

013154500520 HONDA/POP 110I

2017 9 902JB0100HR2 41744

PREMIO TARIFARIO

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* SEGURO P.A.G.O.

\*\*\*\*\* DATA DE DEBÍTO 06/03/2017

SEGURADORA LIDER DPVAT

CNPJ 09.238.630/0001-04

1003761-1625291-20170308

912-401

DETRAN - PR 013154500520  
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO  
DCL 20170300002337-6  
1 013154500520 201703000000 2017  
GERARDO JOSE DOS SANTOS  
43443150497 QEB5133/PB  
NOVO PR 902JB0100HR2 04 144  
MOTOCICLETA 110I GASOLINA  
HONDA/POP 110I 2017 2017  
2 R/109 MJ PARTIC PRETA  
IPVA PAGO EM 04/03/2000  
A. F. ADM DE CONC UN ION HONDA LITA  
06/03/2017  
0  
08/03/2017  
2003781

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180109372 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELISANDRO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA ENCURTAMENTO RELATIVO DE FORMA MODERADA DO 5º METACARPO DE APROXIMADAMENTE 5 MM, DEFORMIDADE ROTACIONAL EXTERNA DE APROXIMADAMENTE 10°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 5º DEDO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20° E DA FLEXÃO EM 25°, AFIRMA DOR DURANTE A PALPAÇÃO, ALÉM DE AUMENTO DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO DORSAL E ULNAR DA MÃO ESQUERDA (1+/4+), AFIRMA DOR LOCAL DURANTE A PALPAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO LUVA GESSADA TIPO GARRAFA POR UM PERÍODO DE 90 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão esquerda

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

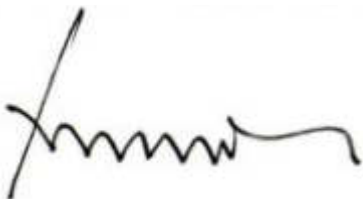
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180109372 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELISANDRO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Elisandro José dos Santos, brasileiro, solteiro,  
aparelhista, inscrito no CPF nº 077.224.874,  
59, residente na Estr. Itabatinga, s/n,  
Casa Rural, Pedras de Fogo - PB.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Pereira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 14 de dezembro de 2017.

Elisandro José dos Santos

**CARTÓRIO**  
**VINAGRE DE MEDEIROS**  
Rua do Formoso José Antunes Nobrega  
Substituto: Adilson Carlos de Medeiros Nobrega  
RUA DOS TRÊS POZUELOS, 67 - PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

- Tabelionato
- Registro de Imóveis
- Protestos
- Passagens Aéreas
- Títulos e Documentos

Reconheço e ceto a firma de ELISANDRO JOSÉ DOS SANTOS  
em 14 de dezembro de 2017  
em Pedras de Fogo - Paraíba

AFW46913 - 4N1H

Selo Fiscal  
Consulte a Autenticidade em: <https://efc.tribunalpb.org.br>

**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.**

Número do Sinistro: **3180109372**

Nome do(a) Examinado(a): **ELISANDRO JOSE DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**SITIO ITABATINGA, SN, CASA - ZONA RURAL - Pedras de Fogo - PB - CEP 58328-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **2926670**

Data e local do acidente: [ **06/11/2017** ] **PEDRAS DE FOGO - PB**

Data e local do exame: [ **07/05/2018** ] **Goiana** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.**

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO LUVA GESSADA TIPO GARRAFA POR UM PERÍODO DE 90 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**APRESENTA ENCURTAMENTO RELATIVO DE FORMA MODERADA DO 5º METACARPO DE APROXIMADAMENTE 5 MM, DEFORMIDADE ROTACIONAL EXTERNA DE APROXIMADAMENTE 10°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 5º DEDO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20° E DA FLEXÃO EM 25°, AFIRMA DOR DURANTE A PALPAÇÃO, ALÉM DE AUMENTO DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO DORSAL E ULNAR DA MÃO ESQUERDA (1+/4+), AFIRMA DOR LOCAL DURANTE A PALPAÇÃO.**

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**Limitação funcional da mão esquerda**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo 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

( ) "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRO-PB 24411  
TÉCNICO 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB