

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/02/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIVAN JOSE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000066610-9

Nr. da Autenticação 03506A28EC21A5D6

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013/026825**
Vítima: **ELIVAN JOSE DE LIMA**
Local: **PE-BEZERROS**
Data do Acidente: **11/10/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

TORNOZELO DIREITO

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.

FRATURA DO TORNOZELO DIREITO- TRATAMENTO CONSERVADOR.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

TORNOZELO DIREITO- LIMITAÇÃO ÁLGICA DA FLEXO-EXTENSÃO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa 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:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

TORNOZELO DIREITO

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - GARANHUNS, 15/02/2013

Médico Perito:

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CRÉDITO)
- SEGURO OBRIG /**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Nº DO SINISTRO _____

(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, ELIVAN JOSE DE LIMA

PORTADOR / A DO RG Nº 4.338.718 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 16/10/2009 CPF / CNPJ

Nº 221.626.054-04 PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA ELIVAN JOSE DE LIMA

AUTORIZO A SEGURADORA EXCELSIOR

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 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CADIA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 2102

Nº CONTA POUPANÇA 66610-9

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 BEZERROS/PE

DATA 10/01/2013

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) ELIVAN JOSE DE LIMA

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.600,00 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\$ 13.600,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 8194/74) 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 de indenização, acesse www.dpvat.com.br ou ligue (21) 4009-1708, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.
- A Circular Susep nº 360/08, 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 de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

2192 013 66610-9

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Fupupipa

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101	0800-726 2492	0800-725 7474
Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala	Ovidoria

07-158 v004

SAFE SEG SERVIÇOS
14 JAN. 2013
CNPJ: 10.494.858/0001-58
Inscrição Municipal: 402.090.3

EXCELSIOR SEGUROS
11 JAN. 2013
SEGURO DPVAT.

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 091A. CIRCUNSCRICAO - BEZERROS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 12E0181002246



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/12/2012 às 16:01

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 11/10/2012 no periodo da Manhã

Fato ocorrido na endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, VIA LATERAL DA BR 232, BEZERROS -**
Bairro: **SAO PEDRO - Município: BEZERROS - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
WEDNA MARIA DE OLIVEIRA (OUTRO)
ELIVAN JOSÉ DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELIVAN JOSÉ DE LIMA



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

(VITIMA) - **ELIVAN JOSÉ DE LIMA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **AMBROZINA MARIA DE LIMA**; Pai: **PEDRO BATISTA DE LIMA** Data de Nascimento: **12/6/1972**; Nacionalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **4338718/SSP/PE (RG), 82167685404 (CPF)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**;
Profissão: **AGRICULTOR(A)**; Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, RUA OITO, N° 18, BEZERROS, 0, COHAB, BEZERROS, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**
Dados Comerciais: **NAO INFORMADO**

(OUTRO) - **WEDNA MARIA DE OLIVEIRA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**
Mãe: **NAO INFORMADO**; Pai: **NAO INFORMADO** Data de Nascimento: **NAO INFORMADO**; Nacionalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**

Documentos: **04933337450 (CPF)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**;
Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**
Endereço Residencial: **NAO INFORMADO**
Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**
Dados Comerciais: **NAO INFORMADO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WEDNA MARIA DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIVAN JOSÉ DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / POP 100** - Objeto apreendido: **NAO** - Número de Série: **NAO INFORMADO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NAO INFORMADA)** Valor Unitário: **(MOEDA NAO INFORMADA)**



Placa: KAJ7682 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO) Renavam: 983777239 Chassi: 9C2HB02102R026840
Ano Fabricação/Modelo: 2008 / 2008

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL A VÍTIMA EM TELA E DECLAROU QUE COMBUIA PELA VIA LATERAL DA BR 232, PRÓXIMO AO POSTO DE MARU, A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA. E NA CURVA DO "S" SEGUNDO O QUEIXOSO, AO LIVRAR UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E TOMBOU COM A MESMA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADO A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ (REGISTRO N° 450.898), COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA, CONFORME FICHA DE EMERGÊNCIA DA REFERIDA UNIDADE DE SAÚDE.

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

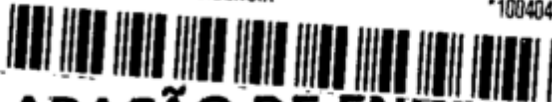
ELIVAN JOSÉ DE LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado pelo policial: YVSON KELSEN B. ROCHA WANDERLEY - Matrícula: 221710-4



COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



DECLARAÇÃO DE ENDEQUEÇO

EU ELIVAN SESE DE LIMA

PORTADOR(A) DO RG DE Nº 4.338.718

E CPF SOB Nº 821.676.054-04, VENHO POR

MEIO DESTA DECLARAR QUE RESIDO NA: (RUA, SÍTIO, FAZENDA,
CHÁCARA) RUA OATO

Nº 161A, BAIRRO COTIAB

CIDADE BETTERROS, ESTADO PE

CEP 55.660-000

DECLARO SOB AS PENAS DA LEI Nº 7.113 DE 29/08/1983, QUE OS
DADOS ACIMA SÃO VERDADEIROS.

CIDADE E DATA BETTERROS, 10/01/2013

TELEFONE(S) (081) 9296-3350 / (081) 9926-8103
(081) 8411-5107.



X: ELIVAN JOSE DE LIMA

ASSINATURA



Prefeitura Municipal de Bezerros
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista São José



FICHA DE EMERGENCIA

Registro: 490.898

DN. 12.06.72

Data: 11 OUT 2013 Hora: 10:59 Cartão SUS:
Nome: Eliana de Almeida de Almeida Nº 69
Nome da Mãe: Juliana de Almeida
Rua: 08 Cidade: Bezerros
Bairro: central
H.D.A. fútil de maldade
Quase de morte

Exame Físico:

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



Hipótese Diagnóstico:

MR:

PA:

Temp.:

Pulso:

Conduta:

Tratamento com insulina
Hidratação com Soro

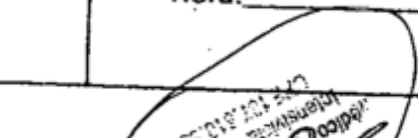
OBS.: Se consulta com observação, preencher verso

SAFE-SEG-SERVIÇOS
14 JAN. 2013
CNF-J: 10.484.853/0001-58
Inscrição Municipal: 402.089-3

EXCELSIOR SEGUROS
11 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

OBSERVAÇÃO / REAVALIAÇÃO / CONDUTA / MEDICAÇÃO

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO
☐ Consulta simples ☐ Consulta c/ Observação ☐ Indicação (internamento)	☐ Melhora ☐ Solicitada ☐ Transferência ☐ Indisciplina ☐ Óbito	Data: ____/____/____ Hora: _____
Data: <u>11/10/12</u> Hora: _____		



HRS - HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE SÃO PAULO
 SERVIÇO DE ENFERMAGEM
 SUPERVISOR DE ENFERMAGEM
 CRIMEPE
 Curitiba

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.338.718 DATA DE EMISSÃO 16.01.1990

Nome: **ALVAN JOSÉ DE LIMA**

Assunto: **Pedro Batista de Lima**
Arbrozina Maria de Lima

NATURALIDADE **Bezerros PE** DATA DE NASCIMENTO **12.06.1972**

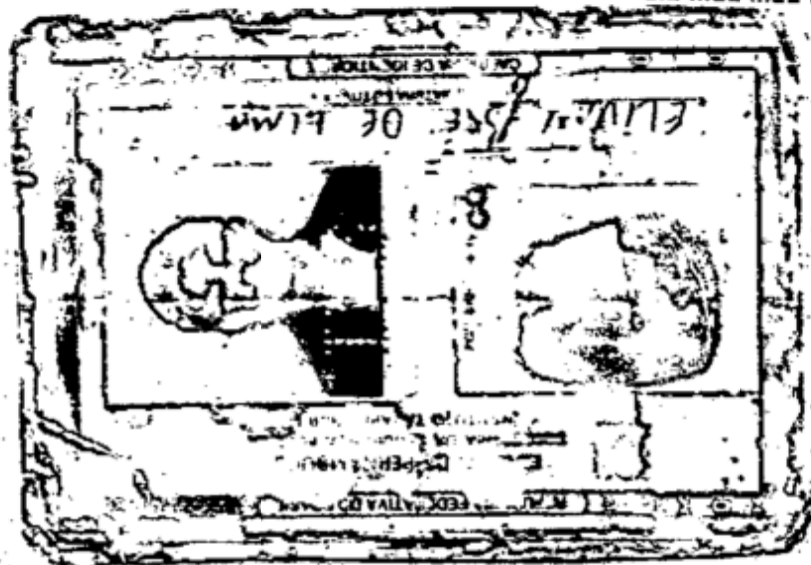
DOC. BRASILEIRO **C.H. nº 7011 L.A. 07 F. 97v - Cart**
de Bezerros PE

Assinatura do Diretor

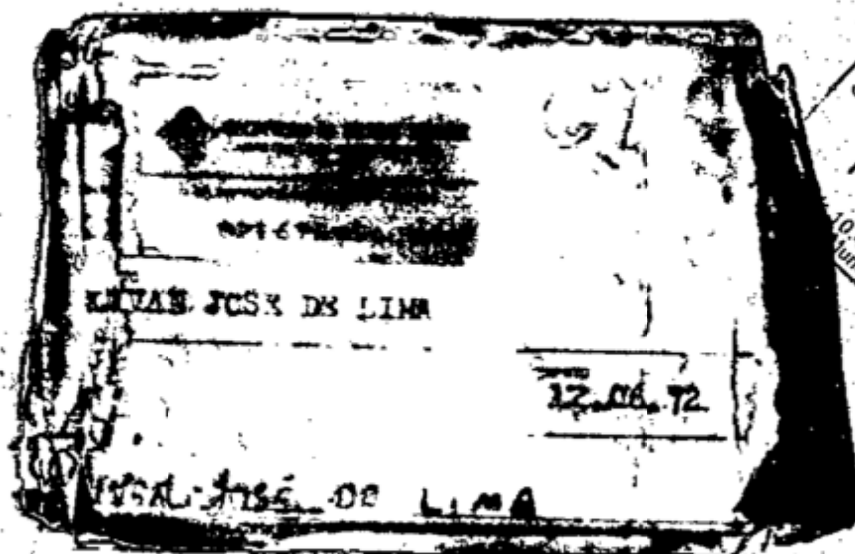
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



EXCELSIOR SEGUROS
11 JAN. 2013
SEGURO DPVAT.



SAFE SEG SERVIÇOS
14 JAN. 2013
10.494.859/0001-58
Municipal: 402.069-3

CPF: 828.676.059-04

28
AB
2011



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 821.676.054-04

Nome da Pessoa Física: ELIVAN JOSE DE LIMA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **17:57:08**: do dia **11/01/2013** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5826.244D.4ADF.1B5D**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria,
endereço www.receita.fazenda.gov.br. (<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/>)

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 9307715896
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 963777289 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2012

NOME
WEDNA MARIA DE OLIVEIRA

BEZERROS-PE

CPF / CNPJ 049.550.674-50 PLACA KJU7662

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2HB02108R026840

ESPÉCIE / TIPO PA3 / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / POP100 ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. POT. / CIL. 2P/97CL CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA 2012 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL BEZERROS DATA 07/04/12

Maria de Fátima Bezerra R. Costa
Diretora Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 9307715896 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT EXERCÍCIO 2012
ELE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO

CPF / CNPJ 049.550.674-50 PLACA KJU7662

WEDNA MARIA DE OLIVEIRA

BEZERROS-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 9307715896 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 07/04/12

VIA 1 CPF / CNPJ 049.550.674-50 PLACA KJU7662

RENAVAM 963777289 MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB. 2008 CATEG. 09 Nº CHASSI 9C2HB02108R026840

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

SEGURO PAGO
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DUT

1004032



SELSIOR SEGUROS
11 JAN. 2013
SEGURO DPVAT.

SESG SERVIÇOS
14 JAN. 2013
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.059.3

CAIXA

AG 2192 OP 013

C.P 66610-9

OUTROS

1004054

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ELIVAN JOSÉ DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 4.338.728 e inscrito no CPF/MF sob o nº 821.620.054-04, residente e domiciliado na RUA OITO, Nº 16, "A", LOTIAR, Cidade BEZERROS, 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 da 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 desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

ELIVAN JOSÉ DE LIMA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

BEZERROS, 10/01/2013

Local e data

SAFE SEG-SERVIÇOS
14 JAN. 2013
CPF: 10.434.000/0001-58
Inscrição Municipal: 402.068-33

EXCELSIOR SEGUROS
11 JAN. 2013
SEGURO DPVAT.

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013026825	Cidade: Bezerros	Natureza: Invalidez
Vítima: ELIVAN JOSE DE LIMA	Data do acidente: 11/10/2012	Emissor do parecer: Juliana dos S Wanis
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS	Prestadora: Visão Médica Ltda	CRM do médico: 88043-4

PARECER

Data da análise:	22/01/2013
Valoração do IML:	
Perícia médica:	Sim
Diagnóstico:	NAO IDENTIFICADO
Resultados terapêuticos:	A ESCLARECER
Sequelas permanentes:	
Sequelas:	
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	JULIANA WANIS
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			
			Valor avaliado: 0,00

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013026825	Cidade: Bezerros	Natureza: Invalidez
Vítima: ELIVAN JOSE DE LIMA	Data do acidente: 11/10/2012	Emissor do parecer: GABRIEL JOÃO LOURENÇA DA SILVA
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 52258890

PARECER

Diagnóstico:	FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.
Descrição do exame médico pericial:	TORNOZELO DIREITO- LIMITAÇÃO ÁLGICA DA FLEXO-EXTENSÃO.
Resultados terapêuticos:	FRATURA DO TORNOZELO DIREITO- TRATAMENTO CONSERVADOR.
Sequelas permanentes:	APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.
Sequelas :	Com sequela
Data da perícia:	15/02/2013
Conduta mantida:	
Observações:	
Valor pleiteado:	3.375,00
Médico avaliador:	DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50