

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10738152

A/C: JOSE NETO LEITE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170171844 ASL-0119213/17

Vitima: JOSE NETO LEITE

Data Acidente: 12/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência 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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170171844 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE NETO LEITE**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA LUIZ BEZERRA LEITE nº 444 - BOMBA - SERRA TALHADA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 12864017 - SSP**
Data local do exame: **18/04/2017 SERRA TALHADA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura distal do rádio a direita

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Tratamento cirúrgico com colocação de placas e parafusos .evoluiu com Dor no punho direito, dificuldade para pronação do antebraço direito,dificultado para flexão do punho direito, deficit de força na mão direita, dormência nos 2º,3º e 4º quirodactilo direito,

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

☒ 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.

sequela funcional moderada do membro superior direito,

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(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - SERRA TALHADA, 18/04/2017

Médico Perito: JOAO CESAR DA CUNHA CRM:10990-PE/PE

JOAO CESAR DA CUNHA
Médico Perito
CRM 10990
18/04/2017

Assinatura do perito Examinador - CRM



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83523550

Comunicação: C2076380

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA:

PRF: 1481050 - CLAUDIO IVES DE SOUSA RODRIGUES Data/Hora do Acidente (hora local): 12/12/2016 17:30 BR: 232 KM: 406,3
Município/UF: SERRA TALHADA/PE Tipo de Acidente: Queda de motocicleta / bicicleta / Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Pleno dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Sim É pavimentado? Sim Largura (m): 7
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Conservada
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de Inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Rampa >= 3% Traçado: Reto Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 19/12/2016 15:53:10
NÚMERO DE CONTROLE: 875a2d7c3e331b9b



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83523550
Comunicação: C2076380
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI

Local Preservado

IN-PR
N.M.
0-406.3

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Copulação
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Freagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarelo
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinagem ou Desaparecimento
- Deposito da Colisão

Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A': Referência do Ponto B:

Distância AB (m): Distância AC (m): Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Constatamos no local queda da motociclista

EXCELSIOR SEGUROS

24 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 19/12/2016 15:53:10
NÚMERO DE CONTROLE: 875a2d7c3a331b9b



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83523550
Comunicação: C2076380
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: PDN-2966 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: LXYXCBL08F0249781 Renavam: 01086169950
Marca/Modelo: HONDA SHINERAY XY 50 Q Cor: VERMELHA Ano: 2015 Tipo: Ciclomotor Emplacamento: SERRA TALHADA/PE
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: MARIA IARA PEREIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 000.280.924-90
Endereço: RUA JOSE ALVES DA SILVEIRA LIM 64 CASA A CEP: 56.903-300
Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Segue fluxo Saída de pista? Não Corrupagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/PDN-2966
Nome/Apelido: JOSE NETO LEITE
Data de Nascimento: Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones: Celular:
Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor:
Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:
Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Porte: Informações Complementares: conduzido para o hospital. Nome informado por um parente que estive no local e lavou a moto. Não portava documentos. Ficou de retornar ao Posto PRF mas não compareceu

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAR 2017
SEGURO DPVAT.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 19/12/2016 15:53:10
NÚMERO DE CONTROLE: 875e2d7c3e331b9b



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V1 / I/SHINERAY XY 50 Q Placa: PDN-2966
Nome do Agente/Assinatura: CLAUDIO IVES DE SOUSA RODRIGUES N° BOAT: 83523550
Registro/Matrícula do Agente: 1481050 Data: 12/12/2016 17:30

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedor(es) tras. (Inclui fixação no chassis).	2	X		
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coras, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X		
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesa sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA" :					7

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinalar abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Monta: acima de 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 19/12/2016 15:53:10
NÚMERO DE CONTROLE: 875a2d7c3e331b9b



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83523550
Comunicação: C2076380
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / I/SHINERAY XY 50 Q

Placa: PDN-2966

Nome do Agente/Assinatura: CLAUDIO IVES DE SOUSA RODRIGUES

Nº BOAT: 83523550

Registro/Matrícula do Agente: 1481050

Data: 12/12/2016 17:30

SEM FOTO

Frente

SEM FOTO

Traseira



Lateral Esquerda

SEM FOTO



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

bateria descarregou

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 19/12/2016 15:53:10
NÚMERO DE CONTROLE: 875a2d7c3e331b9b

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: 04/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NETO LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00246-1

CONTA: 000010038529-X

Nr. da Autenticação 877306173EB68B41



HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 17:34 Nº 121

Data e Hora: 12.12.16		Data Nasc.: 10/07/52	
Nome: José Neto Leite			
Mãe: Maria Nogueira da Silva			
Profissão: Pedreiro	Sexo: M	Estado Civil: Casado	Escolaridade: 1ª Ab
Responsável: o mesmo			
End. do Paciente: Rua Luiz Bezerra Leite N° 444			
Bairro: S. Cristóvão	Município: S. Ballenada	Fone: 96112296	
Cartão SUS:		Doc. Identidade: 12864017 SSP	
Tipo de Atendimento: ☒ Acidente de Trânsito ☐ Agressão		Raça/Cor: ☐ Preto ☒ Parda ☐ Amarelo ☐ Indígena	
☐ Acidente de Trabalho			

Pressão Arterial: -	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: Acidente de moto apresentando dor e edema em punho placau 15.			
DOCUMENTO 4 *T4*			

Tratamento: Rx de mão EAD. Rx de punho D. Dexa + Dignona 100mg 1800	 12 DEZ 2016
--	-----------------

Impressão Diagnóstica: - 5mm -	EXCELSIOR SEGUROS 6. 24 MAR 2017 SEGURO DPVAT.
Destino do Paciente: Residência ☒ Internado ☐ Transferido ☐	
Removido para Hospital	
Óbito às hs do dia	
Médico - Carimbo e CRM:	

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Paciente:

Idade:

[illegible]

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Exames Solicitados

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAR 2017
SEGURO DPVAT



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

128040171 SSP-SP

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702507303 084833

9 - NOME DO PACIENTE

Jose Neto Leite

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Nequeira da Silva

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Luiz Bezerra Leite nº 444

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

NOME ATENO

6 - EPS PRENATAL

7 - NOME DO PACIENTE

10 - DATA DE NASCIMENTO

10/07/1952

Medo ☒ Fom ☐

13 - TELEFONE DE CONTATO

8798115096

16 - CÓD. DE MUNICÍPIO

PE56903030

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Transtorno de ansiedade
Lúbia - M*

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Transtorno de ansiedade

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Clínico Psicanalítico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DO DOCUMENTO (CHIS)

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Eberhard A. Silva
CRM 30.122
23.564-20

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/12/16

27 - CÓD. DE PROCEDIMENTO

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO PRIVAT

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - Nº DO DOCUMENTO (CHIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MOTIVO DA ALTA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO **21/12/16**



HOSPITAL
FRANCISCO

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csi184@hotmail.com

C O M U N I C A D O

Lincoln

Número do Registro:

36486

Data:

27/03/2016

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Jose Neto Loure

Idade:

59

Sexo:

MAS

Cor:

Parda

Estado Civil:

Divorciado

Profissão:

Agricultor

Naturalidade:

S. Talhada

Nacionalidade:

Brasileira

Endereço:

Rua:

Luiz Bezerra Loure

Nº:

444

Bairro:

5. Graça

Idade:

51 Talhada

Estado:

PE

Fone:

3641-2291

Filiação:

Pai:

Francisco J. Loure

Mãe:

ME Nogueira da Silva

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

sem urt em Tórax

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAR 2017
SEGURO OPVAT

Hipótese Diagnóstica:

Int de 2.º e 3.º grau

Exames Solicitados:

RA

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM

22/03/2016

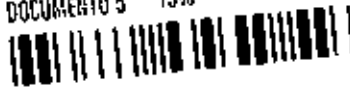
Cirurgia Realizada: Int f LT. Reduo chato		N.º do Procedimento:	
Data: 2. 1/12/6	Início:	Término:	
Cirurgião: Chus	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesiista:

1. 1.º
 2. 2.º
 3. 3.º
 4. 4.º
 5. 5.º
 6. 6.º
 7. 7.º
 8. 8.º
 9. 9.º
 10. 10.º
 11. 11.º
 12. 12.º
 13. 13.º
 14. 14.º
 15. 15.º
 16. 16.º
 17. 17.º
 18. 18.º
 19. 19.º
 20. 20.º
 21. 21.º
 22. 22.º
 23. 23.º
 24. 24.º
 25. 25.º
 26. 26.º
 27. 27.º
 28. 28.º
 29. 29.º
 30. 30.º
 31. 31.º
 32. 32.º
 33. 33.º
 34. 34.º
 35. 35.º
 36. 36.º
 37. 37.º
 38. 38.º
 39. 39.º
 40. 40.º
 41. 41.º
 42. 42.º
 43. 43.º
 44. 44.º
 45. 45.º
 46. 46.º
 47. 47.º
 48. 48.º
 49. 49.º
 50. 50.º
 51. 51.º
 52. 52.º
 53. 53.º
 54. 54.º
 55. 55.º
 56. 56.º
 57. 57.º
 58. 58.º
 59. 59.º
 60. 60.º
 61. 61.º
 62. 62.º
 63. 63.º
 64. 64.º
 65. 65.º
 66. 66.º
 67. 67.º
 68. 68.º
 69. 69.º
 70. 70.º
 71. 71.º
 72. 72.º
 73. 73.º
 74. 74.º
 75. 75.º
 76. 76.º
 77. 77.º
 78. 78.º
 79. 79.º
 80. 80.º
 81. 81.º
 82. 82.º
 83. 83.º
 84. 84.º
 85. 85.º
 86. 86.º
 87. 87.º
 88. 88.º
 89. 89.º
 90. 90.º
 91. 91.º
 92. 92.º
 93. 93.º
 94. 94.º
 95. 95.º
 96. 96.º
 97. 97.º
 98. 98.º
 99. 99.º
 100. 100.º

1. 1.º
 2. 2.º
 3. 3.º
 4. 4.º
 5. 5.º
 6. 6.º
 7. 7.º
 8. 8.º
 9. 9.º
 10. 10.º
 11. 11.º
 12. 12.º
 13. 13.º
 14. 14.º
 15. 15.º
 16. 16.º
 17. 17.º
 18. 18.º
 19. 19.º
 20. 20.º
 21. 21.º
 22. 22.º
 23. 23.º
 24. 24.º
 25. 25.º
 26. 26.º
 27. 27.º
 28. 28.º
 29. 29.º
 30. 30.º
 31. 31.º
 32. 32.º
 33. 33.º
 34. 34.º
 35. 35.º
 36. 36.º
 37. 37.º
 38. 38.º
 39. 39.º
 40. 40.º
 41. 41.º
 42. 42.º
 43. 43.º
 44. 44.º
 45. 45.º
 46. 46.º
 47. 47.º
 48. 48.º
 49. 49.º
 50. 50.º
 51. 51.º
 52. 52.º
 53. 53.º
 54. 54.º
 55. 55.º
 56. 56.º
 57. 57.º
 58. 58.º
 59. 59.º
 60. 60.º
 61. 61.º
 62. 62.º
 63. 63.º
 64. 64.º
 65. 65.º
 66. 66.º
 67. 67.º
 68. 68.º
 69. 69.º
 70. 70.º
 71. 71.º
 72. 72.º
 73. 73.º
 74. 74.º
 75. 75.º
 76. 76.º
 77. 77.º
 78. 78.º
 79. 79.º
 80. 80.º
 81. 81.º
 82. 82.º
 83. 83.º
 84. 84.º
 85. 85.º
 86. 86.º
 87. 87.º
 88. 88.º
 89. 89.º
 90. 90.º
 91. 91.º
 92. 92.º
 93. 93.º
 94. 94.º
 95. 95.º
 96. 96.º
 97. 97.º
 98. 98.º
 99. 99.º
 100. 100.º

EXCELSIOR SEGUROS
 24 MAR 2017
 SEGURO DPVAT.

DOCUMENTO 5 "1596"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE NITO LEITE

DOC. IDENTIDADE / CÔDIGO DE REGISTRO
12854017 SSP, SP

CPF
248.951.724-49

DATA NASCIMENTO
10/07/1994

PLACAO
FRANCISCO JOSE LEITE

MARIA FOGUEIRA DA SILVA

PONEREA
[]

NOB
[]

CAT. HAB
A2

Nº REGISTRO
00835421492

VALIDADE
09/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
06/12/1994

OBSERVAÇÕES
A

Jose Nito Leite

LOCAL
SERRA TALHADA - PR

DATA EMISSÃO
23/03/2015

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR
44226748170
PR064585632

DETRAN - PE - C/PTNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1024200210

PERÍODO DE VALIDADE
1024200210

EXCELSIOR SEGUROS

24 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170171844

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE NETO LEITE

Data do acidente: 12/12/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio a direita

Descrição do exame médico pericial: sequela funcional moderada do membro superior direito,

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de placas e parafusos .evoluiu com Dor no punho direito, dificuldade para pronação do antebraço direito,dificultado para flexão do punho direito, deficit de força na mão direita, dormência nos 2º,3º e 4º quirodactilo direito,

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

Médico examinador: JOAO CESAR DA CUNHA

CRM do médico: 10990-PE

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

