



Seguradora Líder · DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2015

Carta nº: 7735487

A/C: VALDIR SOARES DA SILVA

Sinistro: 3150726292
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA
Data Acidente: 17/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2015

Carta n°: 7881022

A/C: VALDIR SOARES DA SILVA

Sinistro: 3150726292
Vitima: VALDIR SOARES DA SILVA
Data Acidente: 17/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALDIR SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 000000008004-3

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 um dos membros superiores 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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 21/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIR SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 00000008004-3

Nr. da Autenticação EB55B6D32D717D08



HR: Senha: 4650069

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITTINGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDEData: 17.03.15.
Hora: 19:00.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PACIENTE: Paldur brancos da Silva REGISTRO: 608015
 PAI: Augusto brancos da Silva
 MÃE: Elmadel Trajano da Silva
 ENDERECO: Alvorada Cidau
 BAIRRO: Alvorada CIDADE: Itaquittinga Nº: 10069
 NASCIMENTO: 19/10/17 SEXO: M FONE: 53 950-000
 RG: CPF: COMPLEMENTO:
 MAT: PROFISSÃO:
 CONVÊNIO: VALIDADE: GUIA:
 SEGURADO: TIPO: MÉDICO:
 RG RESPONSÁVEL: RESPONSÁVEL:
 C. / RESPONSÁVEL:
 OBSERVAÇÃO:

DOCUMENTO 4 T4%

DATA DE SAÍDA: 1 HORA DE SAÍDA: CID:

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO: Paciente vitoria de oculante
autoindividuado apresentando edema em regioes
orbitaria exquerda, venos exponenciais, multilobos
hasturas em hoco direito e periorbita, TCE
apresentando formam orbitaria macomatosa
 DIAGNÓSTICO: trauma TCE + bolitramatoma

EXAMES SOLICITADOS:

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: 1. Soro Fisiológico 500ml, EV
2. Cromol + SE 2/6, EV
3. Diclofenac 100mg, EV
4. Cromoterapia pt/11 hospital Portuaria

ASSINATURA DO RECEPCIONISTA

ASSINATURA DO DIADEMA MÉDICO
MÉDICO
CRM-PE 2620
CRM-PE 2620

ASSINATURA USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

P.A.

X

TEMP

°C

PULSO

BPM

PESO

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURÓ DPVAT.

PACIENTE NO REPOUSO 1 HORA: RECEBEU ALTA
 PACIENTE TRANSFERIDO ()Sim ()Não N° Senha HOSPITAL DESTINO
1 HORA: HORA:

0301060061
 0301100032
 0301060053

SAFE SEG SERVIÇOS
19 AGO. 2015
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.000-2



FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 448897/2015

NOME: VALDIR SOARES DA SILVA

Foi atendido às 20h19 do dia 17.03.2015

Diagnóstico provável: Polifranuma

TCE moderado - HSAT + contusão cortical frontal e
Fratura de MSE (quebra fraca (E) - fechada)
Tercerículo conto-contusa em regiões eretorácteas
Lombalgia - Fratura em posição inferior do
Sacro - Ø sustabilidade

Tratamento realizado: (vírtice de contusão automobilística)

Mobilização com fala axilo-palmar

Sutura do ferimento

Exames complementares

Trat. de suporte clínico

Obs. Transferido p/ Hosp. M. de Jaboatão em 25.03.15

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário
Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.06.15

SES - Hospital da Restauração

MÉDICO - CRM No. Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS,
ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

EXCELSIOR SEGUROS
17 AGO. 2015
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVICOS
19 AGO. 2015
CNPJ: 18.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.690-2

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

FAT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Voldir Soares da Silva

REGISTRO: 713748 DATA DE NASCIMENTO: 19/08/1977

RG: 5544984 ORGÃO EMISSOR: SSP PE

ENDEREÇO: Engenho Parau N°71 Trajano

NOME DA MÃE: Bernadete Trajano da Silva

DATA ADMISSÃO: 25/03/2015 DATA ALTA: 31/03/2015

DATA DO PROCEDIMENTO: 30/03/2015 CID: 552.8

DIAGNÓSTICO: Fratura dos ossos do Antebraço
Esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de
Fratura dos ossos do Antebraço Esquerdo

MÉDICO: Giselly Verissimo de Miranda

CREMEPE: 17424

JABOTÃO DOS GUARAPES, 11 DE Maior DE 2015

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

Giselly Verissimo de Miranda

MÉDICO
SAFE SEG SERVIÇOS
19 AGO. 2015
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

Dr. Giselly Verissimo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PE 17.424 - TEOT 12793



Sumário de Admissão e Alta

Nome do Paciente: VALDIR SOARES DA SILVA

Prontuário: 713748

Atendimento: 59392

Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 06

Sexo: Masculino

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Nº AIH:
CID:

SS28

Procedimento Solicitado:

0108020423

Tempo de Permanência Previsto:

Procedimento AMB Realizado:

Procedimento SUS Realizado:

0108020423

01 Cirurgião: COD: 17424 DESC: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiista:

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais

Mudança de Procedimento
 Diária de Uti
 Diária de Acompanhante
 'cina Anti - Rh

Uso de Prótese Órtese
 Uso de Fatores de Coagulação
 Uso de Oxigenadores
 Nutrição Parenteral

SECRETARIA DE SAÚDE - PAP
 Gabinete de Controle e Acompanhamento
 DGOS - Gestão da Criança e Adolescentes
 Maria Cecília Mae Dourado
 Matos Autônoma - CRM: 592
 CPF: 28.726.544-49

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
ESQUERDO

CID: SS28

Diagnóstico Secundário:

CID:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 25/03/2015

Data de Alta:

31/03/15

Dias de Hospitalização: 5 dia (s).

Hospital Memorial Jequie
 Dra. Giselly Verissimo
 CRM 17424 Propediatra

EXCELSIOR SEGUROS
 CRM 21.758
 17 AGO. 2015
 SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVICOS
 19 AGO. 2015
 CNPJ: 10.494.859/0001-58
 Inscrição Municipal: 402.050-3



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: VALDIR SOARES DA SILVA
Atendimento: 59392
Sexo: MasculinoProntuário: 713748
Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 06

Diagnóstico Pré Operatório: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Risco Operatório:

Cirurgia Realizada: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Data: 30/03/15

01. Cirurgião: COD: 17424 DESC: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Instrumentador:

05. Anestesia: Plexo Braquial

06. Anestesia:

07. Anestesista:

Descrição da Cirurgia:

ENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA DO PLEXOBRAQUIAL
 ROTEAMENTO E ISQUEMIA DO MSE COM FAIXA DE ESMARCH
 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
 INCISAO DE THOMPSON
 ABERTURA POR PLANOS
 VISUALIZADA FRATURA E FIXADA COM PLACA DCP COM 7 FUROS + 06 PARAFUSOS CORTICais
 LAVAGEM COM SF
 INCISAO EM TOPOGRAFIA DA URNA
 ABERTURA POR PLANOS
 VISUALIZADA FRATURA DISTAL DA URNA E FIXADA COM PLACA DCP 06 FUROS + 05 PARAFUSOS CORTICais
 VISUALIZADA FRATURA EM TERÇO PROXIMAL DA URNA E FIXADA COM PLACA DCP 10 FUROS + 01 PARAFUSO CORTICAL
 INTERFRAGMENTARIO + 07 PARAFUSOS CORTICais
 LAVAGEM COM SF
 SUTURA
 CURATIVO JONES
 RETIRADO GARROTE E VERIFICADA BOA PERFUSAO PERIFERICA

Hospital Memorial Jaboatão
 Dra. Giselly Verissimo
 CRM 17424 Ortopedista

ANA LAURA RODRIGUES LAFAYETTE-CRM - 21758

SAFE SEG SERVICOS
 1 g AGO. 2015
 CNPJ: 10.494.859/0001-58
 Inscrição Municipal: 402.059-3

EXCELSIOR SEGUROS
 17 AGO. 2015
 SEGURO DPVAT.

123714

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVÍCIO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº. 44887

Nome: Valdir Soares da Silva

Foi atendido às 20 h do dia 17/03/15

Diagnóstico provável TCE + TRAUMA SACRUM

CIO: SOB + S32 data da alta 29/03/15

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

ALARISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

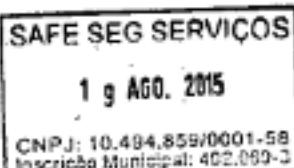
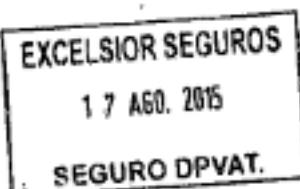
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

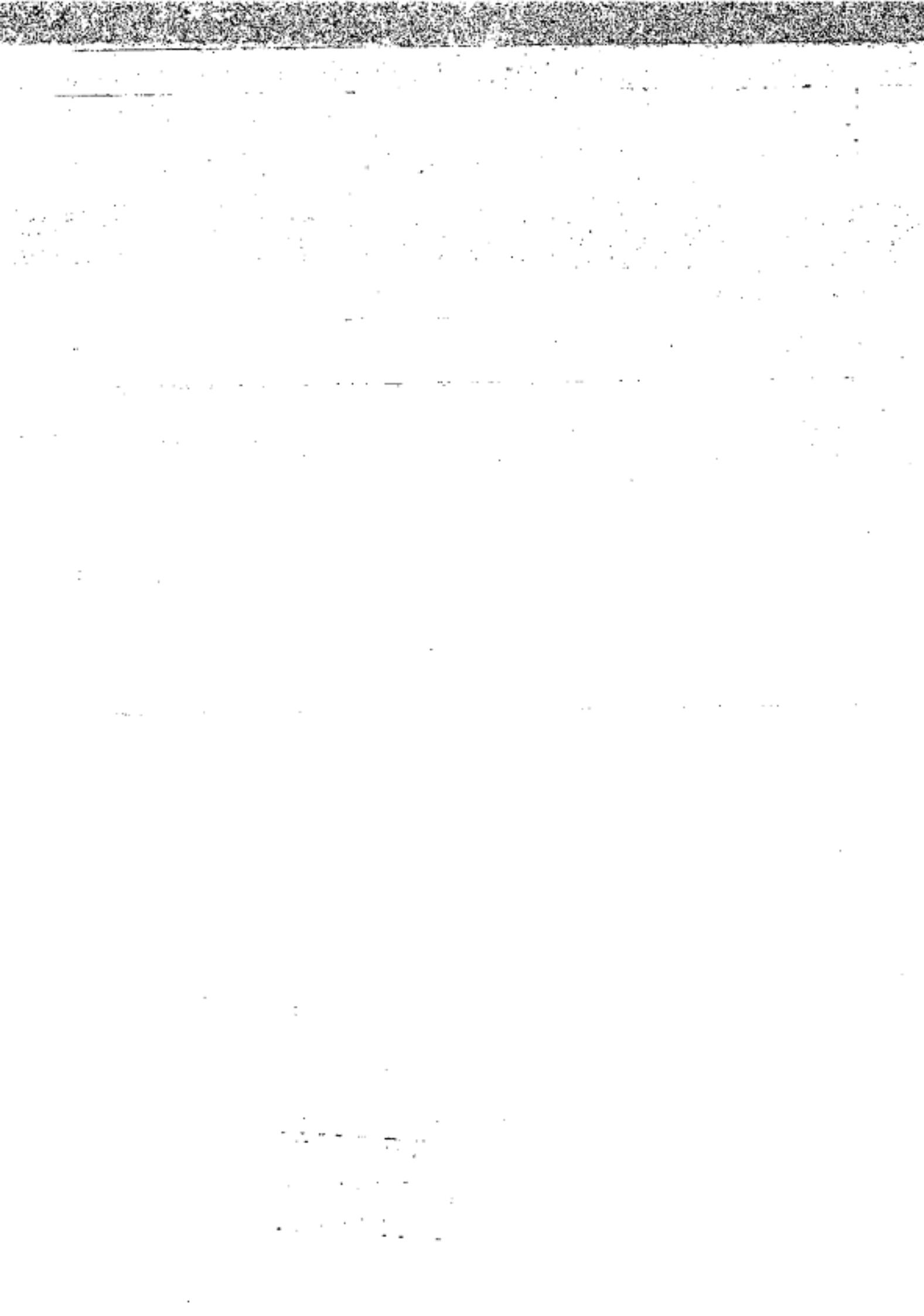
Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Recurso fer 30 (trauma)
DIAS

Dr. Divaldo Oliveira Vilela
Neurocirurgia
CRM 10.17

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento CRM 10.17
hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do
Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação
Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.





123714

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA – FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº. 448897

Nome: VALDIR SOARES da Silva

Foi atendido às 20 h do dia 27/03/15

Diagnóstico provável TCC + TRAUMA SACRUM

COD: SOB + S32 data da alta 29/03/15

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

ARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Refluxo bôn 30 (trauma)
DIA

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação. Nº 04/2002 do Ministério Públíco do Estado de Pernambuco.

Dr. Divaldo Oliveira Júnior
 Neurocirurgia
 CR 10217

SAFE SEG SERVICOS
 19 AGO. 2015
 CNPJ: 10.494.859/0001-58
 Inscrição Municipal: 402.080-5

EXCELSIOR SEGUROS
 17 AGO. 2015
 SEGURO DPVAT.



DOCUMENTO 5



+15%

EXCELSIOR SEGUROS
17 AGO. 2015
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS
1 g AGO. 2015
CNPJ: 10.484.889/0001-58
Inscrição Municipal: 402-013-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	128271469	*****	2015
NOME			
VALDIR SOARES DA SILVA			
IGARASSU - PE		0	
CPF / CNPJ		PLACA	
024.101.394-18		RJN6013	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** / PE		9C2KD03308R088841	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
FA3 / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / NXR150 BRO3 E3		2003 / 2006	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
29 / 149CL		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2015 QUITADO		1º *****	
FAZAI IPVA		2º *****	
1		3º *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		ICF (R\$)	
SEGURADO PAGO		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
SL. FID. BANCO BRADESCO FINANCEIRO			
IGARASSU		DATA	
Charles Andrews Sousa Ribeiro		20/07/15	
Diretor Presidente DETAN/PE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIÁ TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT.

PE Nº 012036294202 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALDIR SOARES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

0
EXERCÍCIO / DATA EMISSÃO
2015 / 28/07/15

VIA / CPF / CNPJ / PLACA
1 / 024.101.394-18 / RJN6013
RENAVAM / MARCA / MODELO
128271469 / HONDA / NXR150 BRO3 E3
ANO FAB. / CAT. TIR / Nº CHASSI
2003 / 09 / 9C2KD03308R088841

PRÉMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) / DETRAN (R\$) / CUSTO DO SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGO / PAGAMENTO / DATA DE QUITAÇÃO
 COTA ÚNICA / PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESENHOS E GUARDE O SILESTO DPVAT
SÓS HAO E OS PORTS OBRIGATÓRIO

DOCUMENTO 6

T6%

SAFE SEG SERVIÇOS
19 AGO. 2015
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.059-3

EXCELSIOR SEGUROS
17 AGO. 2015
SEGURO DPVAT.



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Cobertura reclamada	Natureza do Evento	Data do Acidente
<input type="checkbox"/> Morte	<input type="checkbox"/> Atropelamento da vítima	
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidade Permanente	<input type="checkbox"/> Vítima passageiro do veículo	
<input type="checkbox"/> DAMS -Desp. Assist. Médica e Suplementares	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima motociclista do veículo	

Nome da vítima

Valdir Soares da Silva

Data do nascimento

19/08/77

CPF

024 101 394 18

Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone
51 Corau	71	(71) 994707894 (71) 91074430

CEP	Cidade	Estado
55805000	TRACONHACEM	PE

Nome do Corretor	Endereço completo e telefone para contato		
E-mail	CEP	Cidade	Estado

Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastramento):

Pode todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidade
ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTA AVISO.			
<ul style="list-style-type: none"> - Boletim da Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº do placar ou do chassis), que transportava ou atropelou a vítima. - Cópia frontal e verso do D.U.P. do caso em que ocorreu o falecimento (não obrigatório). - Procuração extraída em Cartório, específica para esse fim, expedida pelo Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com <u>firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira</u>. - Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador. - Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. da vítima. - Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário. - Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando este for menor e não tiver documento de identidade. - Cópia do comprovante de residência do receptor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Certidão de óbito (original ou cópia autenticada). - Laudo de Necropsia (momento quando necessário, com critério da Seguradora). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, descrevendo o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. - Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (original), da vítima ou cessão de direitos possuídos pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso. - Declaração do Hospital e/ou clínica, que atendeu a vítima, informando se houve ou não convênio com a S.U.S., e se o atendimento à vítima foi em caráter particular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório do médico assistente consignando grau de redução permanente do órgão ou membro lesionado. - Laudo do Instituto Médico Legal, Jurídico onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau de invalidade definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesionado no acidente.

Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.194 de 19/12/74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se assim tal a(s) companheira(s). Na falta destas, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

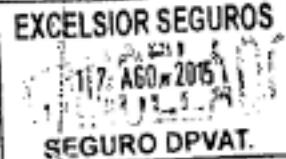
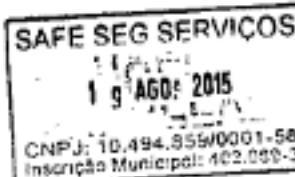
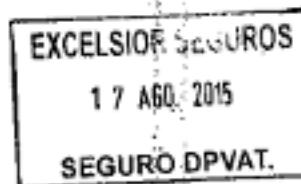
Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjugue	<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada.
Beneficiário(s): Companheira(s)	<input type="checkbox"/> Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Província Social).
Filhos ou Irmãos:	<input type="checkbox"/> Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a este seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 18 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o poder sobre o menor.
País:	<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	<input type="checkbox"/> Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Pede-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação. 2) Rápida liberação do pagamento da Indenização.

SAFE SEG SERVIÇOS

21 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.050-3Recf
Local e data04.08.15 Valdir Soares da Silva
Assinatura do reclamante

Nº DO SINISTRO 3150726292

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, Valdir Soares da Silva,

PORTADOR(A) DO RG Nº 5544984 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 23/08/13

CPF 024401394-18 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA é mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0054 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0008004-3

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

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Ricife 04 de Agosto de 2015 LOCAL E DATA

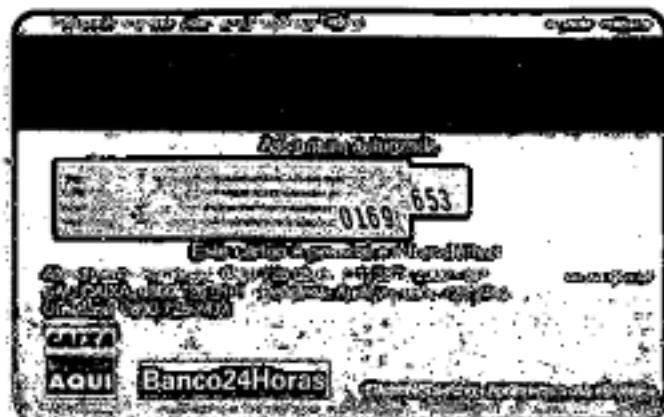
Valdir Soares da Silva



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.



SAFE SEG SERVICOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.404.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

DOCUMENTO 1 T1%



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55°CIRC
 DINTER1/11°DESEC

55ª CIRCUNSCRIÇÃO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15E0145000106

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/03/2015 às 13:03

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/3/2015 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, PROXIMO AO TREVO DE ITAQUITINGA, E AO POSTO DE GASOLINA NA ENTRADA DA CIDADE - Bairro: VILA MATARY - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL / PROXIMO AO POSTO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEVERINO CARLOS FERREIRA (AUTOR / AGENTE)
 JOSÉ MARCIO ALVES DE BRITO MAT 29477-2 (OUTRO)
 JOSIVALDO DE LACERDA PEREIRA (OUTRO)
 LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO (TESTEMUNHA)
 VALDIR SOARES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR SOARES DA SILVA

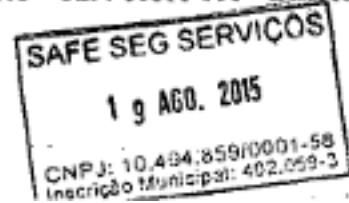
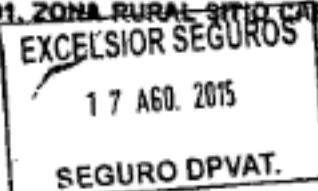
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO CARLOS FERREIRA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

SEVERINO CARLOS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA
 Pai: NAO DECLARADO Data de Nascimento: 10/6/1945 Naturalidade: MORENO / PERNAMBUCO /
 BRASIL Documentos: 1055413/SSP/PE (RG), 31170668463 (CPF), 01278266634 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
 Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares:
 - 8196264563

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CONDADO, 58, PROXIMO A IGREJA BATISTA - CEP: 0 - Bairro: VILA JARARACA - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

VALDIR SOARES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BERNADETE TRAJANO DA SILVA
 Pai: AUGUSTO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 19/8/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
 BRASIL Documentos: 03191548391 (CNH) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: COMERCIANTE
 Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, ZONA RURAL SITIO CARAU - CEP: 66000-000 - Bairro:
 CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL



LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ ALVES Pai: JOSÉ DO NASCIMENTO RAMOS Data de Nascimento: 13/4/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: MOTORISTA Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 01, ZONA RURAL, SITIO CARAU - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSÉ MARCIO ALVES DE BRITO MAT 29477-2 (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRIA PEREIRA DE BRITO Pai: JOSE LOPES DE BRITO Data de Nascimento: 3/6/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 36184/PMPE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 01, DESTACAMENTO LOCAL DE POLICIA MILITAR - CEP: 0 - Bairro: CHA DE AREIAS - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSIVALDO DE LACERDA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADIR TRAJANO DE LACERDA PEREIRA Pai: JOÃO DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 23/12/1965 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 34453/PMPE/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 01, DESTACAMENTO DE POLICIA MILITAR DE ITAQUITINGA - CEP: 56 - Bairro: CHA DE AREIAS - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

CARRO SIENA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO CARLOS FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO CARLOS FERREIRA
 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/FIAT SIENA Objeto apreendido: Não
 Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MYC8283 (PERNAMBUCO/CONDADO) Renavam: 776579598 Chassi: 9BD17201223011252
 Ano Fabricação/Modelo: 2002/2002 Combustível: GASOLINA

MOTOCICLETA BROZ (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VALDIR SOARES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR SOARES DA SILVA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
 Cor: AMARELA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJN5013 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 128271469 Chassi: 9C2KD03308R066841
 Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

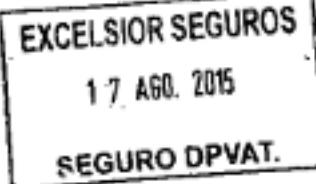
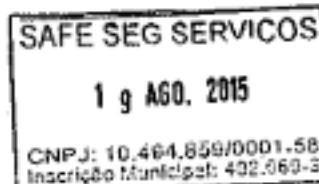
Complemento / Observação

CONFORME BO DA PMPE DE Nº 1931/15 NA DATA E HORÁRIO ACIMA, QUANDO A GUARDA COMPOSTA POR CB LACERDA MAT 28141-7 E CB MARCIO MAT 29477-2, REALIZANDO RONDAS NO LOCAL SE DEPARARAM COM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO TREVO DA PE-052 QUE DA ACESSO A PE-04, QUE VAI DA DESTINO A CIDADE DE CONDADO, ONDE UM VEÍCULO FIAT SIENA DE PLACA MYC 8283 QUE TRANSITAVA NA PE 052 COM DESTINO A CIDADE DE CONDADO, POIS AO CONDUZIR O CARRO NO TREVO PELA CONTRAMÃO CHEGOU A COLIDIR COM UMA MOTOCICLETA DE COR AMARELA, SENDO UMA BROZ DE PLACA KJN-5013, ONDE ESTAVA SENDO CONDUZIDA PELO SENHOR VALDIR SOARES DA SILVA, QUE DEVIDO A COLISÃO FOI SOCORRIDO E DEU ENTRADA NA UNIDADE MISTA DA CIDADE DE ITAQUITINGA, AONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, E SENDO LOGO REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. JÁ O MOTORISTA DO SIENA O SENHOR SEVERINO FOI SOCORRIDO E DEU ENTRADA NO HOSPITAL JOÃO FERREIRA DE ANDRADE NA CIDADE DE CONDADO, AONDE O MESMO RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E LIBERADO PELO MÉDICO DE PLATÃO. INFORMO AINDA QUE FOI DADO CIÊNCIA DO ACIDENTE, A DELEGADA DE PLATÃO DE NAZARÉ DA MATA, DIANTE DO FATO REGISTRO A OCORRÊNCIA PARA AS PROVIDÊNCIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial

**SEVERINO CARLOS FERREIRA
 (AUTOR/AGENTE)**

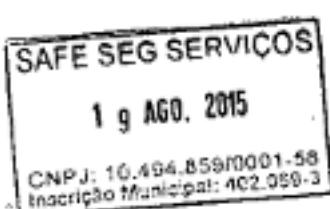
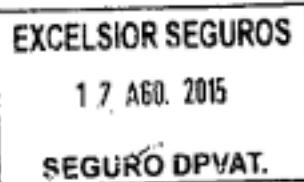
**LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO
 (TESTEMUNHA)**



**JOSÉ MARCIO ALVES DE BRITO MAT 29477-2
(OUTRO)**

**JOSIVALDO DE LACERDA PEREIRA
(OUTRO)**

B.O. registrado por: ~~MARCIO ALVES DE BRITO~~ - Matrícula: 350645-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Valdir Soares da Silva, portador da carteira de identidade nº 5544984 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.101.394-18, residente e domiciliado na 51 CARAU, 71 - Rural /Tracunhaém Rural, Cidade Tracunhaém, Estado PE, 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 da 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.

DOCUMENTO 2 T2%

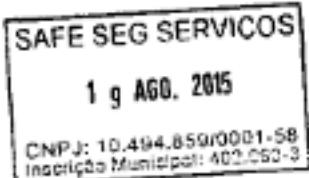
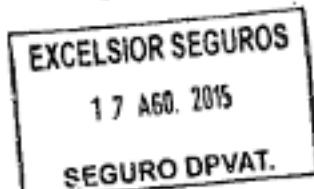


Valdir Soares da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ribeirão Preto, 04 de Agosto de 2015

Local e data





Data	17.03.15
Hora	19:00

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PACIENTE: Baldur boanis da silva REGISTRO 608015
 PAI: Augusto boanis da silva
 MÃE: Bernadete rajano da silva
 ENDERECO: loteamento casa Nº 1009 COMPLEMENTO: lota
 BAIRRO: lona sinal CIDADE: Itaquittinga UF: PE CEP: 53.950.000
 NASCIMENTO: 19/10/72 SEXO: M FONE: _____ CELULAR: _____
 RG: _____ CPF: _____ PROFISSÃO: _____
 MAT: _____ VALIDADE: _____ GUIA: _____
 CONVÊNIO: _____ TIPO: _____ MÉDICO: _____
 SEGURADO: _____ RESPONSÁVEL: _____
 RG RESPONSÁVEL: _____ C. / RESPONSÁVEL: _____
 OBSERVAÇÃO: _____

DATA DE SAÍDA 11 HORAS DE SAÍDA: 11 CID: 11

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO: Paciente vítima de acidente auto-motociclistico apresentando edema em regioes orbitaria exoftalmia, corpos exócosas, múltiplos hiatos em hilo direito e esquerdo, TCE apresentando lesões extensas e incomplata
 DIAGNÓSTICO: Trauma (TCE + hiatos hemicranicos)

EXAMES SOLICITADOS: _____

DOCUMENTO 3 "T3%"



DESCRÍÇÃO DO TRATAMENTO: 1. Soro Fisiológico 500ml, EV

2. Frenol + Sfo 21 EV

3. Diazepam 10mg, EV

Transferência pt Hospital Portuários

ASSINATURA DO RECEPCIONISTA

ASSINATURA DO DIRETOR MÉDICO

MED
CRM-PE 0000
CRM-PE 0000

ASSINATURA USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

EXCELSIOR SEGUROS

1.7 AGO. 2015

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PA X TEMP °C PULSO BPM PESO

SEGURO DPVAT.

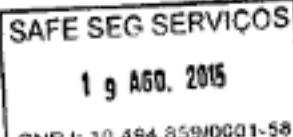
PACIENTE NO REPOUSO 11 HORA: 11 RECEBEU ALTA 11 HORA: 11

PACIENTE TRANSFERIDO ()Sim ()Não N° Senha 0301060061 HOSPITAL DESTINO

11 HORA: 11

0304100032

0304100053



CNPJ: 10.494.859/0001-58
 Inscrição Municipal: 100.000-0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150726292 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2015 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

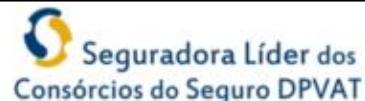
CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150726292 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2015 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA NA FACE ULNAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA ULNA) COM LIMITAÇÃO EM CARÁTER MODERADO DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DEFÍCIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE. ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto de Castro Costa

CRM do médico: 11730

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 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:

**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): **VALDIR SOARES DA SILVA** Sinistro: **3150726292** Data: **17/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SI CARAU, 71, RURAL - TRACUNHAEM RURAL - Tracunhaém - PE - CEP 55805-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **5544964**

Data local do exame: [**08/09/2015**] **Limoeiro** [**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) **TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA NA FACE ULNAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA URNA) COM LIMITAÇÃO EM CARÁTER MODERADO DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DEFÍCIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.**

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. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE. ALTA MÉDICA DEFINITIVA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior esquerdo

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

() "Sem sequela permanente" (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 esquerdo

% 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

% 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 Médico Examinador – CRM