

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200242487

Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200242487**

Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200242487**

Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Recebedor: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000919

Conta: 000002515-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

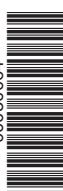
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **757.454283-72** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO** 6 - CPF: **757.454283-72**
 7 - Profissão: **MOTOTAXISTA** 8 - Endereço: **RUA CAP. INACIO PRATA** 9 - Número: **00** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **TAIBA** 12 - Cidade: **SÃO GONÇALO DO AMARANTE** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **62670-000**
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(65)996333354**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0919**

CONTA: **2515** **0**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SÃO GONÇALO DO AMARANTE - CE 07/10/2020**

* **Francisco Lauriano Moreira do Nascimento**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 1283 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **27/05/2020 16:10:49**

Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2020 07:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AV DEPUTADO BARROS PINHO, CENTRO - SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**

Ponto de Referência: **PRAÇA DA JUVENTUDE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO**

Nascimento: **29/11/1977** CPF:

RG: **2001020048628** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**

Filiação: **MARIA DA SOLIDADE MOREIRA DO NASCIMENTO
AUGUSTO CAMELO DO NASCIMENTO**

Endereço: **RUA CAPITÃO INÁCIO PRADO SEM NUMERO**

Bairro: **TAIBA**

Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE** CEP:

País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNY7800 Uf: CE Município: SAO GONCALO DO AMARANTE

Chassi: **9C2KD0810HR410527** Renavam: **1106261582** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano

Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **AZUL** Proprietário: **franisco lauriano moreira do nascimento**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora cima descrito, pilotava a moto já mencionada acima quando atropelou um cachorro; que o declarante perdeu o controle da moto e caiu ao solo e na queda fraturou a tibia esquerda; Que o declarante foi levado ao hospital municipal de São Gonçalo por uma ambulância do próprio hospital municipal e posteriormente foi transferido para o hospital de Caucaia onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

João Francisco Lauriano Moreira do Nascimento JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Lauriano Moreira do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima: 757.454.283-72** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO** 6 - CPF: **757.454.283-72**
 7 - Profissão: **MOTOTAXISTA** 8 - Endereço: **RUA CAP. INACIO PRATA** 9 - Número: **00** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **TAIBA** 12 - Cidade: **SAO GONCALO DO AMARANTE** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **62670-000**
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(65) 996333354**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0919** CONTA: **2515** 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Não sou beneficiário da cobertura de morte
e/ou invalidez permanente

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SÃO GONÇALO DO AMARANTE - CE 07/10/2020**

* **Francisco Lauriano Moreira do Nascimento**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 02/04/2020 HORÁRIO: 13:20 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()

PACIENTE: F 40 Laranjo morrinha do nasente

NOME DA MÃE: Maria da Solidade morrinha do nasente

DATA DE NASCIMENTO: 25/11/177 CARTÃO DO SUS: 0920323746 INDIOS SIM () NÃO

IDADE: 43 SEXO: M () F () RG: 157 454 299 TELFONE: 729225-5552

ENDEREÇO: R. Doce morrinha

BAIRRO: São Gonçalinho Cidade: Ceará ESTADO: CE FUNCIONÁRIO: 12

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: Adorando da UPA São Gonçalo (HD: Fx fechada diafragma dura)
CLÍNICO () CIRURGÃO () TRAUMATÓLOGA () PEDIATRA ()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SEM DOR DOR LEVE DOR MODERADA PIOR DOR POSSIVEL

HORA: 10:12 PA: 166x99 TEMP: — SpO2: 98% F.C: 96bpm GLICEMIA: —

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO (X) VERDE () AZUL ()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL: (w)

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

paciente relata que de
muitos anos, com fundo de
muitos anos de fundo de fundo

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Inflamação constante
toracica

C.D. DE SANTOS FERREIRA
Traumatologista Ortopedista
RUA 7 DE JULHO 2589 SANTO DOMINGO

EXAMES SOLICITADOS:

LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: X

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: 27/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00919

CONTA: 00000002515-0

Nr. da Autenticação D593152656FB0706



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 02/04/2020 HORÁRIO: 13:20 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()

PACIENTE: F 40 Anos morreia do nasc.º

NOME DA MÃE: Maria da Solidade morreia do nasc.º

DATA DE NASCIMENTO: 25/11/177 CARTÃO DO SUS: 0920323746 INDIOS SIM () NÃO

IDADE: 43 SEXO: M () F () RG: 157 454 299 TELFONE: 729225-5552

ENDEREÇO: R. Doce morreia

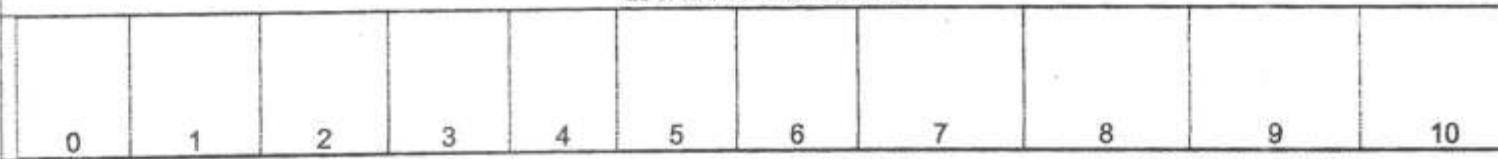
BAIRRO: São Gonçalogo Cidade: Ceará ESTADO: CE FUNCIONÁRIO: 12

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: Admindo da UPA São Gonçalo (HD: Fx fechada diafrâmnio d
CLÍNICO () CIRURGÃO () TRAUMATOLÓGISTA () PEDIATRA ()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO



SEM DOR DOR LEVE DOR MODERADA PIOR DOR POSSIVEL

HORA: 10:12 PA: 166x99 TEMP: — SpO2: 98% F.C: 96bpm GLICEMIA: —

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO (X) VERDE () AZUL ()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL: (w)

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

paciente relata que de
muitos anos, com fundo de
muitos anos de fundo de fundo

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Inflamação constante
toracica

C.D. DE SANTOS FERREIRA
Traumatologista Ortopedista
R. 227 101 ROL 2584 SERT 0461

EXAMES SOLICITADOS:

LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

François Lameira



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

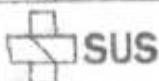
NOME: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 02/04/2020. SOFREU FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA. PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA, SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR RESIDUAL, EDEMA (PRINCIPALMENTE APÓS ESFORÇO FÍSICO), E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO. APRESENTA AINDA, DÉFICIT DE FORÇA E DIFICULDADE EM REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 70% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

DATA: 07/07/2020

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
TEOT 12042 - ROE 5137
CRM 10184

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com



Sistema Ministério
Único da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

REFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ALFREDO

VALADARES - UNIDADE DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

37085

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. Fem.

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - N.º DO TELEFONE

14 - CODIGO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

20142031213746516381 29/11/77 23-12-4014621674000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONCELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CROR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

49 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADO

50 - DOCUMENTO

51 - CNS

52 - CPF

53 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

54 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONCELHO)

55 - CRM 6248

56 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - 14000



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 37085

NOME: Francisco Lankiano MOREIRA DO NASCIMENTO					
DATA DE NASCIMENTO: 29-11-77	IDADE: 43	COR: PARDOS	SEXO: M	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	NATURALIDADE: S. G. AMARELO
Nº IDENTIDADE:		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: MARIA DA SOLIDADE MOREIRA DO NASCIMENTO					
ENDERECO DO PACIENTE: Rua Doca Maran					
BAIRRO:	MUNICÍPIO: Caucaia		FONE:		
NOME DO RESPONSÁVEL: JURACI - 992255252					
ENDERECO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: 02/09/20		HORA DE EMISSÃO: 14:26 h		FUNCIONÁRIO: R	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: Gritar dor alto de peito f					
EXAME FÍSICO:					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
<p>Cidnei Santos Freitas Técnico Enfermeiro - Ortopedista CNPJ: 28.140.266/0001-22 ASSINATURA</p>					



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome: Francisco Lauriano Moreira do 1º.		Nº Reg.
Data da Cirurgia	06/04/130	Enf. Leito
Cirurgião	Bruno Botelho	1º Auxiliar Diogo
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Walter Jn.	Tipo Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório fúrgues no Reino Bco.		
Tipo de Operação Test. cirúrgico fúrgues vs órgãos		
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente durante a Operação		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO		
Via de Acesso - Táctico e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras		
Desenvolvo fúrgues Assessorei - Assessorei de cossa direcionar a TTB Movi asas por viscos anestesia das Anestesias estabilizadas com fúrgas + fúrgas Anestesia + fúrgas Sufoco por viscos Custo fúrgas		
<i>Botelho Imatologia RQE 4498</i>		

H.M.A.G.R.	HOSPITAL MUNICIPAL CAUCAIA		ENFERMEIRA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA	NOME <i>José Luiz Carvalho M. Halce</i>		IDADE	SEXO			
DATA	6.4.25	PRES. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁTIAS	HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	
	URINA						
AP RESPIRATÓRIO						ASMA	
AP CIRCULATÓRIO						BRONQUITE	
AP DIGESTIVO						ELETROCARDIOGRAMA	
ESTADO MENTAL		DENTES		PESCOÇO		AP. URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO		ATARAXICOS		CORTICÓIDES		ALERGIA	HOPOTENSORES
ANESTESIAS ANTERIORES						ESTADO FÍSICO	RISCO
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADAS ÀS	EFEITO
Agentes Anestésicos	02					INDUÇÃO	
						Safad. <input type="checkbox"/> Excr. <input type="checkbox"/>	
Laringe						Tosse <input type="checkbox"/> Laringe <input type="checkbox"/>	
						Espasmo <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/>	
CÓDIGO VP: Anest. Puls. O: Respiração A x Anestesia O: Operação	260					Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>	
	240					Outras <input type="checkbox"/>	
	220					MANUTENÇÃO	
	200						
	180						
	160						
	140						
	120						
	100						
	80						
	60						
	40						
	20						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							CONDIÇÕES
POSIÇÃO	<i>P/ A</i> sent. dd						
AGENTES	<i>P/ A</i> 0.67 20 dim oct						
TÉCNICA	<i>Magistral</i> ao 27 L32						
OPERAÇÃO	<i>T. P. + prima</i>						
CIRURGIÓES	<i>Dr. Bento</i> <i>Diego</i>						CÔNULAS
ANESTESISTAS	<i>Dr. Bento</i> <i>Diego</i>						
OBSERVAÇÕES							
Complicações pré-operatória, operatórias, e pós-operatórias						PERDA SANGUÍNEA	
<i>① defl. 2g (14.10h)</i>						<i>10.20h</i>	



FOLHA DE EVOLUÇÃO

37085

Nome: FRANCISCO LAVARAND MOREIRA DO NASCIMENTO
Nº PRONTUÁRIO

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
02/04/10	Internado para tratamento do mal do pé	
06/04/10	Acumus osteoss - 708 15 Acumus m. peron. elevado osteícel. duplo p. m. 158 - sensitivus.	Cydnei Santos Freitas Fonoaudióloga Ortopedista CRM 7163 ROE 25045801 0461

Locado: 156200 14180

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES - HOSPITAL GERAL LUIZA ALCANTARA SILVA

NOME PACIENTE	FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO	RG
NOME MÃE	MARIA DA SOLIDADE MOREIRA DO NASCIMENTO	
RESPONSÁVEL	FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO	
SEXO	MASCULINO	
ENDEREÇO	DATA NASCIMENTO 29/11/1977 OCUPAÇÃO	
BAIRRO	RUA DOCA MORAIS 00	
	PALESTINA	

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Em 02/04/2020 fratura fechada diafisária de tibia esquerda por queda de moto.
Ausência de TCE, Trauma de face, tórax e abdômen.

RESULTADO DE EXAMES

Fratura diafisária de tibia esquerda.

CONDUTA REALIZADA

Internação e imobilização

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura fechada de tibia esquerda

PROF. SOLICITANTE RAIMUNDO NOGUEIRA OLIVEIRA NETO
CPF 01638434301
CRM/CRO CRM:13728-CE

Dr. Raimundo Oliveira
Traumatologista e Ortopedista
CREMEC 13.728 / TEOT 16.882


Ass. e Carimbo do(a) Médico(a)

09:07

DATA 02/04/2020

AGENDAMENTO

ENCAMINHAM. PARA ATEND - AMBULATORIAL () | HOSPITALAR () | AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ()
PROCEDIMENTO

PROFISSIONAL

UNIDADE DE REFERÊNCIA

DATA 02/04/2020 09:07

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA

REDAÇÃO DE INSCRIÇÃO FONTE: 130.000.000
SISTEMA DE REGISTRO DE CIDADÃOS
ESTADO DO CEARÁ
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: 1491121098

CE

FRANCISCO LAUREANO MOREIRA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIFICO. DHO. PRAZO DE
2001620048829 SERDOC CE

DN 757 454 293-72 DATA NASCIMENTO
29/11/1977

MUNICÍPIO
AGUSTO CÂMPO DO
NASCIMENTO
MARIA DA SOLIDADE
MOREIRA DO NASCIMENTO

PERMISSÃO

AC

CASADA

Nº REGISTRO
06269516632

VALIDADE
24/05/2022

1ª EMISSÃO
07/01/2008

OBSEVAÇÕES

CMTX;
CMTF;
EAR;

Francisco Laureano Moreira do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
09/06/2017

1-4-2-
SERIADO
Nº 130.000.000.000

75948507521
CE159613884

ESTADÔNIA DO EMISSOR

CEARÁ

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1491121098

PROIBIDO PLASTIFICAR

1491121098

**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: 3200242487

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA CAPITAO INACIO PRATA, , 62.670-000, TAIBA, São Gonçalo do Amarante/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 200102004828

Data e local do acidente: 02/04/2020 - São Gonçalo do Amarante/CE

Data e local do exame: 21/07/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura diafisária da tíbia esquerda, contusão em face e contusão torácica.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação da fratura da tíbia, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, sem déficit de movimentos respiratórios. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior esquerdo, com redução da força e mobilidade.

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 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"

("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.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Periciado evolui com prejuízo importante dos movimentos do membro inferior esquerdo, encurtamento e deformidade em varo. Apresenta marcha claudicante e diminuição de força do membro.


Dr. Gracine Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9450
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200242487 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA **Data do acidente:** 02/04/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
DO NASCIMENTO

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da tíbia esquerda, contusão em face e contusão torácica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, sem déficit de movimentos respiratórios. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura diafisária da tíbia esquerda, contusão em face e contusão torácica, conforme documentos de pronto atendimento de 02/04/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura da tíbia, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no membro inferior esquerdo apresentou redução da força e mobilidade. Com relação às demais lesões, apresentou melhora resolutiva, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior esquerdo, em grau médio, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/07/2020

Conduta mantida:

Observações: Periciado evoluiu com prejuízo importante dos movimentos do membro inferior esquerdo, encurtamento e deformidade em varo. Apresenta marcha claudicante e diminuição de força do membro.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200242487 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA **Data do acidente:** 02/04/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
DO NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @PÁG 2.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189853/20

Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

CPF: 757.454.293-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/04/2020

FRANCISCO LAURIANO

Titular do CPF: MOREIRA DO

NASCIMENTO

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO : 757.454.293-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2020
Nome: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 757.454.293-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA