

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10125464

A/C: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

Sinistro: 3160709815 ASL-1166111/16
Vitima: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
Data Acidente: 05/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10190666

A/C: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

Sinistro: 3160709815 ASL-1166111/16
Vítima: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
Data Acidente: 05/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10299409

A/C: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

Sinistro: 3160709815 ASL-1166111/16
Vítima: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
Data Acidente: 05/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000239-9

Conta: 0000017520-X

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160709815 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE **Data do acidente:** 05/07/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO COM LESÃO COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E LESÃO PARCIAL DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR ASSOCIADO A LESÃO DO MENISCO MEDIAL E ESTIRAMENTO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE E CICATRIZ NO JOELHO. IMPORTANTE REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO (ADM 10-60°), INSTABILIDADE LIGAMENTAR MEDIAL COM ABERTURA, SOB STRESS, MEDIAL DO JOELHO, HIPOTROFIA ACENTUADA DO QUADRÍCEPS E DA MUSCULATURA DA PERNA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR NO JOELHO DIREITO COM RESULTADO RESERVADO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

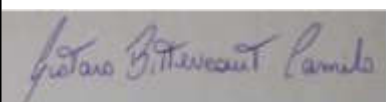
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

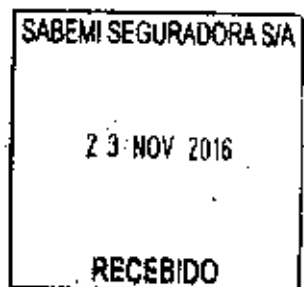
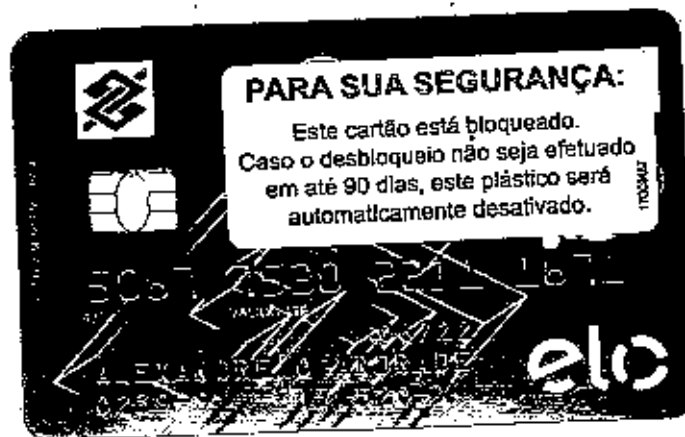
CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



- 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**.



Início Transferências Transferência DOC - Transferências até R\$ 4.999,99

Verificação da remessa de DOC eletrônico - Tipo E

HORÁRIOS E LIMITES

01 02 CONFIRMAÇÃO

03

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta,
selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

CPF/CNPJ origem:

Conta origem:

Conta destino: 239-9 / 17520-X

Banco: 001-BANCO DO BRASIL S/A

Valor a ser transferido:

Tarifa de emissão de DOC:

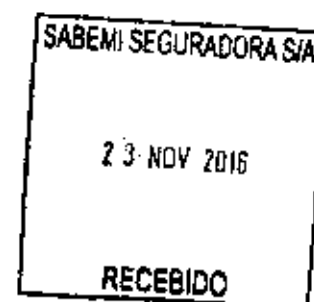
Valor total a ser debitado:

Destinatário: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

CPF/CNPJ destinatário: 601.085.043-60

Finalidade: 99-Outros

Identificação da transferência:





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1666 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **30/08/2016 08:36:16**
 Data / Hora da Ocorrência: **05/07/2016 10:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 226**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **SENADOR POMPEU/CE**
 Ponto de Referência: **BR QUE LIGA SEN. POMPEU A CID. MILHA**

23 NOV 2016

RECEBIDO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE**
 Nascimento: **27/12/1983** CPF: **601.085.043-60**
 RG: **2001010197434** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **VALERIA LUCIA DE OLIVEIRA ANDRADE**
FRANCISCO DE ASSIS TAVARES DE ANDRADE
 Endereço: **SITIO UBERABA**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.600-000**
 Município: **SENADOR POMPEU/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99785-2227**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NRA4774** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:
9C2HB02108R022071 Renavam: **136513174** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca:
 Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível:
GASOLINA Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO**
PEIXOTO Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava conduzindo a motocicleta supracitada; Relata o (a) declarante que um caminhão de placas não anotadas ao fazer uma ultrapassagem fechou o declarante, este se desequilibrou, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu trauma em joelho direito, mais ruptura completa do ligamento cruzado anterior; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiro e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DIANY MARY FALCÃO ALVES - MAT.: 300030-1-2

Assinatura de Alexandre de Oliveira Andrade



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

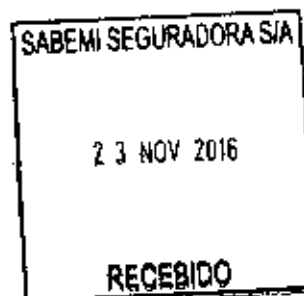
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

BOLETIM DE Ocorrência Nº 551, 1666 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alfonso de Almeida Cabral

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

Jefferson
JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alexandre de Oliveira Andrade, portador da carteira de identidade nº 200108197434 e inscrito no CPF/MF sob o nº 601.085.043-60, residente e domiciliado na Rozinda Ubirajara 109 Cidade Senador Pompeu Estado Paraná, 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.

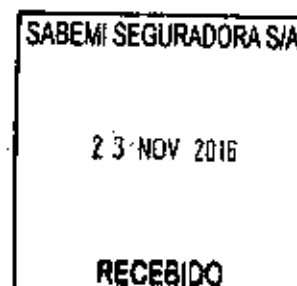
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexandre de Oliveira Andrade

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SENADOR Pompeu 31.10.2016

Local e data



Prova do ato de lesão



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

20010197434

D.N. 27.12.1983



**MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL**
Rua Joaquim F. de Magalhães, 597
Fone: 85 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente

Alexandre de Oliveira Andrade

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Mantador And. Edipeiro	32	Pardo	M	casado	Fortaleza	Br.

Residência

Sítio Uberaba

Pai Francisco de Assis Tavares de Andrade

Mãe Valéria Lucia de Oliveira Andrade

Responsável Alexandre de Oliveira Andrade

Telefone: 89785 22 22

O Paciente chegou ao hospital

<input type="checkbox"/> Andando	<input checked="" type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia

Atendimento

SUS

Data

05.07.16

Hora

11hs.

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de queda de motocicleta com lesão no joelho direito importante e sangramento difuso

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AXILAR	RETAL	
120	70		36.5		72kg

Trauma no joelho D.

pós acidente com motocicleta

TRATAMENTO:

1) Contagem de hemácias e volúmen - Deu 1 hora em

CONFERE COM ORIGINAL
24.07.2016 - João Tadeu C. C.
Residência - SIA
MRS
RJ 07 802 697 0002-00

SABEMI SEGURADORA S/A

DESTINO DADO AO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido
<input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório	
<input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.	
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento	

Medicação Administrada por:

23 NOV 2016

Exames Complementares

RECEBIDO

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Alexandre de Oliveira Andrade

Ass. do Médico

Dr. João Tadeu C. C.
CRM: 15821
MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

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: 29/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00239-9

CONTA: 000000017520-X

Nr. da Autenticação A95C5491B5ED22A4

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Alexandre de Oliveira Andrade

RG nº 9001010199434, data de expedição 17/07/2014, Órgão SSPMS-CE,

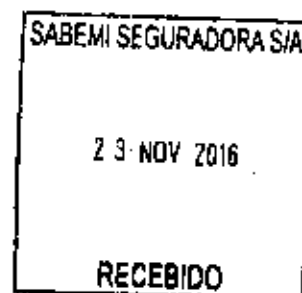
CPF nº 601.085.043-60, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rozinda Ubenaba,</u>
Número	<u>09</u>
Apto / Complemento	<u>— 11 —</u>
Bairro	<u>Distrito de Cortiá</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779 / 98721-2741</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu, 31/10/2016.

Assinatura do Declarante: Alexandre de Oliveira Andrade



ඇමුණුක අනුමැතියෙන් පසුව
 10.438, 2002

Rua Padre Váldemiro, 152
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 05.105.848-3

Medidor 13606574 Poste 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Local de Potência
 RG / CPF / CNPJ 653943603-00 CGF
 Nome do Responsável

Revisão	Data de Apresentação	Revisão de	Valor de	Valor de	Valor de
Jun/2016	29/06/2016	29/06/2016	29/06/2016	29/06/2016	29/06/2016

ID 006			Padrões Individuais		Aprovação Individual	
Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Plano 73	Plano 74	Plano 75	Plano 76
15440			10,73	21,54	42,50	0,00
			7,67	15,34	30,85	0,00
			5,72			0,00

Sell. Asset	Sell. Amount	Cost	Commission (\$/100)	Cont. Ind.	Cont. Fee	Bertha IRS Penalty	Value (\$K)
13298	13289	1.08	61	0.08	56	\$ 2776	\$5.16
11/05/16	29/04/16		32 2046		61		28.29

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL	40,20
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-19,81
MULTA MORATORIA REF 03/2016	0,39
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	3,18

06/07/2016		21,96	
RECEIVED FROM THE STATE OF TEXAS		INVESTMENT IN THE STATE OF TEXAS	
Payroll	12.00	Jan	76
Payroll	12.00	Feb	81
Payroll	12.00	Mar	92
Payroll	12.00	Apr	67
Payroll	12.00	May	81
Payroll	12.00	Jun	87
Payroll	12.00	Jul	79
Payroll	12.00	Aug	88
Payroll	12.00	Sep	75
Payroll	12.00	Oct	90
Payroll	12.00	Nov	31
Payroll	12.00	Dec	102
Payroll	12.00	Total	94

COMPANHIA SANEAMENTO - FOMENTO DE C.A. - JACAREPAQUE
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica acima da tabela
Emissão kg(CO₂) Compensação kg(CO₂) Companhia Ecológica (% CO₂)
35,01 0,00 _____

informações importantes e avisos de vencimento

40 FOR POSSIBLE OTHER LEADS: DR. HUBERT H. HUBBARD, JR. 36 323 414

Conta desta fatura R\$ 2,38 referente a PIS e COFINS.

Nº do Cliente: 6580979-3 Referência: JUN/2016
 Data de Emissão: 31/05/2016 Total a Pagar(R\$): 21,96
 Nº da Nota Fiscal: 433101036 Nº de Controle: 0006580979 00016 39162 01

8385000000-8 71950031000-4 00065809790-3 00163916279-5



SABEMI SEGURODORA S/A

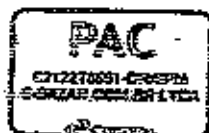
23 NOV 2016

RECEBIDO



40015

Impressão



mercado
livre

NF: 2473095

PLP: 53521890

PN066647719BR



Destinatário:

Ediane Soares - Avenida Francisco França Cambrã 970 -
Zona Urbana - Senador Pompeu
63600-000 - Ceará



Obs:

Remetente:

Alessandro Dias - Q1.4 Conjunto B 35 - GUARÁ - Brasília
77010-022 - Distrito Federal

Importante informar que o Mercado Livre só se limita a publicação de anúncios de seus usuários e não é
a proprietária, não guarda produtos, não coleta e não é responsável pelos bens entregues e/ou comercializados
nesta rede social, sendo a pessoa física ou jurídica responsável por estes produtos e/ou serviços pelo seu
qualidade.

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILENE SOARES ROCHA, portador(a) da CNH nº 04675350149, expedido por DETRAN/CE, em 13/11/2012, CPF/CNPJ nº 25.409.016/0001-83, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

Alexandre de Oliveira Andrade

do sinistro de DPVAT da natureza Acidente da vítima

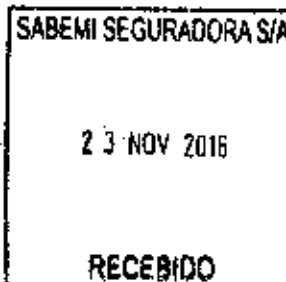
Alexandre de Oliveira Andrade

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Edlene Soares Rocha
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

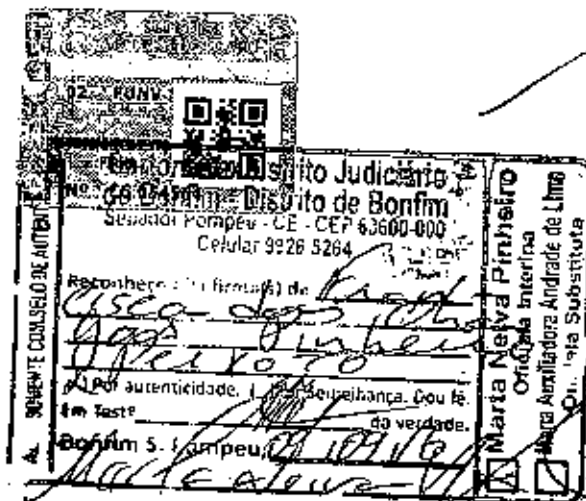




Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Francisco das Chagas Pinheiro Peixoto
 RG nº 1134343-88, data de expedição 25/11/88, Órgão SSP-CE,
 portador do CPF nº 330.864.953-00, com domicílio na cidade de
Sinador Pompeu, no Estado de Ceará,
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) São Jerônimo,
 nº 09, complemento Zona Rural,
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Alexandre
de Almeida Andrade, cujo o condutor no momento do
 acidente era Alexandre de Almeida Andrade.

Veículo: motocicleta
 Modelo: Blonde / Pop 100
 Ano: 2008/2008
 Placa: NRA 2774
 Chassi: 9E2H209J013R032071
 Data do Acidente: 05 / 07 / 16

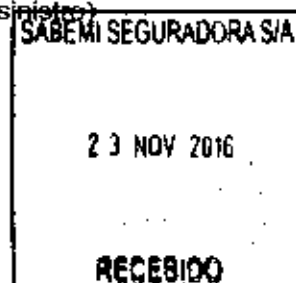


Local e Data: Sinador Pompeu - CE 09/09/16

Francisco das Chagas Pinheiro Peixoto
 (Assinatura do Declarante)

Alexandre de Almeida Andrade

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

20010197434

DN 27.12.1982

MATERIDADE E HOSPITAL

SANTA ISABEL

Rua José de F. de Aguiar, 137

Fone: 88 9971 3132

SENADOR FOSFEO-CERRA

Nome do Paciente

Alexandre de Oliveira Andrade

Profissão: Montador de Elétrico Idade: 32 Cor: Branco Sexo: M Estado Civil: Casado Nacionalidade: Brasileira Nat: Br

Residência: Sítio Iguatema

Pai: Francisco de Assis Farias de Andrade

Mãe: Valéria Vieira de Oliveira Andrade

Responsável: Alexandre de Oliveira Andrade

Telefone: 99785 22 32

O Paciente chegou ao hospital

☐ Anestesiado ☒ Regular
☐ De Automóvel ☐ Passando Mal
☐ Ambulância ☐ Comatosa
☐ Aparência boa ☐ Com Hemorragia

Atendimento

SUS

Data

05.07.16

Hora

11h

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de queda de motocicleta com lesão no joelho direito importante e sangramento de ferida

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MM	CM		AXILAR	RECTAL	
120	70		36.5		72kg

Trauma no joelho D.

pós acidente com motocicleta

TRATAMENTO:

1) Curativo de limpeza
2) Voltar a usar a tala

CONFERE COM ORIGINAL
27.07.2016
Resposta: ISABEL
MCS
CRP 07 002 6970002-14

SABEMI SEGURADORA S/A

DESTINO DADO AO PACIENTE

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

RECEBIDO

☐ Residência ☐ Internado
☐ Em Observação ☐ Transferido
☐ Encaminhado ao Ambulatório
☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
☐ Óbito sem tratamento

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico

Alexandre de Oliveira Andrade

Dr. João Tadeu C. C.
CRM: 15821
MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Paciente...: 7696246 ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE Sexo: M
Nascimento...: 27/12/1983 RG.: 2001010197434 CPF.: 60108504360
Endereço...: R DR. PEDRO WILSON 1000 SERRINHA FORTALEZA CE 60742210
Convenio...: HAPVIDA Tel.: 8899785222
Matricula...: 19671000233004021
Solicitante: Dr(a) MARCELO CARLOS MORE

Exame:

RM DE JOELHO (UNILATERAL) - DIREITO

!H-GD.


3710363311

TÉCNICA: Exame realizado com a técnica spin-eco, fast spin-eco, aquisições multiplanares.

COMENTÁRIOS:

- Estruturas ósseas de morfologia e sinal de R.M. preservados.
- Lesão vertical de espessura completa em periferia do cornó posterior do menisco medial.
- Menisco lateral de contornos, morfologia e sinal de R.M. normais.
- Ruptura completa do ligamento cruzado anterior. Acotovelamento do ligamento cruzado posterior, com sinal preservado.
- Leve estiramento do ligamento colateral medial.
- Ligamento colateral lateral de morfologia e sinal de R.M. normais.
- Tendinopatia proximal do patelar, com calcificação intratendínea.
- Tendão do quadríceps íntegro. Gordura de Hoffa preservada.
- Leve derrame articular.
- Planos musculares e gordurosos sem alterações.
- Fossa poplítea livre.
- Cartilagem patelar preservada.

* Exame documentado em CD.


CARLOS EDUARDO BARBOSA PONTE
CRM 9327 - CE

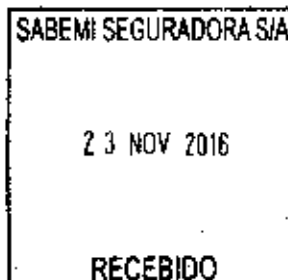
SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

paciente referindo dor em joelho direito, ja de longa data, com edema e piora da dor ha cerca de 3 dias. traz laudo de RNM (09/07): lesao vertical de espessura completa em periferia do corno posterior do menisco medial. menisco lateral de contornos, morfologia e sinais de R.M normais. ruptura completa do ligamento cruzado anterior. acotovelamento do ligamento cruzado posterior, com sinal preservado. Leve estiramento do ligamento colateral medial. Leve derrame articular. . Ao exame: edema e dor local em joelho direito. Derrame articular presente? Ao ortopedista de plantao.

Dra. Patricia H. Caspary
CRP 13458





ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu

Receituário Médico

05/09/2016

Nome:

Alcalanoção

Atender para devidos fins, que Alexandre de Oliveira Andrade, encontra-se em acompanhamento no setor de fisioterapia, com diagnóstico clínico de pós-operatório de reconstrução de ligamento Cruzado Anterior do joelho direito, proveniente de uma lesão em decorrência de um acidente de motocicleta, apresentando diminuição da amplitude de movimento para flexão e extensão do joelho direito, requerendo dor.

Dra. Bruna Vitoriano

FISIOTERAPEUTA
CREFITO N.º 64.4 - LTF

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 24083353

1 - Registro Ans ANS nº 368962		3 - N. Guia Principal 24083353		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia 17/07/2016	
DADOS DO BENEFICIÁRIO											
8 - Número da Carteira 1967100023304021		9 - Plano PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFER		10 - Validade da Carteira		11 - Nome ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE			12 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE											
13 - Código na Operadora/CNPJ/CPE 5874945000109		14 - Nome do Contratado HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE									
16 - Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LOPES GASPAR						17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 16456		19 - UF CE	
								20 - Código CBO S		15 - Código CNES 2415631	
DADOS DA SOLICITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS											
21 - Data/Hora da Solicitação 17/07/2016 14:25		22 - Caracter da Solicitação U - Eletivo U - Urgência/Emergência		23 - CID 10 R66		24 - Indicação Clínica OUTR SINT E SINAIS GERAIS					
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição		28 - Qtd. Solic.		29 - Qtd. Autor.			
1		02		00010081		PARECER DE OUTRAS ESPECIALIDADE		1			
<p style="text-align: center;">Ao Otorrinolaringologista</p>											
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE											
30 - Código na Operadora/CNPJ/CPE		31 - Nome do Contratado		32 - T. Log.		33-34-35 - Complemento - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF	
38 - Cod. IAGE		39 - CEP		40 - Código CNES							
40 - Código na Operadora/CNPJ/CPE do Eac. Complementar 4233587389		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar PATRICIA LOPES GASPAR		42 - Conselho Profissional CRM		43 - Número no Conselho 16456		44 - UF CE		45 - Código CBO S	
								46 - Grau de Participação			
DADOS DO ATENDIMENTO											
48 - Tipo de Atendimento 01 - Ambulatório 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva						47 - Índice de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros			49 - Tipo de Sólido 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito		
CONSULTA REFERENCIAL											
49 - Tipo de Doença		50 - Tempo da Doença									
A - Aguda C - Crônica		A - Anos M - Meses D - Dias									
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS											
51 - Data 17/07/2016		52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tab.		55 - Código do Procedimento 00010081		56 - Qtd. Solic.	
57 - Qtd. Vix		58 - Top.		59 - Rod. / Acreaslime		60 - Valor Unitário - R\$		61 - Valor Total - R\$		62 - Valor Total - R\$	
										0.00	
63 - Data e Assinatura do Procedimento em Série		3 -		4 -		7 -		8 -		10 -	
1 -		2 -		3 -		4 -		5 -		6 -	
64 - Observação		<p style="text-align: center;">RECEBIDO 23 NOV 2016</p> <p style="text-align: center;">BEM SEGURADORA S/A</p> <p style="text-align: center;">AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO</p>									
65 - Total Procedimentos - R\$		66 - Total Taxas e Anuidades - R\$		67 - Total Materiais - R\$		68 - Total Medicamentos - R\$		69 - Total Diárias - R\$		70 - Total Gases Medicinais - R\$	
71 - Total Geral da Guia - R\$											
85 - Data e Assinatura do Solicitante 17/07/2016		87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/07/2016		89 - Data e Assinatura do Prestador Executante 17/07/2016					



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

IDENTIFICACAO / COLECCIONADOR DE: 2001010197434 SS705 CE

CPF: 601.085.043-60 DATA NASCIMENTO: 27/12/1983

RELAÇÃO:
FRANCISCO DE ASSIS
TAVARES DE ANDRADE
VALERIA LUCIA DE
OLIVEIRA ANDRADE

PROFISSÃO: ACC: 5 CATEGORIA: 5

VALIDADE: 03/06/2008

SEM OBSERVAÇÃO:

Alexandre de Oliveira Andrade
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: PORTALEZA, CE DATA EMISSAO: 17/07/2014

00072547114
CE142808016

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
972487194

VALIDO PLACARDAR
972487194

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **601.085.043-60**

Nome da Pessoa Física: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE** ✓

Data de Nascimento: **27/12/1983** ✓

Situação Cadastral: **REGULAR** ✓

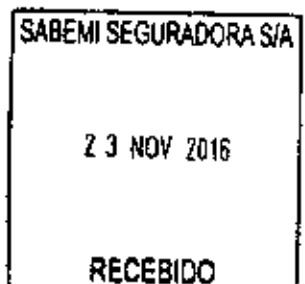
Data da Inscrição: **02/02/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:19:20** do dia **06/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **7894.C42B.0F92.76A3**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012459889773
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 Cód. RENAVAM 00134513174 R.N.L.I.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO PE
SENADOR POMPEU /CE

CPF / CNPJ 33026475300 PLACA NRA4774/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2HB02108R022071

ESPECÍFICO (1111) COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP / POT / CIL 2P / 0CV / 97CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

DOTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª 2ª 3ª

FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TC (AL. IR\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL SENADOR POMPEU DATA 16/05/2016

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012459889773 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 16/05/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 33026475300 PLACA NRA4774

RENAVAM 00134513174 MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB. 2008 CIL 09 Nº CHASSI 9C2HB02108R022071

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 129,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURODO (R\$) 292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 12/05/2016

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.698/0001-04
www.seguradoralider.com.br

NOTOR: HB02E18022071 01961

DETRAN

CONTRIM

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

23 NOV 2016



330 264 753 00

FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO PEIXOTO

17-02-52

Francisca das Chagas Pinheiro Peixoto

Proprietária do veículo

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

001/1902-6

19 JUN 1987

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

7

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

11-I

Francisca das Chagas Pinheiro Peixoto

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1734345-88

DATA DE EXPEDIÇÃO 25-11-88

NOME FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO PEIXOTO

FILIAÇÃO Adalberto Ergilio Pinheiro e Maria Rocilda Pinheiro

Solonópole CE.

17-2-52

Cert. Cas. nº 930. lv. B7. fls. 97

Cart. de M. lha CE.

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160709815 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE **Data do acidente:** 05/07/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Lesão em joelho direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160709815 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE **Data do acidente:** 05/07/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO COM LESÃO COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E LESÃO PARCIAL DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR ASSOCIADO A LESÃO DO MENISCO MEDIAL E ESTIRAMENTO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE E CICATRIZ NO JOELHO. IMPORTANTE REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO (ADM 10-60°), INSTABILIDADE LIGAMENTAR MEDIAL COM ABERTURA, SOB STRESS, MEDIAL DO JOELHO, HIPOTROFIA ACENTUADA DO QUADRÍCEPS E DA MUSCULATURA DA PERNA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR NO JOELHO DIREITO COM RESULTADO RESERVADO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

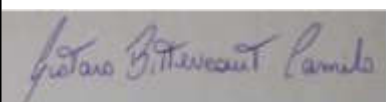
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





(Signature)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Alexandre de Oliveira Andrade
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
 Profissão: Montador And. Edição
 Identidade: 2001010 192434 CPF: 601.085.043-60
 Endereço: Rua Santa Urbana, 09
 Bairro: Distrito de Rodin
 Cidade: Senador Pompeu CEP: 63.600-000

OUTORGADO (Procurador)

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional
Av. Francisco França Cambraia, 970, Bairro: Centro: Cidade: Senador Pompeu- Ceará,
CEP: 63.600-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa reciba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Alexandre de Sousa Andrade

Sin. Pombal. PE 09 de Setembro de 2016

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

SABEMI SEGURODORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

**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): **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE** Sinistro: **3160709815** Data: **05/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **FAZENDA UBERABA, 09 - DISTRITO DE CODIA - Fortaleza - CE - CEP 60714-410**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2001010197434**

Data local do exame: [**26/12/2016**] **Boa Viagem** [**CE**]

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)
TRAUMA NO JOELHO DIREITO COM LESÃO COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E LESÃO PARCIAL DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR ASSOCIADO A LESÃO DO MENISCO MEDIAL E ESTIRAMENTO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE E CICATRIZ NO JOELHO. IMPORTANTE REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO (ADM 10-60°), INSTABILIDADE LIGAMENTAR MEDIAL COM ABERTURA, SOB STRESS, MEDIAL DO JOELHO, HIPOTROFIA ACENTUADA DO QUADRÍCEPS E DA MUSCULATURA DA PERNA.

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.
SUBMETIDA A RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR NO JOELHO DIREITO COM RESULTADO RESERVADO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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 inferior direito

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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

Região Corporal (Sequela):

% 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.


Casemiro Dutra de Medeiros Junior
CRM: 6818 - CPF: 132.879.69-27
MÉDICO