

---

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](http://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](http://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 inicio 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10299409

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.: 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%

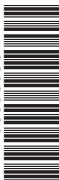
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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](http://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
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

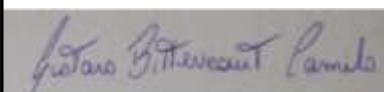
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





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, Alexandre de Oliveira Andrade

PORTADOR(A) DO RG N° 2003010397434

EXPEDIDO POR SEPDOS - EE

EM 17/07/2014

CPF 6030850043-60 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO MONTADOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (\*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA Alexandre de Oliveira Andrade. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, AVULSA, PIS/PASEP, FUNDEB, SABEM SEGURO DA SAÚDE, SISTEMA DE INFORMAÇÕES FONCIAR;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

23 NOV 2016

RECEBIDO

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

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0239-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17520-X

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

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

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

SEN Pouspar 31 de Outubro de 2016 - Alexandre de Oliveira Andrade

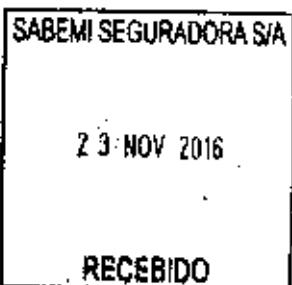
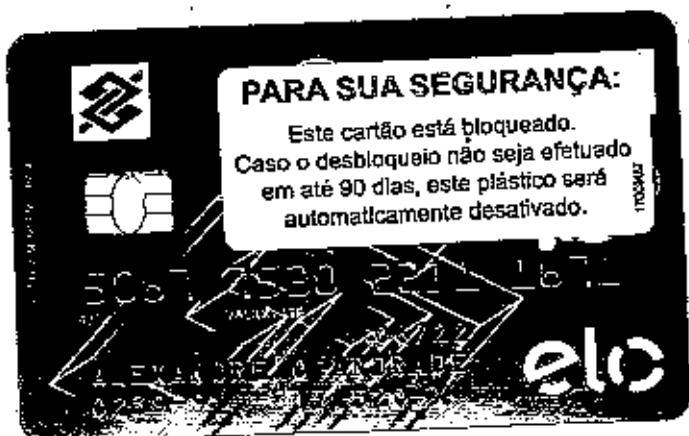
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



[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:

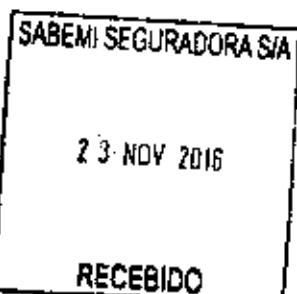
Valor total a ser debitado:

Destinatário: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

CPF/CNPJ destinatário: 601.086.043-60

Finalidade: 99-Outros

Identificação da transferência:





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 1666 / 2016

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

23-NOV-2016

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**

RECEBIDO

Complemento:

Bairro:

Município: **SENADOR POMPEU/CE**

Ponto de Referência: **BR QUE LIGA SEN. POMPEU A CID. MILHÃ**

**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, afirmado 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 :**

*Diário Mary Falcão Alves*  
**Diário Mary Falcão Alves**

**DIANY MARY FALCAO ALVES - MAT.: 300030-1-2**

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

*Abraço de Deus*

*H*  
Pág. 1 de 2

Impresso em: 30/08/2016 08:51:13



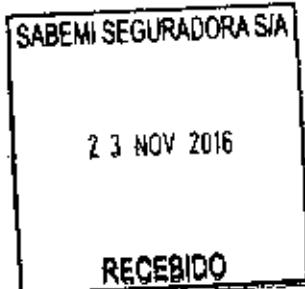
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551, 1666 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alexandre de Oliveira Custodio

VISTO DO DELEGADO(A) : Jefferson Lopes Custodio

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 20010003072434 e inscrito no CPF/MF sob o nº 601.085.043-60, residente e domiciliado na Bogorda Uberaba, 109, Cidade Singol Pompéu, Estado Pará, 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:

(X) 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 Pará 31/10/2016

Local e data

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO

Prova do ato deles acat



# FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

20030197434

D.N. 27.12.1983

 <b>MATERNIDADE E HOSPITAL</b> <b>SANTA ISABEL</b> Rua Joaquim F. de Magalhães, 397 Fone: 65 9971 3132 <b>SENADOR POMPEU-CEARÁ</b>	Nome do Paciente					
	<i>Alexandre de Oliveira Andrade</i>					

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Mantenedor de Edifícios	32	Pardo	M	Casado	Fortaleza	Br.

Residência  
*Sítio Iberaba*

Pai *Francisco de Assis Tavares de Andrade*

Mãe *Valnia Lucia de Oliveira Andrade*

Responsável *Alexandre de Oliveira Andrade* | Telefone: 09785 22 22

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<input type="checkbox"/> Andando	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	SUS	05.07.16	15hs
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso	Local		
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia			

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

*Pct vítima de queda de motocicleta com lesão no joelho direito importante e mesmo que deslocado*

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	PESO	<i>Trauma no joelh D.</i>	
120	70	36,0	72kg	<i>pós acidente com motocicleta</i>	

TRATAMENTO:

*1) Contusão de joelho  
2) Volto a Pct a bainha*

*CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO*  
*05/07/2016 - 10:00h - SAMU*  
*Assinatura: 02 802 691 0002-44*

SABEMI SEGURADORA S/A

DESTINO DADO AO PACIENTE	Medicação Administrada por:	23 NOV 2016
<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.	Exames Complementares	
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento	Diagnóstico Definitivo	RECEBIDO
Assinatura do Paciente ou Responsável	Ass. do Médico	<i>Dr. João Tadeu C. C.</i> CRM-1529, MÉDICO
<i>Alexandre de Oliveira Andrade</i>		

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, Alexandru de Slivina, Radnache

RG nº 9001010197434, data de expedição 17/07/2014 Órgão SSP/MS, EE,

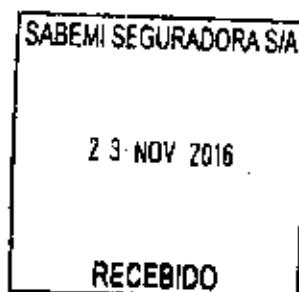
CPF nº 601.085.043-60, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Lagoa da Ubuomba,
Número	09
Apto / Complemento	— 11 —
Bairro	Distrito de Endicí
Cidade	Sinodal Pompeu
Estado	Paraíba
CEP	583.600-000
Telefone de Contato	(85) 999.89-0779   98721-2741
E-mail	—

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Alexandre de Oliveira Andrade







100157

Imprimir este



NF: 2473095

PLP: 53521890

PN066647719BR



**Destinatário:**

Edilene Soares - Avenida Francisco França Cambraia 970 -  
Zona Urbana - Senador Pompeu  
63000-000 - Ceará



**Oas:**

**Remetente:**

alessandro dias - Q14 Conjunto B 36 - GUAR I - Brasília  
71010-622 - Distrito Federal

Importante: Informamos que o MercadoLivre só se responsabiliza pelo despacho de seus serviços e não é responsável, nem guarda posse, nem aplica a lei e responsabiliza pelos bens entregues ou não entregues, nem pode controlar quando e quanto tempo pode levar para receber a verificação e pagamento pelo destinatário.

SABEMI SEGURADORA S/A

23-NOV-2016

RECEBIDO



00000  
Sistema de Documentos

## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Individu 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.

Edilene Soares Rocha  
ASSINATURA- PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO



## Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Edson Cesar da Cunha Pinheiro Paixão  
RG nº 1734349.88, data de expedição 25/11/88, Órgão SSP/SC,  
portador do CPF nº 330.864.953-00, com domicílio na cidade de  
Joinville, no Estado de SC,  
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Av. Rio Urubuaba,  
nº 09, complemento Conjunto Residencial,  
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de  
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Alexandru  
de Oliveira Andrade, cujo o condutor no momento do  
acidente era Alexandru de Oliveira Andrade.

Véículo: YH-101

Modelo: Blonda / Pop 100

Ano: 2008/2009

Placa: NRA 2774

Chassi: 989H160910380903

Data do Acidente: 09 / 02 / 16

Local e Data: Sindicato România - 06 09/09/36

Francisco José das Pinheiros Peixoto  
(Assinatura do Declarante)

Alvaro de Olazáin Endrade

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

ESTATE  
SISTEMAS DE SEGURIDAD S.A.

23 NOV 2016

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

RECEBIDO

# FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

20030197434



DA 37-12-1983

<input type="checkbox"/> MATERNIDADE E HOSPITAL <b>SANTA ISABEL</b> <input checked="" type="checkbox"/> Rua Conselheiro F. da Cunha, 537 Fone: 88 9971-9932 SENADOR POLARO CERNA		Nome do Paciente				
				<i>Alexandre de Oliveira Andrade</i>		
Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nat.
Mantenedor End. Edifício	32.	Pardo	H	Casado	Fortaleza	Br.
Residência <i>Sítio Iberá</i>						
Pai <i>Francisco de Anís Favaro de Andrade</i>						
Mãe <i>Valéria Cecília de Oliveira Andrade</i>						
Responsável <i>Alexandre de Oliveira Andrade</i>   Telefone: 997852232						
<input type="checkbox"/> Andando <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> De Automóvel <input type="checkbox"/> Passageiro M/F <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Corridoso <input type="checkbox"/> Aparentemente bêbado <input type="checkbox"/> Cura Hemorragia		Atendimento <b>SUS</b>		Data <i>05.03.16</i>	Hora <i>11h</i>	
Local						

Quais os principais sintomas da doença:

*Pct vítima de queda de motocicleta com lesão no joelho. Lesão importante e mesma gos de sangue*

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL	RAZÃO	TEMPERATURA	PESO	Trauma no joelho D. pós acidente com motocicleta	
120	70	36,5	72kg		
TRATAMENTO:					
<i>1) Controle de dor 2) Volte a seu lar</i>					
<i>CONFIRME COM ORIGINAL</i> <i>Responsible: S.D.M.C. - 07/03/2016</i> <i>CHP1 07 802 597 0002-14</i>					

DESTINO DADO AO PACIENTE		Medicação Administrada por:	
<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			
Assinatura do Paciente ou Responsável:		Ass. do Médico	
<i>Alexandre de Oliveira Andrade</i>		<i>Dr. José Tadeu G. C. CRM: 1599 MÉDICO</i>	

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  
 Matrícula...: 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 cómo 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 quadriceps íntegro. Gordura de Hoffa preservada.
- Leve derrame articular.
- Planos musculares e gordurosos sem alterações.
- Fossa poplitea livre.
- Cartilagem patelar preservada.

\* Exame documentado em CD.

CARLOS EDUARDO BARBOSA PONTE  
CRM 9327 - CE

*[Signature]*

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 perigeria 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. B. M.  
CRM 3400

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO



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:

Alexandre

Declaro para devidos fins, que Alexandre de Oliveira Andrade, encontra-se em acompanhamento nub setor de fisioterapia, com diagnóstico clínico de pos-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, referindo dor.

Dra. Bruna Vitoriano

FISIOTERAPISTA  
CREFI/CE N.º 664-LTF

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

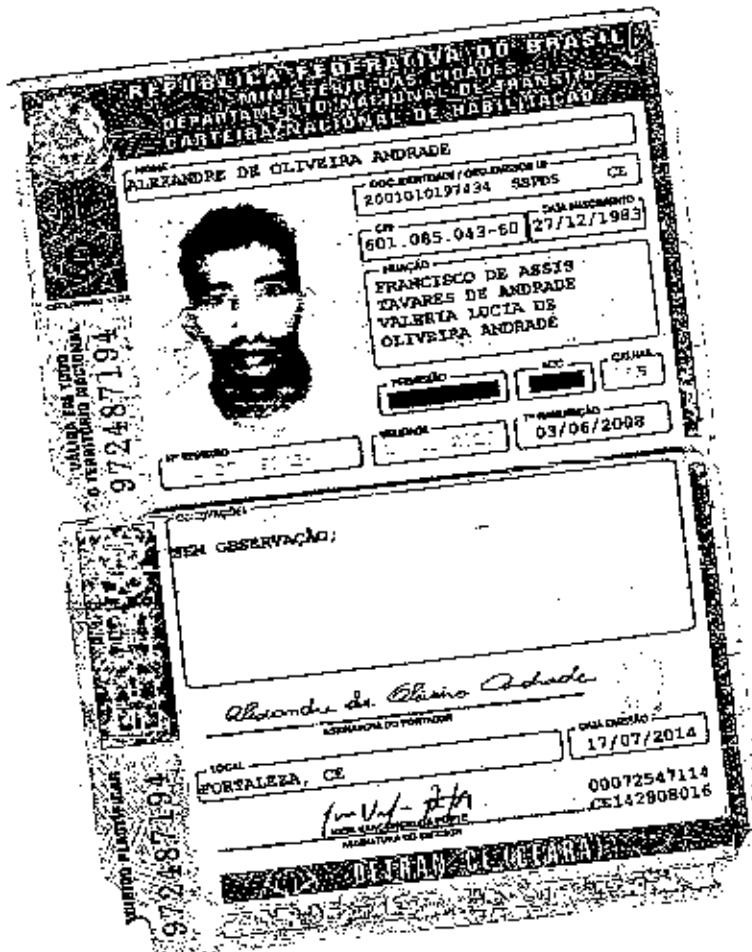
SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

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

1 - Registro Ans ANS nº 308362	3 - N. Guia Principal 24083353	4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Válidade da Senha	7 - Data da Emissão da Guia 17/07/2016						
DADOS DO BENEFICIARIO		8 - Número da Carteira 19671000233004021		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/CPF 5874946000109		14 - Nome do Contratado HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE			15 - Código CRM 2416631				
DADOS DA SOLICITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS		16 - Nome do Profissional que Solicitou PATRICIA LOPES GASPAR		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 16458	19 - UF CE	20 - Código CBO-S				
21 - Data/Hora da Solicitação 17/07/2016 14:25	22 - Caráter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 R68 (U)	24 - Indicação Clínica OUTR SNT E SINAIS GERAIS								
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento 1 02 00010081	27 - Descrição PARECER DE OUTRAS ESPECIALIDADE			28 - Qtd. Sfst.	29 - Cide Autor.	1				
<p style="text-align: center;"><i>Au Antepedida</i></p>											
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE		31 - Nome do Contratado		32 - T. Log.	33-34-35 - Conselho Profissional - Número + Complemento CRM 1	36 - Município	37 - UF	38 - Cid. IAGE	39 - CEP	40 - Código CRM	
40 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 4233887989		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar PATRICIA LOPES GASPAR		42 - Conselho Profissional CRM	43 - Número no Conselho 16458	44 - UF CE	45 - Código CBO-S	46 - Grau de Participação			
DADOS DO ATENDIMENTO		47 - Indicação do Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho		48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Reformado 4 - Internação 5 - Alta 6 - Obito							
49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença A- Aguda C- Crônica A- Anos M-Meses D-Dias									
51 - Data		52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab.	55 - Código do Procedimento 00010081 PARECER DE OUTRAS E	56 - Qtd.	58 - Via	59 - Tax. 60 - % Rod. / Averbação	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$ 0,00	
17/07/2016		1 11	8 11		1						
63 - Data e Assinatura da Procedimentos em Série		RECORRER		23 NOV 2016	RECORRER	7 11	8 11	9 11	10 11		
64 - Observação						AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVAIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO					
65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxes e Aluguel - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Dóries - R\$	70 - Total Gases Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$					
17/07/2016											
66 - Data e Assinatura do Solicitante 17/07/2016		67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 17/07/2016		68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/07/2016		69 - Data e Assinatura do Prestador Executante 17/07/2016					



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**

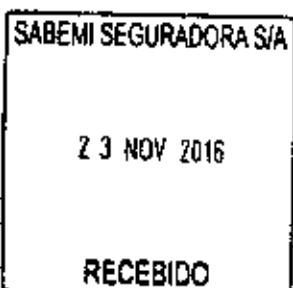
Data da Inscrição: **02/02/2006**

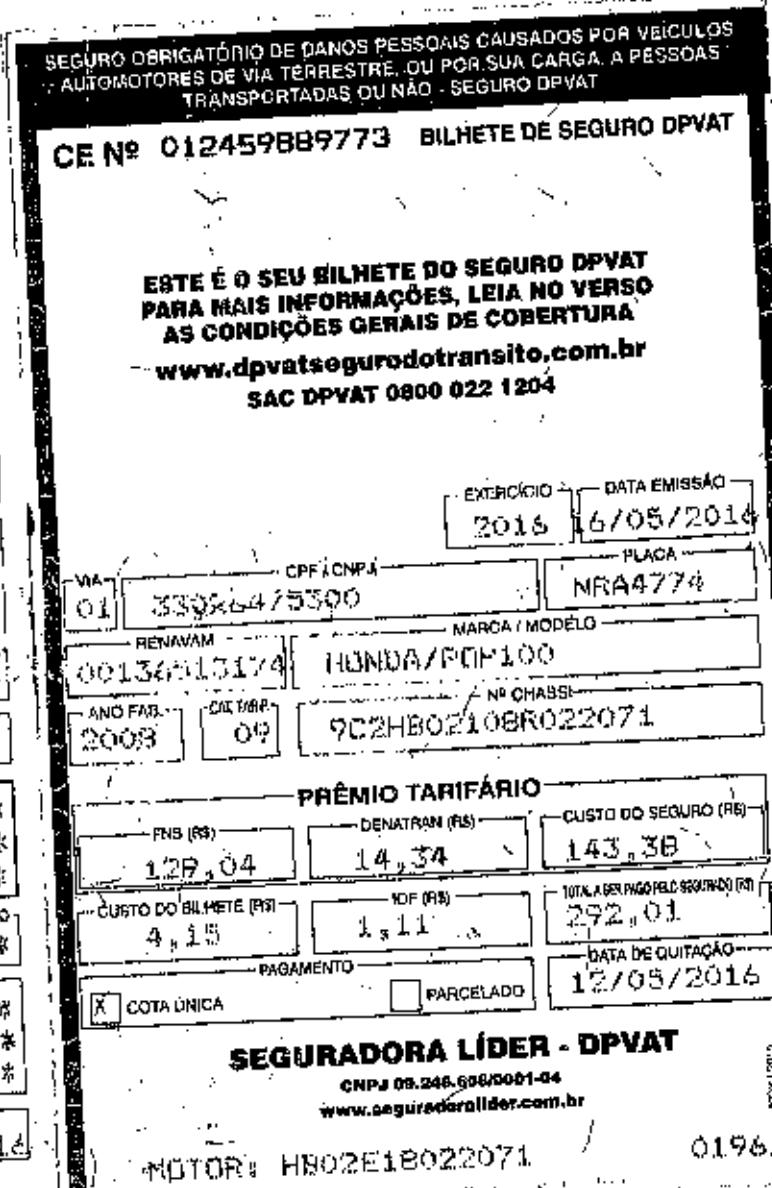
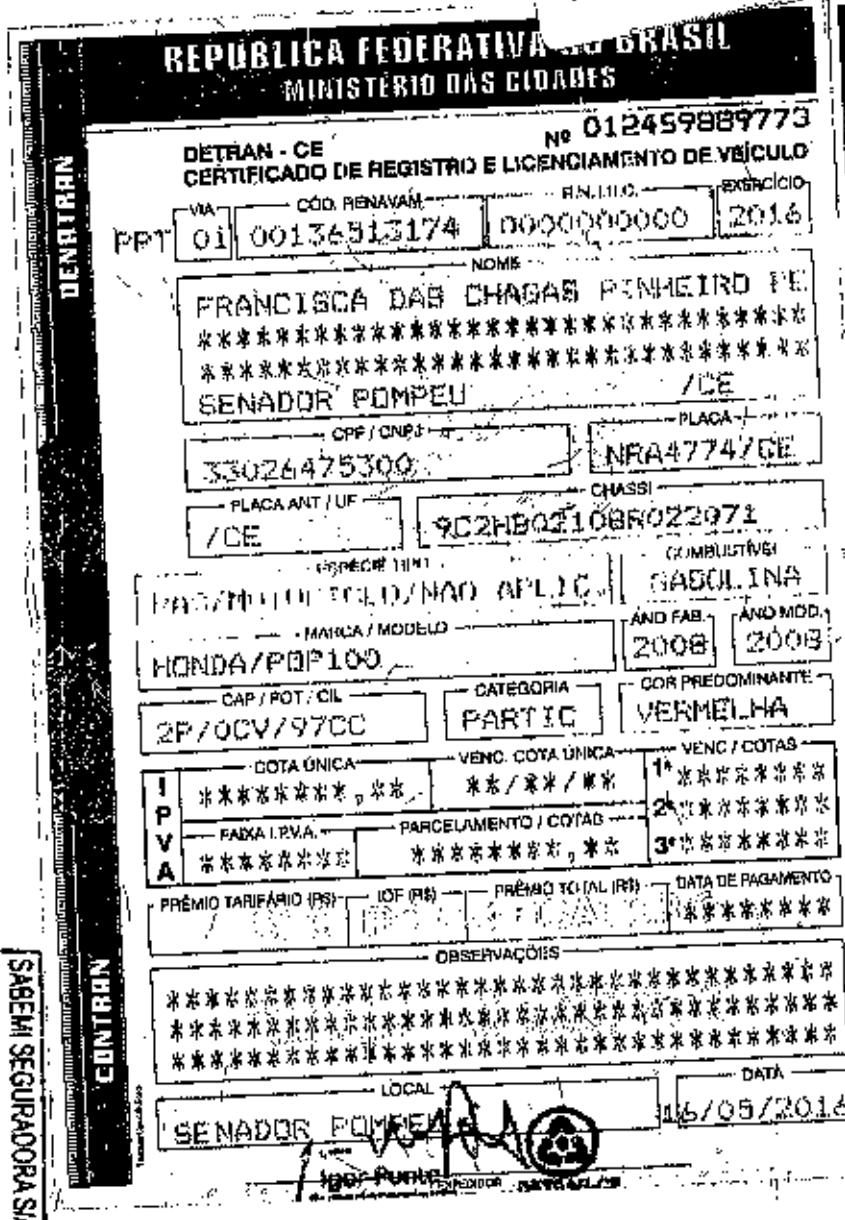
Dígito Verificador: **00**

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).  
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFaautentic.asp>)





RECEBIDO

23 NOV 2016

SABEMI SEGURADORA S/A

330 264 733 00

FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO PEIXOTO

17-22-52

Francisca das Chagas Pinheiro Peixoto

1001/002-57

19.07.1987

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

Proprietária do veiculo

7 11-I

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Francisca das Chagas  
Pinheiro Peixoto

REGISTRO DE IDENTIDADE  
CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1734345-88 DATA DE EXPEDIÇÃO 25-11-88

NOOME FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO PEIXOTO

FILIAÇÃO Adalberto Ergipo Pinheiro e  
Maria Rocilda Pinheiro

Solanópole CE. DATA 25-52  
NASCIMENTO

REC. NIGEL Cert. Cas. n.º 930. lv. B7. fls. 97  
Cart. de Milhão CE.

\*\*\* ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA N.º 7.116 DE 26/08/80

# 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 predizer 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
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

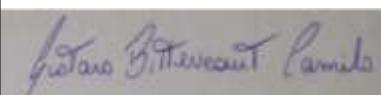
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Alexandre de Oliveira Andrade  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado  
Profissão: Montador And. Edifícios  
Identidade: 20010101097434 CPF: 001.086.043-60  
Endereço: Rua 1000, Centro, 09  
Bairro: Centro  
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.

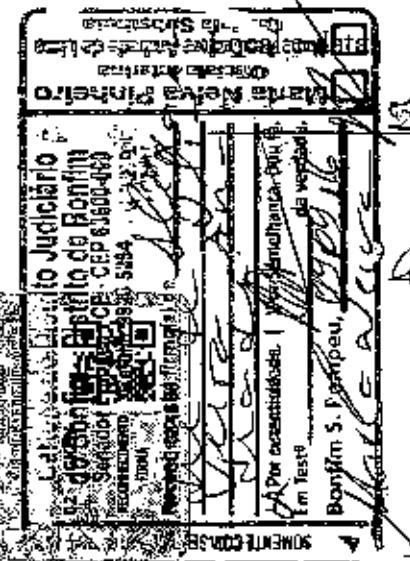
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório 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 receba 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 Oliveira Andrade.

Senador Pompeu-CE 09 de Setembro de 2016.

Alexandre de Oliveira Andrade  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

SABEMI SEGURADORA 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 suscetível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do membro 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

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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

**Membro 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

% 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 M. Junior  
CREMNEC 6818 CRF 120.879.65-27  
MÉDICO