



**30**  
horas

---

**Comprovante de Operação - Transferência de Conta Corrente para Conta Poupança**

Identificação no Extrato: **SISPAG DIVERSOS**

**Dados da conta a ser debitada:**

Agência: **0477**      Conta: **78857 - 4**

Nome: **SEGURADORA LIDER**

**Dados da conta a ser creditada:**

Agência: **7412**      Conta: **16502 - 4**

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO**

Valor: **R\$ 5.062,50**

Informações fornecidas  
pelo pagador:

**Transferência realizada em 16.04.2013 às 00:00:00, via Sispag, CTRL 819787248000500**

**Autenticação:**

**29CDBBFE4B229CFBB3C11F7186693E012423E64A**



RECEITUÁRIO

Nome:

BE/Prontuário:

Landi prático

Paciente oriundo de acidente de motocicleta tendo sofrido fratura exposta dos ossos da perna esquerda distais dos metacarpos, também com no patêlo esse com sendo de fraturas e fratura do 5º metacarpiano e sendo de fraturas no antebraço e ulna C10 - S92.3, S91.3, S92.7, S90.0

Foi submetido o fraturado cirúrgico limpa, lavagem e mobilização. ficou com regras de pinça claudicante, duas, a cirurgia tipo que lide, um tipo de mobilização. prático.

Atx médico definitivo

Fco. Márcio Salmito Almeida

Traumatologia-Ortopedia

CRM/4411

Data: 21/12/2012

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA

Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 006.823 Versão 1 - 01/SET/08 - Via Única - Formato AB (149X210).

14 JAN 2013

**Consulta de Veículos na Base Local**

\*Tecla de atalho ativada! Para utilizar basta apertar o número após a descrição.

10 MULTAS

**Voltar**

40 CILINDRO

20 RESTRICOES

50 OUTRAS COI

30 OBSERVACOES

60 HISTÓRICO VI

Operador: JOSEFO

Data atual: 03/05/2012

**VEÍCULO**

Placa: OCG5643  
 Situação: 1 - Em Circulação  
 Procedência: NACIONAL  
 Categoria: 1.0 - PARTICULAR  
 Ano Fab: 2010.0  
 Capacidade P.: 002  
 Nº Motor: E3G9E-023850  
 Faixa Seguro: 9  
 Nº Fiscal: 9629.0  
 Placa Ant.:

Renavam: 334227569

Tipo: 4.0 - MOTOCICLETA  
 Carroceria: 999.0 - NAO APLICAVEL  
 Ano Mod: 2011.0  
 Potência: 000  
 Nº Câmbio:  
 Ano Exercício: 2011.0  
 IPVA: Não Isento  
 UF Ant.: CE

Chassi: 9C6KE1520B0023786  
 Município: 01389 - FORTALEZA  
 Espécie: 1.0 - PASSAGEIRO  
 Marca/Mod: 9611.0 - YAMAHA/FACTO  
 Combustível: 2.0 - GASOLINA  
 Cilindradas: 0124  
 Cor: 15.0 - VERMELHA  
 Data Licenciamento: 01/01/2011  
 Data Atualização: 04/07/2011  
 Município Ant.:

Data Log: 04/07/2011  
 Ult licenciamento pago: 2011.0 Extrato Ult. Lic.: Qtd de restrições: 2 Qtd de observações: 0 Qtd de multas: 1  
 Veículo com multas ativas. Veículo com restrições ativas.

**PROPRIETÁRIO**

Nome: GERUZA NASCIMENTO DA SILVA  
 Endereço:  
 Complemento:  
 Cidade: 1389.0 - FORTALEZA  
 Data Aquisição: 30/06/2011

CPF/CNPJ: 608.215.91  
 Bairro:  
 CEP:  
 UF: CE  
 Valor:

**PROPRIETÁRIO ANTERIOR**

CPF/CNPJ:

**DOCUMENTO**

Nome:

Data CRV: 04/07/2011

Situação CRV: ATIVO

Data CRLV:

CMT: 0.0  
 Nº Eixos: 0.0  
 Nº Carroceria:  
 Data Nota Fiscal:

PBT: 0.3  
 Nº Eixo Traseiro:  
 Marca/Modelo:  
 Nota Fiscal:

**CARGA/CARROCERIA**

RTB:  
 Nº Eixo Auxiliar:

Capac  
 Ano F:  
 Ano M

Operador: REPCOPLAC

**DADOS DA RESTRIÇÃO FIDUCIARIA**

Restrição: 3.0 - ALIENACAO FIDUCIARIA  
 Financeira: 1176.0 - BANCO PANAMERICANO S A

CNPJ: 59.285:

**Voltar****RECEBIDO EM:**

14 JAN 2013

http://172.30.40.2/aph/cadastros/pacientes/samec/comparecimento/oi

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

UF PROCESSAMENTO DE DADOS

Data: 19/11/2012 às 09:54:29

Declaração de Comparecimento - SAME

Prontuario: 267119 FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO

Data Nascimento: 29/04/1970-

Sexo: Masculino

Pai: FCO. INACIO GOMES PINTO

Mãe: BENTA MARIA ALVES PINTO

Data Atendimento: 21/08/2011

Hora Atendimento: 19:33

BE: 65645

Data Internação: 21/08/2011

Hora Internação: 22:55

Data Saída: 09/09/2011

Hora Saída: 17:53

Medico: CRMHOSPITAL

ALTA - MELHORADO

Motivos:

PACIENTE VÍTIMA COLISÃO MOTO/CARRO, COM FRATURA EXPOSTA OSSOS PÉ ESQUERDA.  
EM 21/08/2011 (DR. ADSON) - LIMPEZA CIRÚRGICA DE FRATURA EXPOSTA PÉ ESQUERDO.  
DECLARAÇÃO DIGITADA EM 20/11/2012.

Medico Responsavel pelas informações  
Contidas no Prontuario/BE

Ass do Paciente ou Responsavel

Dr. Casemiro Dutra de Medeiros Jr.  
CRM - 6618 - CPF: 120.874.774-07  
Diretor Executivo

RECEBIDO EM:

14 JAN 2013

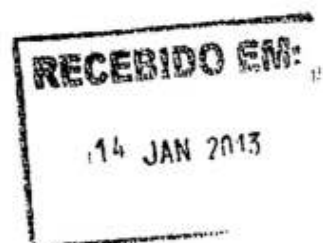


## DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Francisco Antonio Alves Pinto,  
RG nº 02298410586 e CPF nº 442.276.393-87, declaro  
que resido na Rua Av. Penetração Norte, 235, ap. 103 Bairro  
Conj. Esperança do município de  
Fortaleza, CEP nº 60.000-000.

Declaro também que não possuo comprovante de endereço e que a presente  
declaração atende a Circular DPVAT-SIN 043/2005 de 08 de Agosto de  
2005.

Fortaleza/CE, 08, 01, 2013



Atenciosamente,

F.º Antonio Alves Pinto

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 2218 / 2012

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **28/12/2012 16:42:07**

Data / Hora da Ocorrência : **21/08/2011 17:30:00**

Endereço da Ocorrência: **ANEL VIÁRIO CONJUNTO INDUSTRIAL  
CONJUNTO INDUSTRIAL MARACANAU /CE**

Ponto de Referência: **DURAMETAL**

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO**

Nascimento : **29/04/1970**

RG: **111251886** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 44227639387**

Filiação: **FRANCISCO INACIO GOMES PINTO  
BENTA MARIA ALVES PINTO**

Endereço: **AV PENETRAÇÃO NORTE BL. 235 - APTO 103**

**CONJUNTO ESPERANÇA 60000000**

**FORTALEZA CE BRASIL**

Telefone:

*Histórico*

INFORMA A VÍTIMA QUE TRAFEGAVA NA MOTO YAMAHA/FACTOR, COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA OCG-5643, CHASSI Nº 9C6KE1520B0023786 EM NOME DE GERUZA NASCIMENTO DA SILVA, QUANDO NA TENTATIVA DE UMA ULTRAPASSAGEM COLIDIU COM UM OUTRO VEÍCULO DE PLACAS E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, POIS, O CONDUTOR EVADIU-SE DO LOCAL; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HCF-CENTRO ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS PERMANECENDO INTERNADO POR 20 DIAS; QUE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

MATRÍCULA: 060853-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_

RECEBIDO EM:

14 JAN 2013



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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, Francisco Antonio Alves PintoPORTADOR / A DO RG Nº 01298410586 EXPEDIDO POR Detran EM 21/08/93, CPF / CNPJNº 442.276.393 - 87, PROFISSÃO \_\_\_\_\_ E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Antonio Alves PintoAUTORIZO A SEGURADORA Capemisa

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚNº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 7402Nº CONTA POUPANÇA 16502 - 4

RECEBIDO EM:

14 JAN 2013

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fortaleza DATA 08/01/13ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A F<sup>co</sup> Antonio Alves Pinto

## 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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.dpvat.com.br](http://www.dpvat.com.br) ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.

- A Circular Susep nº 380/08, 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.



Itaú Itaú Banco S.A.

**Resumo da Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú e de Contratação de Serviços - PF**

Nº da Agência/Conta/DAC  
7412/16502-4

**CLIENTE**

Nome (sem abreviação)

FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO

**Bem-vindo ao Itaú**

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú e de Contratação de Serviços - PF; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

- |      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| 1.   | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | LIS - Limite Itaú para Saque                          |
| 2.   | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Seguro LIS Itaú                                       |
| 3.1. | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Cartão Múltiplo/ Crédito Itaucard                     |
| 3.2. | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito           |
| 3.3. | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não            | Cartão de Débito Itaú                                 |
| 4.   | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Seguro Multi Proteção Itaú                            |
| 5.   | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Seguro Cartão Itaú                                    |
| 6.   | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Débito Automático                                     |
| 7.   | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Entrega de Cheques em Domicílio                       |
| 8.   | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Cartão Provisório Itaú                                |
| 9.   | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Aplicações e Resgates Automáticos Aplic Aut Mais Itaú |

14 JAN 2013

**Pacote de Serviços - ( ) não solicitou - (x) solicitou** Poupança Econômica Itaú

com mensalidade de R\$ 0,00. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas.

**Cartão 1º titular - ( ) não solicitou - (x) solicitou** Debito Mastercard

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em \_\_\_ vezes sem juros, com vencimento todo dia \_\_\_ de cada mês.

**Cartão 2º titular - (x) não solicitou - ( ) solicitou** \_\_\_\_\_

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em \_\_\_ vezes sem juros, com vencimento todo dia \_\_\_ de cada mês.

**Cartão adicional - (x) não solicitou ( ) solicitou** \_\_\_\_\_

o cartão estará isento de anuidade no primeiro ano de contratação e, no segundo ano, pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

**Lembre-se -** As Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no [www.itaubr.com](http://www.itaubr.com).

Para o Itaú, é uma grande satisfação ter você como cliente.

**Itaú. Feito para você.**

Dúvidas, sugestões e reclamações na sua agência. Se preferir, ligue para o SAC Itaú 0800 728 0728, todos os dias, 24h ou acesse o Fale Conosco no [www.itaubr.com](http://www.itaubr.com). Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, ligue para a Ouvidoria Corporativa Itaú 0800 570 0011, em dias úteis das 9 às 18 horas, Caixa Postal 67.600 - CEP 03162-971. Deficientes auditivos ou de fala são atendidos todos os dias, 24h, através do SAC Itaú 0800 722 1722.



Fortaleza 21

de Março de 2013

OUTROS

\*1004054\*



À

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT  
RIO DE JANEIRO - RJ

TERMO DE COMPROMISSO / PEDIDO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA -

INVALIDEZ

VÍTIMA: Francisco Antonio Alves Pinto

SINISTRO: 20 13027114

DATA DO ACIDENTE: 21.08.2011

Venho por meio desta informar que não pude comparecer à perícia agendada.

Tendo em vista que me considero portador de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **reagendado** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmando a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

Telefone(s):

05 3251 1385

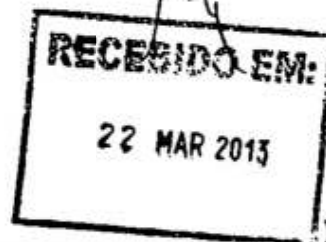
(fixo)

05 044 2425

(celular)

05 3131 9980

(recado com



Fortaleza, 07 de fevereiro de 2013.

**A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DPVAT**

Prezado Analista,

OUTROS



Eu, FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO, portador do CPF Nº. 442.276.393-87, vítima e beneficiário do de nº 2013/027114 na garantia de Invalidez, venho por meio desta informar com a finalidade de justificar a ausência dos documentos médicos relativos ao tratamento e de dar prosseguimento da análise de meu processo, ao solicitar o documento Supla citado no hospital, fui informado que a declaração substituiria o relatório por conter informações do período de internamento e os tratamentos realizados, declaração esta a qual foi encaminhado a seguradora Líder.

Salvo ressaltar que a precariedade do sistema do SUS, o hospital não fornece cópia de relatório, entrega em substituição declarações.

Desta forma o único documento fornecido pelo hospital trata-se da declaração medico hospitalar que consta no processo, solicito aos senhores a gentileza de continuar com a regulação do processo, caso haja dúvida estou a disposição para qualquer esclarecimento.

RECEBIDO EM

04 MAR 2013

Atenciosamente.

FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

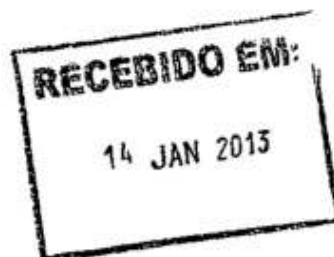
Eu, Francisco Antonio Alves Pinto, portador da carteira de identidade nº 0298410586 e inscrito no CPF/MF sob o nº 442.276-393-87, residente e domiciliado na Av. Penetração Norte, 235 ap. 103 - Conj. Esperança, Cidade Fortaleza, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ☒ ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Fortaleza, 08/01/2013

Local e data



MINISTERIO DA JUSTICA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

**155983127**  
VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

**FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO**

**FRANCISCO INACIO GOMES PINTO**  
**BENITA MARIA ALVES PINTO**

**111251886** **SEP** **CE**

**CPF** **442.276.393-87** **DATA NASCIMENTO** **29/04/1970**

**01208410586** **07/07/2011** **21/08/1993**

**DETRAN-CE**

**155983127**  
PRIMEIRO PLANTILHA

**PORTALEZA, CE** **13/07/2009**

**14580474300**  
**CE118395040**

**DETRAN-CE**

RECEBIDO EM:

14 JAN 2013

INSTITUTO DE REABILITAÇÃO  
24 horas de proteção à vida



## RECEITUÁRIO

Nome:

BE/Prontuário:

Landa priôica

Paciente oriundo de acidente de motocicleta tendo sofrido fratura exposta dos ossos da perna esquerda distais das metacarpos, também fratura no patêlo esse com risco de necrose e fratura do 5º metacarpo e perda de estruturas no antebraço e mão eq CID - S92.3, S91.3, S92.7, S90.0

Foi submetido o fraturado cirúrgico limpa, lavagem e imobilização.

Ficou com sequelas de marcha claudicante, dor, acastasia tipo guelôide, um fuso de movimento. perpendiculares.

Atto médico definitivo

Fco. Márcio Salmito Almeida

Traumatologia-Ortopedia

CRM/4411

Data:

21/12/2012

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

HA 000.823 Versão 1 - 01/SET/08 - 16a Edição - Formato A5 (148x210).

RECEBIDO EM:

14 JAN 2013

14 JAN 2013



## **Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes**

### **Informações do Acidente**

Sinistro: 2013027114

Nome da Vítima: FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO

Local: BR 020 - Município de Maracanau

Data do Acidente: 03/09/2012

### **Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador**

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

( x ) Sim   ( ) Não   ( ) Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito**

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Queda de motocicleta com consequente fratura do 2º ao 4º pododáctilos da mão esquerda, fratura do tornozelo esquerdo e de ossos do metatarso.

Boletim de urgência do Hosp. IJF que cita fratura exposta dos ossos do pé e do tornozelo esquerdos. Apresenta também extensas lacerações em antebraço e mão esquerdos, joelho esquerdo e tórax, com formações de quelóides.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Apresenta limitação de movimentos de flexo-extensão do tornozelo esquerdo em cerca de 50% a 75% e limitação de movimentos de 4º e 5º pododáctilos do pé esquerdo.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos ( ) Sim   ( x ) Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Exames Complementares ( ) Sim   ( x ) Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

---

---

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

☐ Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

---

---

☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

Apresenta limitação de movimentos de flexo-extensão do tornozelo esquerdo em cerca de 50% a 75% e limitação de movimentos de 4º e 5º pododáctilos do pé esquerdo.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

☐ Sim ☒ Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

---

---

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

☒ Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

( ) Parcial Incompleto

(Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

**Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Médio ( x ) 75% Grave

2º Lesão

**Perda anômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( x ) 50% Médio ( ) 75% Grave

**Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame medico e então documentadas**

**Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor**

Importante limitação funcional do pé esquerdo.

---

**Identificação do médico responsável pela avaliação.**

**Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: ANTONIO GLAUBER TEÓFILO ROCHA

Registro no CRM: 6774 CEARÁ

**Local e Data do Exame**

Fortaleza, 10/04/2013

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013027114**Cidade:** Maracanaú**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO ANTONIO  
ALVES PINTO**Data do acidente:** 21/08/2011**Emissor do parecer:** GALDINO  
LEONARDO**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
DE VIDA E PREV. S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas  
de Saude Ltda.**CRM do médico:** 6774

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 2º ao 4º dedos do pé esquerda, fratura do tornozelo esquerdo e de ossos do metatarso.**Descrição do exame médico pericial:** Apresenta limitação de movimentos de flexo-extensão do tornozelo esquerdo intenso e e limitação de movimentos de 4º e 5º pododáctilos do pé esquerdo, Importante limitação funcional do pé esquerdo**Resultados terapêuticos:** TTO Cirurgico**Sequelas permanentes:** Comprometimento parcial dos movimentos do pé esquerdo.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 10/04/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** ANTONIO GLAUBER TEÓFILO ROCHA**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos pés

%	Dimensão	Graduação
50	1	75

**Valor avaliado:** 5.062,50

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013027114**Cidade:** Maracanaú**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO**Data do acidente:** 21/08/2011**Emissor do parecer:** Luiz Claudio Correa Canaan**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 480685

## PARECER

**Data da análise:** 25/01/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**Sequelas permanentes:****Sequelas:** Não definido**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:** RELATÓRIOS DE INTERNAMENTO E TRATAMENTO.**Observações:** OBSERVADA A SINALIZAÇÃO NO HISTÓRICO QUANTO À EXISTÊNCIA DE OUTRO SINISTRO JÁ INDENIZADO**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** LUIZ CLÁUDIO CORRÊA CANAAN**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

**Dano**

Danos não definidos.

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