

	Protocolo Nº 20190722152203886 Sua solicitação foi enviada à Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito da Comarca de ARACAJU em 22/07/2019 15:22 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.
---	--

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 201940600435

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem		
Número 201940600435	Classe Procedimento Comum	Competência Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 01/04/2019

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	11685590578	JOSE ALVES SOUSA
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2619290_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.pdf	Petição
2	2619290_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01_compressed.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

Imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 1º VADT DA COMARCA DE ARACAJU/SE

Processo: NUMERAÇÃO ADOTADA SE

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE ALVES SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ARACAJU, 18 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160584

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Data do acidente: 21/09/2016

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ACORDO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160584

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Data do acidente: 21/09/2016

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ALINHADA DO PLATOU TIBIAL À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PEQUENA ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+/+4), JOELHO EM GENO VALGO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.
ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140°. AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°
ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 75°. AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160584 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES SOUSA **Data do acidente:** 21/09/2016 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160584

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Data do acidente: 21/09/2016

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: INDEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, FOLHA DE CIRURGIA SE FOR O CASO E EXAMES DE IMAGEM MOSTRANDO A LESÃO E COM A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES SOUSA

Nº Sinistro: 3180160584

Vitima: JOSE ALVES SOUSA

Data do Acidente: 21/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180160584**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12648207



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES SOUSA

Sinistro: 3180160584

Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Data do Acidente: 21/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180160584** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES SOUSA

Nº Sinistro: 3180160584

Vitima: JOSE ALVES SOUSA

Data do Acidente: 21/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180160584**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES SOUSA
Nº Sinistro: 3180160584
Vitima: JOSE ALVES SOUSA
Data do Acidente: 21/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180160584**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES SOUSA

Sinistro: 3180160584

Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Data do Acidente: 21/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180160584** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

05 ABR 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 116.855.905-78	Nome completo da vítima JOSE ALVES SOUSA
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE ALVES SOUSA		CPF titular de conta 116.855.905-78	Profissão
Endereço TRAVESSA LAURINDA MARIA MENDONÇA		Número 53	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade JABATANA	Estado SERGIPE	CEP 49.500-000
E-mail kucela.mit19@hotmail.com			Telefone (DDD) (79) 99992-9033

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD 0565	DIV 013	CONTA NRD 96956	DIV 0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRD
AGÊNCIA NRD	DIV
CONTA NRD	DIV
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JABATANA-SE, 22 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Jose Alves Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

05 ABR 2018

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 720 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

032-497944035-4

01/FEV/2018 HORA DE 11:59:49

LOT: 22.04568-2 TERM: 011159

LOCALIDADE: ITABAIANA

AS, VINCULADA: 0501 CONTROLE: 000321099

DEPOSITO EM DINHEIRO

0561 013 00096916-0

6836890010623930033/0

JOSE ALVES SOUSA

VALOR : 30,00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

032-497944035-4

1ª VIA

Loterias CAIXA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180160584
Nome do(a) Examinado(a): Jose Alves Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Laurinda Maria Mendonca, 53 Casa A
Centro Itabaiana SE CEP: 49500-972
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 213.727
Data local do acidente: [21/09/2016]
Data local do exame: [15/08/2018] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA ALINHADA DO PLATOU TIBIAL À DIREITA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 02 MESES NA FRATURA ALINHADA DO PLATOU TIBIAL

Complicações: JOELHO EM GENO VALGO, BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO
Data da Alta: 23/09/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PEQUENA ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+/+4), JOELHO EM GENO VALGO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.

ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140°. AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°

ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 75°. AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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)

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

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado 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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



05 ABR 2018



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE ITABAIANA

CENTRO FONE: (3431-2810

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/06552.0-003879

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE ITABAIANA

Endereço: CENTRO FONE: (3431-2810

FATO

Data e Hora do Fato: 21/08/2016 - 16:30 até 21/08/2016 - 17:00

Endereço: JACKSON DE FIGUEIREDO Número: Complemento: CEP: 49500-000

Bairro: CENTRO Cidade: ITABAIANA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE ITABAIANA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSÉ ALVES SOUZA

Nome do pai: ANTÔNIO DOMINGOS DE SOUZA Nome da mãe: MARIA ALVES DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 116.855.905-78 RG: 2137275 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 04/09/1951 Sexo: Masculino Cor da pele: Parda

Profissão: comerciante Estado civil: Viúvo Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: Travessa Laurinda Maria Mendonça Número: 53 Complemento: centro

CEP: 49.500-000 Bairro: centro Cidade: ITABAIANA UF: SE

Proximidades: a transd-transportadora Telefone: 99034778/91183661

HISTÓRICO

O noticiante relata que na data, local e horário informado, estava caminhando para atravessar a rua quando uma motocicleta lhe atropelou, no momento do acidente, o rapaz que estava pilotando a motocicleta não prestou socorros. O noticiante foi levado para o hospital regional Doutor Pedro Garcia Moreno, pois, o atropelamento lesionou o seu joelho, deixando o mesmo de repouso por 90 dias. O noticiante não conseguiu anotar o número da placa da motocicleta. B.O. efetuado a fim de DPVAT.

Data e hora da comunicação: 05/10/2017 às 09:11

Última Alteração: 05/10/2017 às 09:11

OBS: As informações notificadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.


JOSE ALVES SOUZA
Responsável pela comunicação


José Carlos da Silva
Responsável pelo preenchimento

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE ALVES SOUSA

CPF da Vítima

336-855-905-78

Data do Acidente

29/09/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ITABAIANA-SE 22 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Jose Alves Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ATO DECLARATORIO

05 ABR 2018

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

REG: 415753

DATA: 21/09/2016 HORA: 7:06 USUARIO: JPEREIRA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME ALVES SOUZA
 IDADE: 61 ANOS NASC: 24/09/1954
 SEXO: MASCULINO
 NUMERO: 53
 ENDREÇO: TRV LAURINDA MARIA MENEZES
 TIPO: CASA BAIRRO: CENTRO
 CIDADE: ITABAIANA UF: SE CEP: 49300-000
 PAI/MAE: ANTONIO LIMA SOUZA / MARIA ALVES DE JESUS
 RELACAO: A FILHO
 LOCAL: ITABAIANA - CENTRO - SE
 MOTIVO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 TRABALHO: NAO VIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES: ☒ RAIOS X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

CAUSAS DE MORTE: ☐ SIM ☐ NAO

Trauma no Joelho e nox. d. dn +
e deus

DIAGNOSTICO DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

fratura do fêmur

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

20/09/16 - 17h
TAXA 1000
Além de prescrição sub

DATA DA SAIDA: 21/09/16

HORA DA SAIDA: 17:50

DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO

☐ DESISTENCIA

☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

☐ FICAR NO PROPRIO HOSPITAL (SECTOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

☐ ATÉ 48HS ☐ APÓS 48HS

☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

SIGNATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Sumo para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 000.815.788

05 ABR 2018



ENERGISA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

Rua M^{te} Apolônia Selo, 81 - Inácio Barbosa

Avenida 182 - CEP 49040-180

CNPJ 13.677.482/0001-63 Insc. Est. 279.787.428

DADOS DO CLIENTE

JOSE ALVES SOUZA

TRAV LAURINDA MARIA MENDONÇA 52 CASA

ITABIANA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/252174-8

REFERÊNCIA

FEV/2018

APRESENTAÇÃO

01/02/2018

CONSUMO

81

VENCIMENTO

08/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 64,65

Acesse: www.energisa.com.br



08/02/2018

JOSE ALVES SOUZA

Rotelno: 01-030-010-1430

CONTA PAQA - Data de Pagamento: 08/02/2018

VENCIMENTO

08/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 64,65

MATRÍCULA

252174-2018-82-4

05 ABR 2018

CASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

RE: 415723

DATA: 21/09/2016 HORA: 17:06 USUARIO: JPEREIRA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOGE ALVES SOUZA
 IDADE: 65 ANOS NASC: 04/09/1951
 SEXO: MASCULINO
 ENDERECO: TRV LAURINDA MARIA MENDONCA
 NUMERO: 53
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: CENTRO
 CIDADE: ITABAIANA UF: SE CEP: 49500-000
 NOME DO PAI/MAE: ANTONIO LIMA SOUZA
 NOME DO RESPONSAVEL: A FILHO
 ENDERECO DO RESPONSAVEL: ITABAIANA - CENTRO - SE
 NOME DO RESPONSAVEL: MARIA ALVES DE JESUS
 NOME DO RESPONSAVEL: TEL: 07999903471
 MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 NOME DO RESPONSAVEL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 NOME DO RESPONSAVEL: NAO VEICULO DE AMBULANCIA: NAO
 NOME DO RESPONSAVEL: NAO

X

mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

HISTORIA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

Trauma no Joelho e no braço +
 e dor

SINAIS E SINTOMAS DA ENFERMAGEM:

AGNOSTICO: *Fraqueza, dor no joelho e no braço*
 PRESCRICAO: *20 Jul 2016 - 17h*
 TAV: *17h*
 Assinatura: *Assinatura médica*

HORA DA SAIDA: 21/09/16
 DECISAO MEDICA: ☐ A PEDIR ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 ATENDIMENTO NO PROPRIO HOSPITAL (SEI):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 LITRO: ☐ ATQ 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PR
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL: *Assinatura do paciente/responsável*
 ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO: *Assinatura e carimbo do médico*

05 ABR 2018



Dr. Adelino Carvalho Neto
CREMESE 161
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL

(SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T.)

Decorrente de acidente de transito em 21/09/2017

JOSÉ ALVES SOUZA sofreu fratura dos ossos da perna direita A NIVEL DO PLANALTO TIBIAL (tíbia e fíbula) , cominutiva articular e com grande deslizamento dos fragmentos fraturarios CID10- S 82.1.

Tratado na clinica ortopédica e fisioterapica.

Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com prejuízo para a integridade física do paciente.

Das sequelas:- Consolidação viciosa da fratura da tibia em valgo, desnivelamento da linha articular por amassamento da metáfise esponjosa. Artrose grave do joelho direito, atrofia muscular do membro inferior com perda de força, incapacidade permanente para atividades atléticas, marcha longa, estação bipeda prolongada.

Aracaju, 28 de fevereiro de 2018

Adelino Carvalho Neto - Medico perito

Adelino Carvalho Neto
Adelino Carvalho Neto
ORTOPEDISTA
CREMESE 161

12 JUN 2018



Dr. Adelino Carvalho Neto
CREMSE 161
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL.

(SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T.)

Decorrente de acidente de transito em 21/09/2017

JOSÉ ALVES SOUZA sofreu fratura dos ossos da perna direita A NIVEL DO PLANALTO TIBIAL (tíbia e fíbula) , cominutiva articular e com grande deslizamento dos fragmentos fraturarios CID10- S 82.1.

Tratado na clinica ortopédica e fisioterapica.

Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com prejuízo para a integridade física do paciente.

Das sequelas:- Consolidação viciosa da fratura da tíbia em valgo, desnivelamento da linha articular por amassamento da metáfise esponjosa. Artrose grave do joelho direito, atrofia muscular do membro inferior com perda de força, incapacidade permanente para atividades atléticas, marcha longa, estação bipeda prolongada.

Aracaju, 28 de fevereiro de 2018

Adelino Carvalho Neto - Medico perito

Adelino Carvalho Neto
Adelino Carvalho Neto
ORTOPEDISTA
CREMSE 161

12 JUN 2018

Joelma
Paciente : JOSE ALVES SOUSA
Convênio : AMB - ITABAIANA
Protocolo: 1130587 / 1
Exame : JOELHO (AP C/CARGA) DIREITO

Idade : 65 anos
Página: 1
Data : 21/09/2016

Redução da densidade mineral óssea.
Fratura longitudinal no côndilo lateral tibial.
Demais estruturas ósseas íntegras.
Espaços articulares conservados.
Partes moles sem alterações.

Atenciosamente,

Drº. VICTOR MACHIAS S. ALBUQUERQUE
RADIOLOGISTA
CRM: 5746/SE

17 JUL 2018



rgia
 giologia
 diologia
 rgia Geral
 rgia Infantil
 rgia Plástica
 rgia Vascular
 natologia
 crinologia
 cologia
 ologia
 cina do Trabalho
 ologia
 ologia
 cirurgia
 pediatria
 rícia
 ologia
 dia
 laringologia
 a
 ia
 ria

RELATÓRIO

Ode por Alvar Souza foi
entregue nesta tarde, po-
rém, em 11/10/16, quando
foi entregue o pequeno
Trabalho de Alvarado e de Trê-
vinto p/ o mto (SCU), com
submissão e Trêvinto con-
sultado, e com o ligo gene-
te. Hoje encontramos o ligo
completo e o movimento
de jello, e p/ o ligo con-
sultado e de ligo, e de ligo
em movimento inferior D.

CFD. SKL

IVL 17/6/18

JK

OBS: ESTE RECEITUÁRIO NÃO PODE SER USADO COMO RECIBO
Matriz: Av. 13 de Junho, 695 - Tel: (79) 3421.5000- Itabaiana/SE
Filial: Rua Simplicio Francisco de Souza, 202 - Tel.: (79) 3411-3200 - 9985
Nossa Senhora da Glória-SE
www.semediclinicahospital.com.br

Fábio França For
Ortopedista
CRM 196

- Audiometria
- Cirurgia Convencional
- Colpocitologia
- Consultas Médicas
- Densitometria Óssea
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma Computadorizado
- Eletroencefalografia Digital
- Espirometria
- Fisioterapia
- Hemodíalise
- Holter
- Internamento (Adulto e Infantil)
- Laboratório de Análises Clínicas
- Laparoscopia
- Mamografia de Alta resolução
- Mapa
- Peniscopia
- Raio X Simples e Contrastado
- Duplex-Scan Vascular
- Teste Ergométrico Computadorizado
- Tomografia Computadorizada
- Ultrassonografia com Doppler Color
- Ultrassonografia 3D
- Urodinâmica
- Video Colposcopia
- Video Endoscopia Digestiva
- Cirurgia video-laparoscópica
- Colangiopancreatografia
- Histeroscopia
- Retossigmoidoscopia flexível
- Video-colonoscopia
- Video-rinolaringoscopia
- Urodinâmica
- Densitometria óssea
- Tomografia computadorizada(multislice)
- Ressonância magnética
- Eco endoscopia

05 ABR 2010

VALIA EM TOPO O TURISTADO NACIONAL

23.72 2.01A 12/08/2010

ANTONIO JOSE DE SOUSA
MARCIA ALVES DE SOUSA

RUEIRO 19-E
Ct. 0699, NR 233 LV 01 PL 117
DEPT. DIST. COM. ITABUNA-SE
1168990078

04/09/1951

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
COMISSARIA GERAL DE PERICULOS
MORTAIS DO BRASIL

gore Helen Soren

VALIA EM TOPO O TURISTADO NACIONAL

23.72 2.01A 12/08/2010

ANTONIO JOSE DE SOUSA
MARCIA ALVES DE SOUSA

RUEIRO 19-E
Ct. 0699, NR 233 LV 01 PL 117
DEPT. DIST. COM. ITABUNA-SE
1168990078

04/09/1951

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
COMISSARIA GERAL DE PERICULOS
MORTAIS DO BRASIL

gore Helen Soren

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160584

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Data do acidente: 21/09/2016

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: INDEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO, COM EXAMES DE IMAGEM RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO, RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160584

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Data do acidente: 21/09/2016

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ALINHADA DO PLATOU TIBIAL À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PEQUENA ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+/+4), JOELHO EM GENO VALGO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.
ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140°. AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°
ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 75°. AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

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: 22/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALVES SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000096916-0

Nr. da Autenticação 76D9DA0EB86FAB26