



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:

29CDBBF4B229CFBB3C11F7186693E012423E64A

INSTITUTO Dr. JOSÉ FREIRE.
"24 horas de proteção à vida"



RECEITUÁRIO

Name

BE/Prontuário:

Landa (mitico)

Presente othus de su deufe de
migração de fôrma de saudade quaterna
importa uns desse os pôr esquecendo
quintana das me faccendas. Daqui pôr
nô pôr fôr com rendo de reeks fôrmas
e fôrma de 5º gerodoscópio e rendo
de fôrma fôrmas. no ante-Brasile e nô
CID - 592.3. 591.3. 592.7. 590.0

foi submetido a julgamento
cincinatos (muitos, mas que
não dormiu) e nos de 1780.
ficou com resolução de permanecer
claudicante. Mais, a constrição
não quebrou, como fizeram os
mudanças principais.

270 ^{meio} de finais
Fco. Mardólio Salvito Almeida

Fco. Mardólio Salmito Almeida
Traumatologia-Ortopedia
CRM 4411

Date: 21, 12, 2012

Assinatura e Carimbo do Médico

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

14 JAN 2013



Consulta de Veículos na Base Local

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

10 MULTAS

40 CILINDRO

20 RESTRIÇÕES

50 OUTRAS COI

30 OBSERVACOES

60 HISTÓRICO VI

Operador: JOSFO

Data atual: 03/05/2012

VEÍCULO

Placa: OCG5643

Renavam: 334227569

Chassi: 9C6KE1520B0023786

Situação: 1 - Em Circulação

Município: 01389 - FORTALEZA

Procedência: NACIONAL

Espécie: 1.0 - PASSAGEIRO

Categoria: 1.0 - PARTICULAR

Marca/Mod: 9611.0 - YAMAHA/FACTO

Ano Fab: 2010.0

Combustível: 2.0 - GASOLINA

Capacidade P.: 002

Cilindradas: 0124

Nº Motor: E3G9E-023850

Cor: 15.0 - VERMELHA

Faixa Seguro: 9

Data Licenciamento: 01/01/2011

Nº Fiscal: 9629.0

Data Atualização: 04/07/2011

Placa Ant.:

Município Ant.:

Data Log: 04/07/2011

Hora Log: 11:24

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

CPF/CNPJ: 608.215.91

Bairro:

CEP:

UF: CE

Valor:

Nome: GERUZA NASCIMENTO DA SILVA

Endereço:

Complemento:

Cidade: 1389.0 - FORTALEZA

Data Aquisição: 30/06/2011

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

CPF/CNPJ:

DOCUMENTO

Data CRLV:

Situação CRV: ATIVO

CARGA/CARROCERIA

Capac:

Ano F:

Ano M:

Nome:

RTB:

Data CRV: 04/07/2011

Nº Eixo Auxiliar:

CMT: 0,0

PBT: 0,3

Nº Eixos: 0,0

Nº Eixo Traseiro:

Nº Carroceria:

Marca/Modelo:

Data Nota Fiscal:

Nota Fiscal:

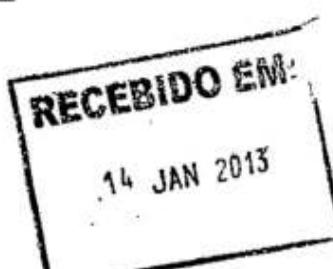
Restrição: 3.0 - ALIENACAO FIDUCIARIA

Operador: REPCOPLAC

Financeira: 1176.0 - BANCO PANAMERICANO S A

DADOS DA RESTRIÇÃO FIDUCIARIA

CNPJ: 59.285:



INSTITUTO DR. JOSE FROTA

UF PROCESSAMENTO DE DADOS

Data 19/11/2012 as 09:34:29

Declaração de Comparação - SAME

Prontuário: 26/119 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: CRM HOSPITAL

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 Responsável pelas informações
Contidas no Prontuário/BE

Ass do Paciente ou Responsável

Dr. Casemiro Dutra de Medeiros, Jr.
CRM - 6618 - CPF: 120.773.574-77
Diretor Executivo

RECEBIDO EM:
14 JAN 2013



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Francisco Antonio Alves Pinto,
RG nº 01298410586 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 60000-000.

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

RECEBIDO EM:

14 JAN 2013

Atenciosamente,

Francisco Antonio Alves Pinto

Assinatura do Declarante



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 MARACANAÚ /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 VITIMA QUE TRAFEGAVA NA MOTO YAMAHA/FACTOR, COR VERMELHA, ANO 2010,PLACA OCG-5643, CHASSI N° 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 IUF-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: *SH*

MATRÍCULA: 060853-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *F. Antônio - Alu. Nato*

VISTO DO DELEGADO(A): _____

RECEBIDO EM:

14 JAN 2013

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

N.º 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 N.º 012 984 105 86 EXPEDIDO POR Detran EM 21/09/93, CPF / CNPJN.º 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)

N.º BANCO — N.º AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) —N.º CONTA CORRENTE — AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO 1004039

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

N.º BANCO 237 N.º AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) —N.º CONTA POUPANÇA —

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

N.º BANCO 001 N.º AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) —N.º CONTA POUPANÇA —

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

N.º BANCO 341 N.º AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 7402N.º CONTA POUPANÇA 16502 - 4 RECEBIDO EM 14 JAN 2013

RECEBIDO EM

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

N.º BANCO 104 N.º AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) —N.º 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.º Antônio 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 sequelas 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 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.

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

14 JAN 2013

Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Poupança Econômica Itau
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 Débito 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.itau.com.br.

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.itau.com.br. 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 - 01

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 -

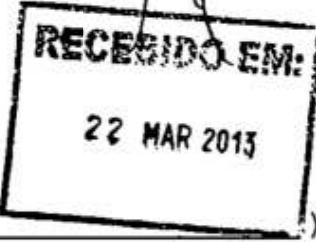
INVALIDEZ

VÍTIMA: Fávercisco Antônio Alves Rinto
SINISTRO: 2013027114
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. Confirmo a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

Telefone(s): 85 3251 1385 (fixo)
85 814 12405 (celular)
85 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 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 o 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.

F.º Attoar Alves Pinto

FRANCISCO ANTONIO ALVES PINTO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Antonio Alves Pinto, portador da carteira de identidade nº 01098410586 e inscrito no CPF/MF sob o nº 742.276-393-87, 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.

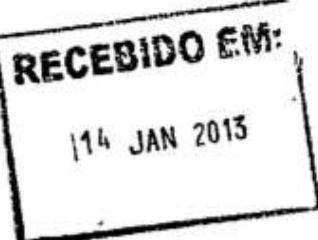
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

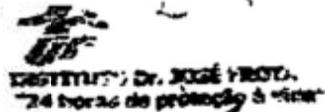
RECEBIDO EM:

14 JAN 2013

Fortaleza, 08/01/2013

Local e data





RECEITUÁRIO

Name _____

BE/Prontuário:

Landa (vidas)

Descrição do fuso de seda que
me foi dado tendo os filos que
constam desse fuso da parte
maior das meias. Tanto fuso
não é feito com prendo de rebarba
e fustela do 5º grad. rodoscópio e prendo
de fio de ferro. No ante-braco e mão
CID-592.3, 591.3; 592.7, 590.0

for, submetido a suspiros
cincelado la madera, (Argem
y su dormitorio i su oficio).
Poco con regularidad de respira-
ciudando en la oscuridad
triste que loide, una figura de
maderas. principios.

270 *acústico* definis

Fco. Mariano do Salvador Almeida

Traumatologia-Orthopedia

CRM/4411

Data: 21, 12, 2012

Assinatura e Carimbo do Médico

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

MA 6000 6002 Version 1 - 01/2017/18 - 150 Seiten - Formatted A4 (345x2107-

14 JAN 2013

PRECEDIDO 69.

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?

()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 urgencia 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 ()Não

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

b) Exames Complementares ()Sim ()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 integra 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 anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

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 anatômica 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 anatômicas 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 médico 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 limitação de movimentos de 4º e 5º pododáctilos do pé esquerdo, Importante limitação funcional do pé esquerdo

Resultados terapêuticos: TTO Cirúrgico

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:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos pés	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 **Data do acidente:** 21/08/2011

ALVES PINTO

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	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00