

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DJACI CARREIRO VARAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000022519-3

Nr. Autenticação

BRADESCO27082019050000000002370052200000022519472500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475868 **Cidade:** Alto Alegre
Vítima: DJACI CARREIRO VARAO **Data do acidente:** 27/03/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME, PUNHO E MÃO DIREITO COM ALTERAÇÃO ANATÔMICA SUGESTIVO DE PSEUDOARTROSE, ATROFIA
físico: PALMAR E COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE APREENSÃO E PEGA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO E FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA, ALTA EM JULHO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 20/08/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

**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.

Número do sinistro:	3190475868
Nome do(a) Examinado(a):	DJACI CARREIRO VARAO
Endereço do(a) Examinado(a):	AVENIDA 13 DE SETEMBRO 1640 CENTRO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	216.641.373-00
Data e local do acidente:	27/03/2019 ALTO ALEGRE RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 20/08/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO

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

VITIMA FEZ IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 78 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JULHO DE 2019

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

PUNHO/MÃO: ALTERAÇÃO ANATÔMICA SUGESTIVO DE PSEUDOARTROSE + ATROFIA PALMAR + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE APREENSÃO/PEGA,

IV) Nexo de causalidade: 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 a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

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

MSD: ALTERAÇÃO ANATÔMICA SUGESTIVO DE PSEUDOARTROSE + ATROFIA PALMAR + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE APREENSÃO/PEGA,

VII) Segundo 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): MEMBRO SUPERIOR 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 a valoração do dano corporal.



Dra. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

27/03/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Azul Ass.:

Reclassificação _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

1901089724	27/03/2019 12:24:00	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	21
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
DJACI CARREIRA VARÃO		02/07/1961	57 A 8 M 25 D	705002480982055	21664137300		
Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Nacionalidade		
			F		BRASILEIRA		
Mãe				Pai	Contato		
TEREZA DE JESUS HONORATO VARAO				NI	(95) 98402-0188		
Endereço							
AVENIDA - 1 DE JULHO - SN - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR							

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.			
Setor	Type de Chegada				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	AMBULANCIA (HOSPITAL)				DANIEL.VIANA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Paciente refere queda de moto, queixa de dor em punho e mão. Negat TCG ou rotula.

Exame Físico A: VAF (B: Soproco, Zona sensitiva C: Abdomen D: Glasgow 15 E: Sem estriagés. Deformidade em punho (D))

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS
------------------------------	--

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Dopiorra. 1g 60/20		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
09 AGO 2019		
CENTRO SEGURO S/A	Contratante: Dr. Ricardo Reis	
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR	Original	

Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia	

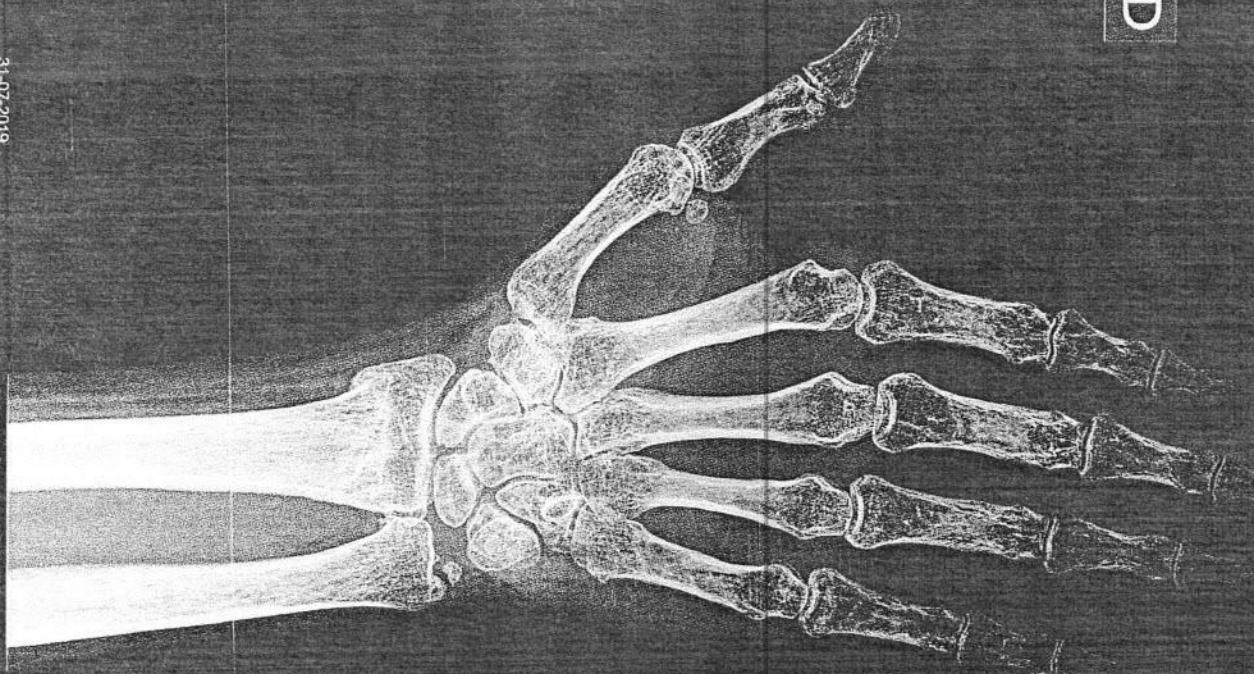
Óbito	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família

Assinatura do Paciente ou Responsável	Dr. Ricardo Reis
Carimbo e Assinatura do Médico	

Impresso por: daniel.viana
 Data Hora: 27/03/2019 12:26:03



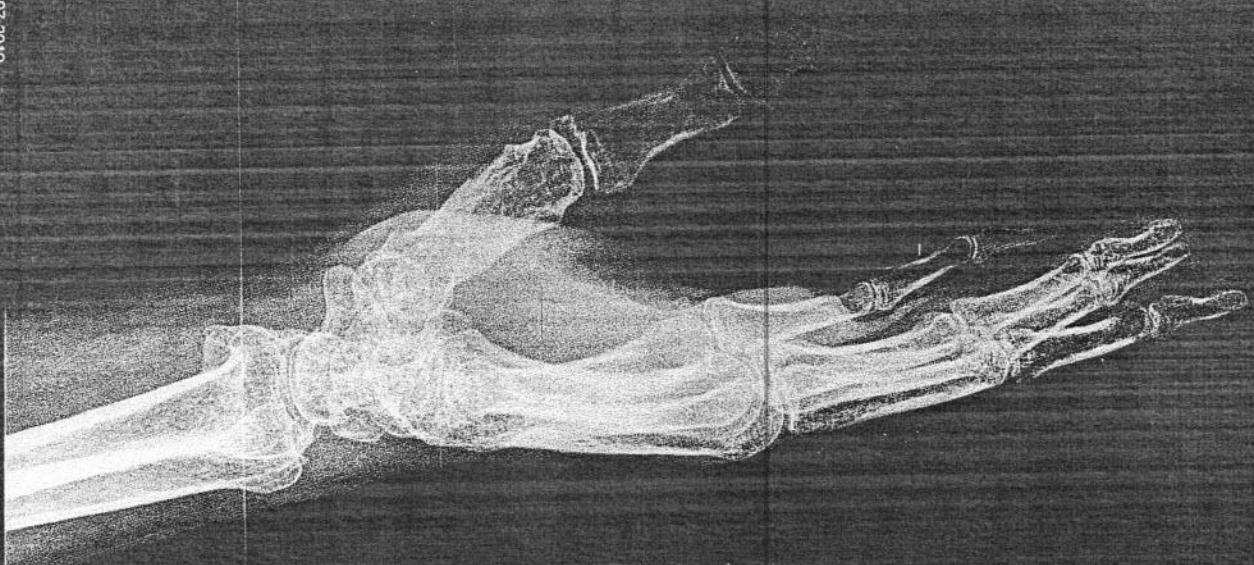
D



31-07-2019
/

DJACI CARRERO VARÃO,

108,0 %

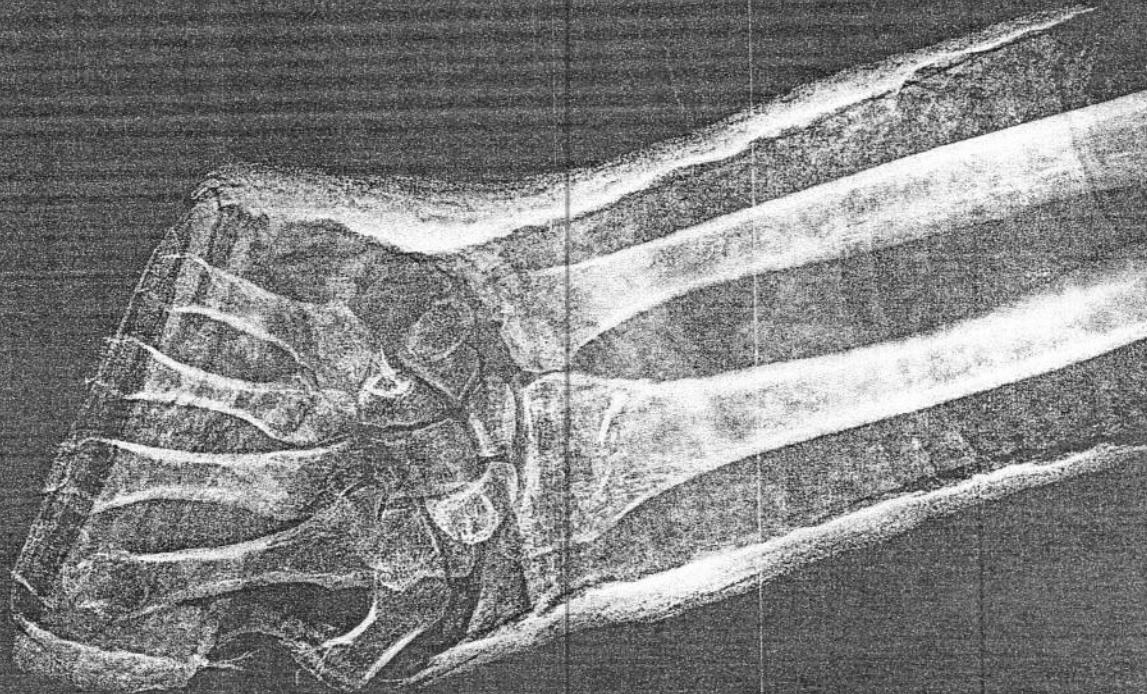


31-07-2019
/

116,6 %

56,6 %

D
A



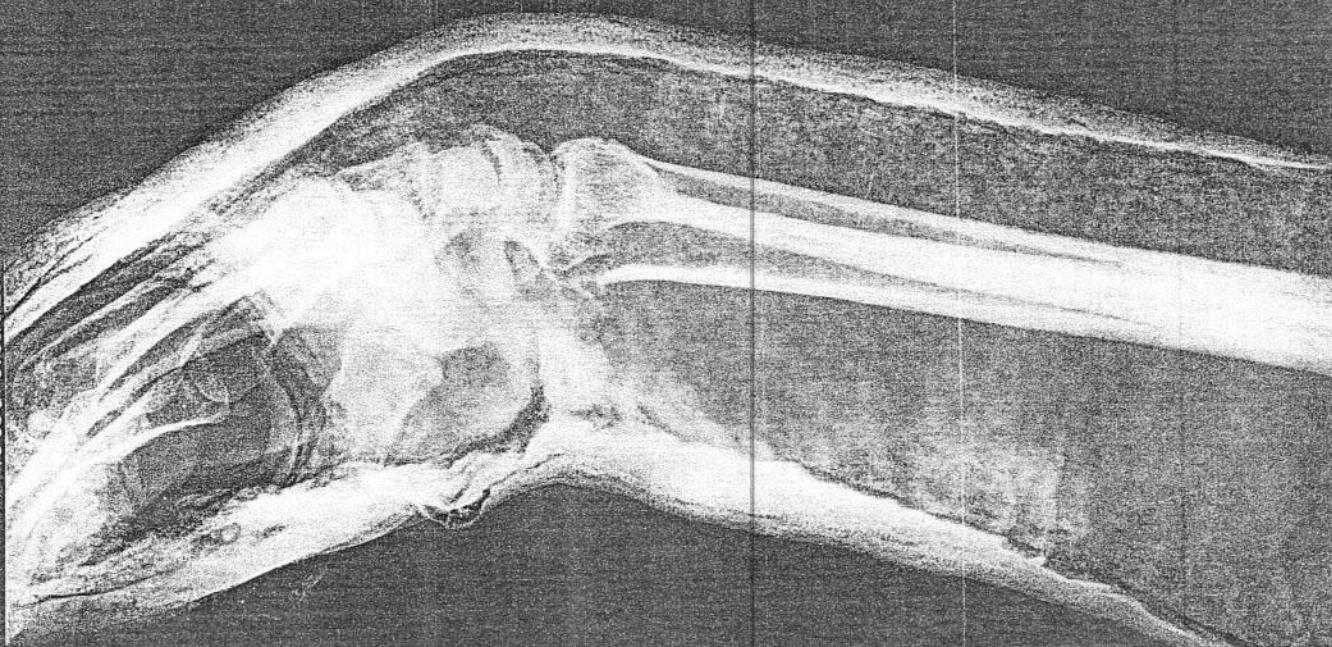
27/3/2019 16:30:21

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DJACI CARREIRO VARAO,

66,1 %
v

D
A



27/3/2019 16:30:21



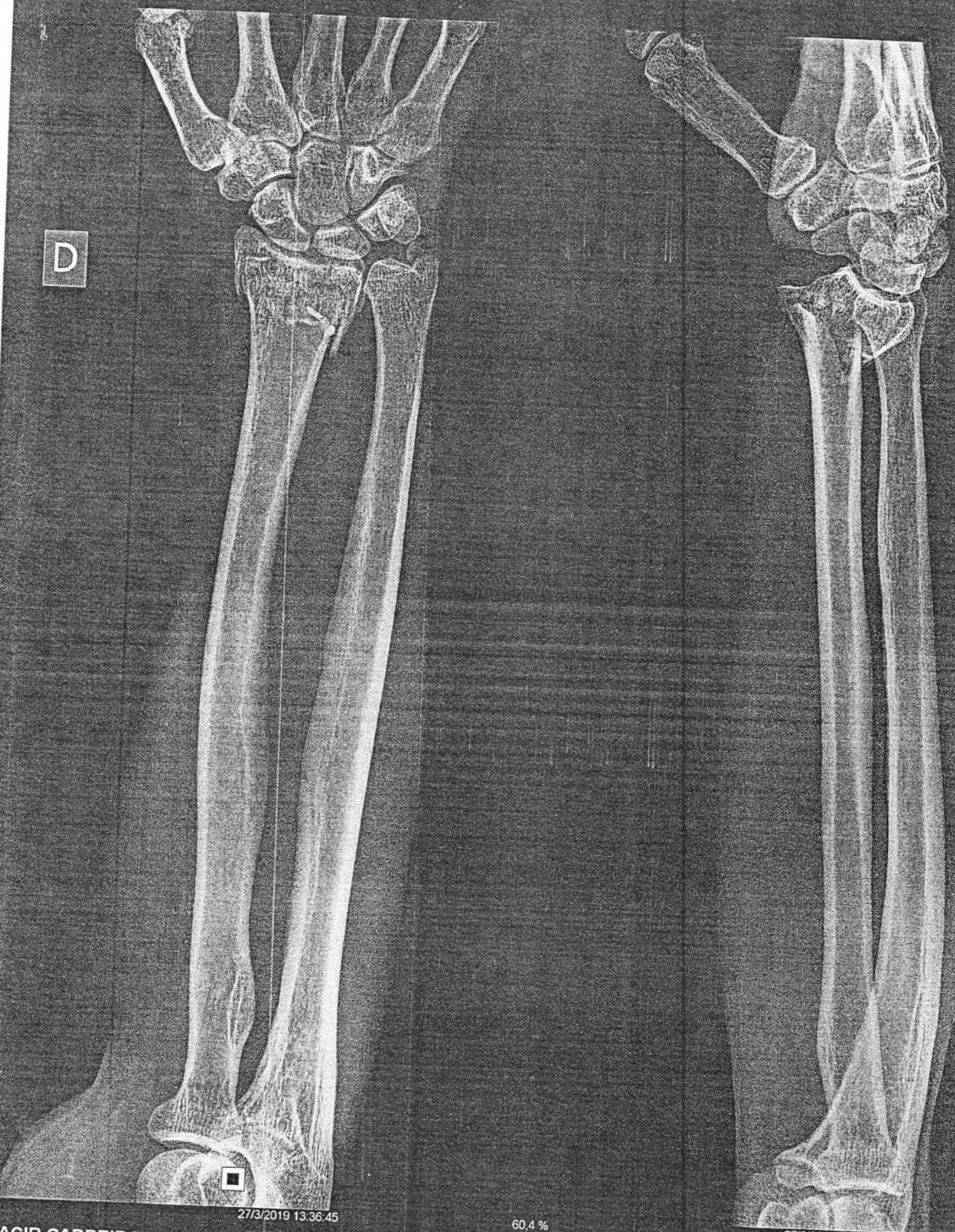
D

DJACI CARREIRA VARAO
HOSPITAL CORONEL MOTA

6067

07/06/2019

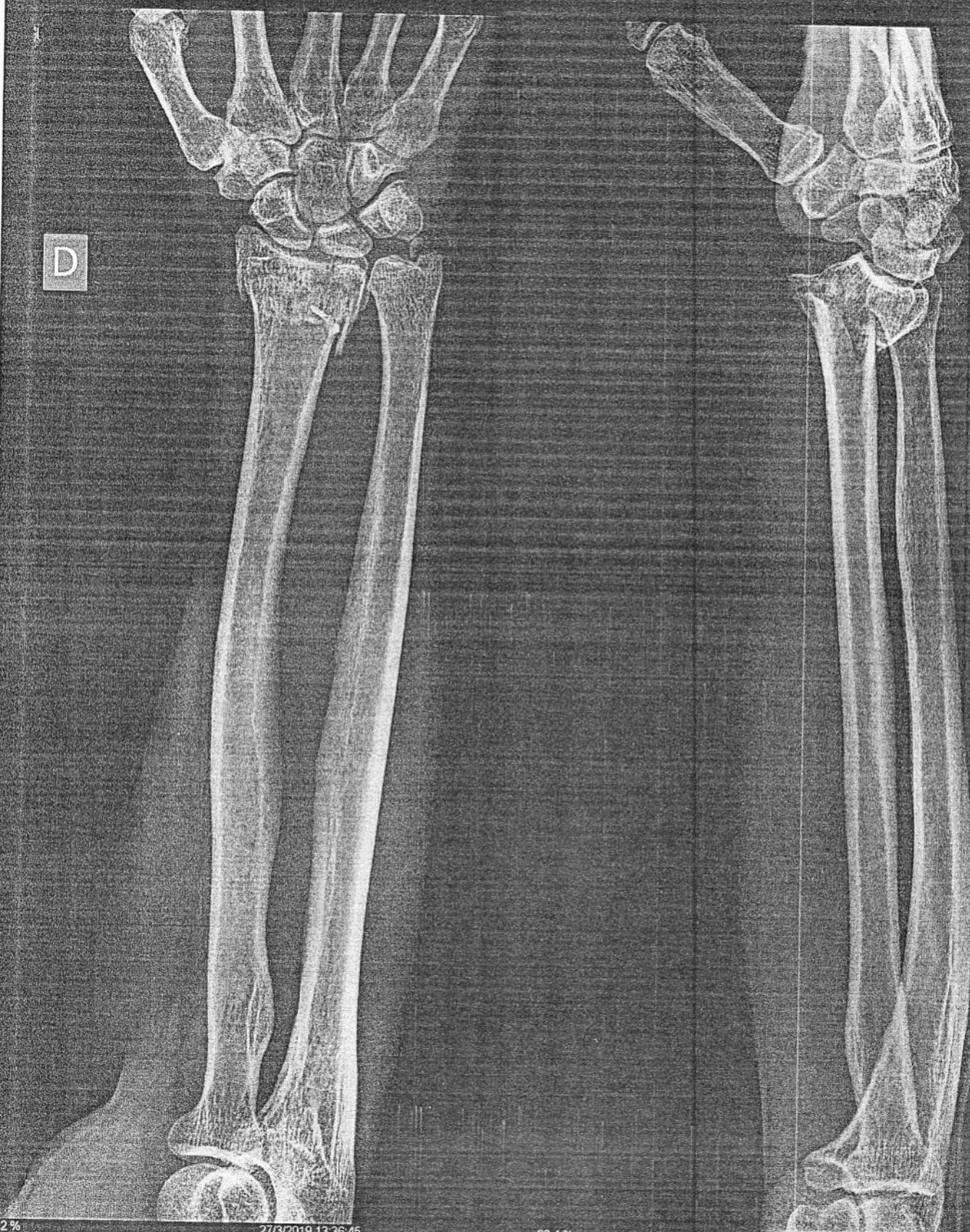
76.4 %



ACIR CARREIRO VARAO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR DORILENE /



2%

27/3/2019 13:36:45

60.4 %

27/3/2019 13:36:45

OJACIR CARREIRO VARAO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR DORILENE /



DJACI CARREIRO VARAO

4258

HOSPITAL CORONEL MOTA

29/04/2019

Cioudoaldo

70,8 %

D

D

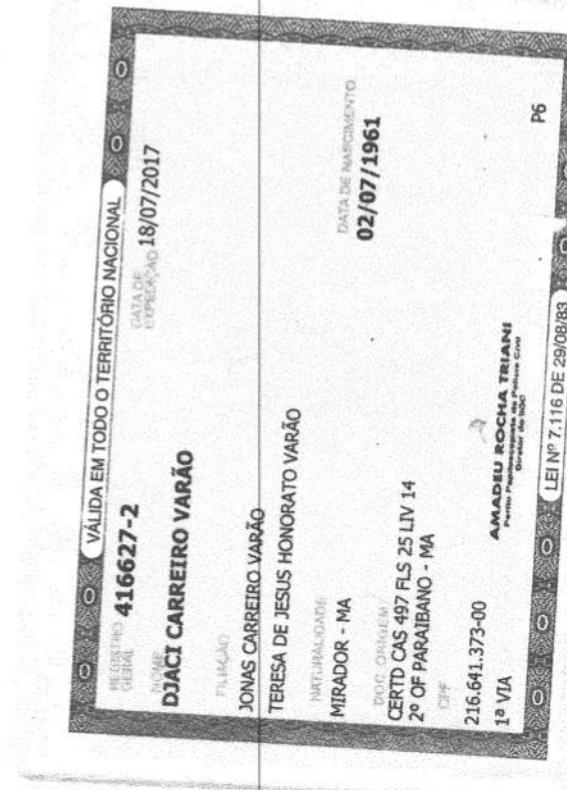
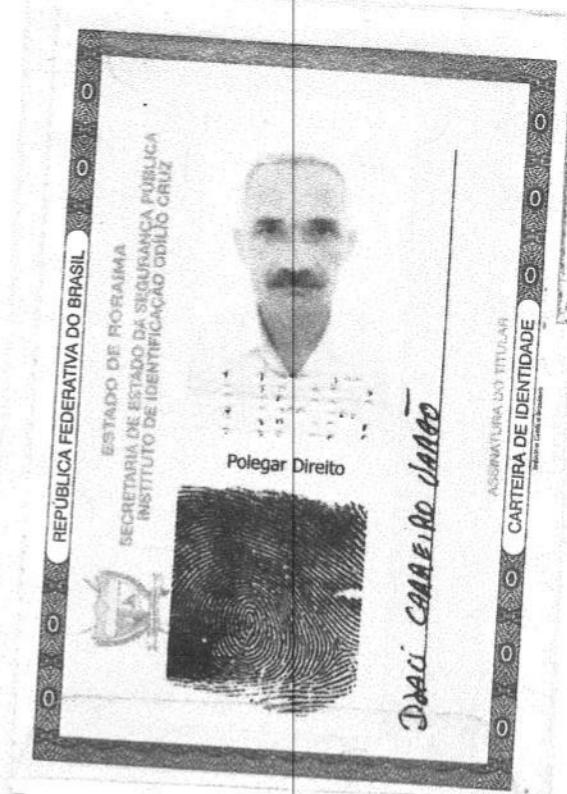
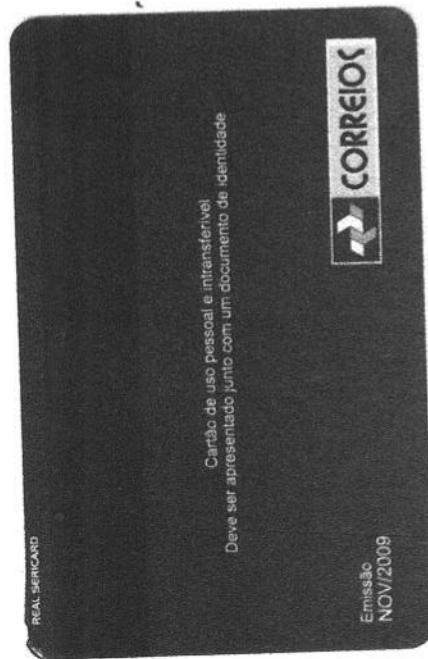
61,1 %

, DJACIR CARREIRO VARAO

27/3/2019 13:36:45

71,4 %

27/3/2019 13:36:45



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE ALTO ALEGRE
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO N° 254/2019

Hora: 08h43Min Data: **08 de Abril de 2019**

DADOS DO (A) COMUNICANTE:

Nome: **DJACI CARREIRO VARÃO**

Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Estado Civil: **CASADO**

PROFISSÃO: **AGRICULTOR**

Nome do Pai: **JONAS CARREIRO VARÃ**

Nome da Mãe: **TERESA DE JESUS HONORATO VARÃO**

Identidade: **4166272 - SSP/RR**

Escolaridade: **ALFABETIZADO**

Sexo: **MASCULINO**

CPF: **216.641.373-00**

Naturalidade: **MIRADOR - MA**

Data de Nascimento: **02/07/1961**

Idade: **57 ANOS**

Endereço: **AV. 1º DE JULHO S/N**

Bairro: **CENTRO**

Cidade/UF: **ALTO ALEGRE - RR**

Telefone: 984129689

DADOS DA OCORRÊNCIA:

Local do Fato: **VICINAL 02 - SAMAÚMA**

BAIRRO: **ZONA RURAL**

Cidade: **MUCAJAI - RR**

Hora: 10:00

Objeto:

DATA: 27/03/2019

DADOS DO AUTOR / SUSPEITO ou VÍTIMA

Nome: **DJACI CARREIRO VARÃO**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: **A TIPIFICAR**

RELATO DO FATO:

COMPARECEU A ESTA DEPOL/AA O COMUNICANTE ACIMA QUALIFICADO PARA COMUNICAR O SEGUINTE FATO: TRANSITAVA PELA VICINAL 02 DA REGIÃO DO SAMAÚMA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO 2012 CHASSI 9C2KC1670CR523090 DE COR CINZA E PLACA NAP 7013, DE PROPRIEDADE DE SUA FILA THAISMARA FERREIRA VARÃ. QUE EM DETERMINADO MOMENTO O CONDUTOR BATEU EM UM BURACO NA VICINAL O QUE LEVEU O CONDUTOR A CAIR. QUE NO ATENDIMENTO MÉDICO FOI CONSTATADO QUE O MESMO QUEBROU O BRAÇO DIREITO.

**AQUILINO ANUNCIATO LIMA LEVEL
AGENTE DE POLÍCIA
MATRÍCULA 042000121**

+ Djaci Carreiro Varão

DJACI CARREIRO VARÃO

COMUNICANTE

DESPACHO DO DELEGADO:

- Aguarde novos fatos em cartório;
- Fato Atípico. Arquive-se;
- Encaminhe-se a (o) _____.
- Intime-se _____; Junte-se _____.
- Intime-se Representação da vítima; OM para SO investigar e relatar em _____ dias; Aguardar Representação da vítima; Outros: _____.

Alto Alegre / RR, 08 de Abril de 2019.



WESLEY COSTA DE OLIVEIRA
 DELEGADO TITULAR/DPAA