
Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010404

Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WILLAMS BRITO DOS SANTOS

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



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010404

Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILLAMS BRITO DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000651

Conta: 0000060016-6

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, retorne 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorçado ☐ 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 resíduo (valiação)? ☐ 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 àqueles 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

CAIXA
POUPANÇA

5067 2251 0746 0844

5067

VALIDATE

10/24

WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

0651 013 00060016-6



Scanned by CamScanner



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 644ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19ED134004005

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/12/2019 às 15:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Colisão (Consumado) que aconteceu no dia 26/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, RODOVIA PE 069, SENTIDO PONTA DE PEDRAS -**
Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CARLOS EDUARDO DA SILVA (CONDUTOR) (OUTRO)
KEISON KEITON SANTANA DE MELO (OUTRO)
WILLIAMS BRITO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS EDUARDO DA SILVA (CONDUTOR)

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WILLIAMS BRITO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: LINDA VERONICA DE LUSTO Pai: JOSE FERREIRA DOS SANTOS Data de Nascimento: 4/8/1994 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0140654/8DS/PE (RG), 10622303421 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Endereço Residencial: BAIRRO DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO (BAIRRO), SUD, FUNDLANDIA - CEP: 55005-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

CARLOS EDUARDO DA SILVA (CONDUTOR) (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

KEISON KEITON SANTANA DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): KEISON KEITON SANTANA DE MELO, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS EDUARDO DA SILVA (CONDUTOR)
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROE MIX ES** Objeto apreendido: Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: QY29995 (PERNAMBUCONÃO INFORMADO) Renavam: 102768093 Chassi: 9C2K0550ER347629

Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCOOL GASOL

Complemento / Observação

.....
INFORMA A VITIMA QUE NA DATA RETRO, NO ENDEREÇO SUPRA MENCIONADO EPIGRAFE, O QUAL ESTAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA EM DESLOCAMENTO PARA A PENA DE FONTE DE PEDRAS, ONDE UM CARRO PRETO DE PLACA DESCONHECIDA, TRANCOU A REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A SER ATENDIMENTO PARA FORA DA MISTA, QUE ATO CONTINUO FORA SOCORRIDO PARA POR TRANSEUNTES QUE PASSAVAM NO LOCAL, QUE PORIA SOCORRIDO PARA A UPA DE IGARASSU JA QUE E PROXIMO ONDE RESIDE, QUE DEPOIS FORA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL ARMANDO MOURA NA CIDADE DE MORENO-PÉ, QUE CHEGOU A TER UMA FRATURA NA TIBIA, E ROMPIMENTO DOS TENDÕES DO TORNOZELOS, A VISTA DAS DOCUMENTACOES LEGAIS, ENCERRO O PRESENTE REGISTRO

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

WILLIAMS BRITO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUIS HUMBERTO DE SALES FUERTADO - Matrícula: 3870570



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorçado ☐ 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 resíduo (patrimônio)? ☐ 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 àqueles 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Atendimento: 1513267

Senha de Classificação:

Data e Hora: 26/08/2019 10:17

Paciente: 397819 WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 04/08/1994 Idade: 25 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LIDIA VERONICA DE BRITO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: FUNILANDIA

560

Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53425740

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Foto:

CRN (Certidão do Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Trauma T23 Direito há 2 dias
Vem c/ RV.

Exame Físico

Sem trauma

Hipótese Diagnóstica

Fratura Moleto lateral.

Conduta Terapêutica

Cirurgia

Prescrição Médica eut. nutricional

Alimentação eut. nutricional

2. Trauma T23 - RP + SF, EV, R/Ph.

23:00

Leito 27-08-19
as 22h 00min

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: HMAJ

Senha: 5251621

Dr. Rodrigo P. de S. S. S.
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 24123

Carimbo Médico



1513267

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/08/2019 09:40

Nome Paciente: WILLAMS BRITO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 04/08/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25 anos
Senha: 0131
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/08/2019 10:14 - 26/08/2019 10:14

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MIE APOS QUEDA DE MOTO

Observação: ALERGIA A DIPIRONA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/08/2019 10:14

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00651

CONTA: 000000060016-6

Nr. da Autenticação 1067231DA9FA0254

Atendimento: 1513267

Senha de Classificação:

Data e Hora: 26/08/2019 10:17

Paciente: 397819 WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 04/08/1994 Idade: 25 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LIDIA VERONICA DE BRITO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: FUNILANDIA

560

Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53425740

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Foto:

CRN (Certidão do Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Trauma T23 Direito há 2 dias
Vem c/ RV.

Exame Físico

Sem trauma

Hipótese Diagnóstica

Fratura Moleto lateral.

Conduta Terapêutica

Cirurgia

Prescrição Médica eut. nutricional

Alimentação eut. nutricional

2. Trauma T23 - RP + SF, EV, R/Ph.

23:00

Leito 27-08-19
as 22h 00min

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: HMAJ

Senha: 5251621

Dr. Rodrigo P. de S. S. S. S.
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 24123

Carimbo Médico



1513267

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/08/2019 09:40

Nome Paciente: WILLAMS BRITO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 04/08/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25 anos
Senha: 0131
Convênio:
Atendimento: SAME:

Período: 23/08/2019 10:14 - 26/08/2019 10:14

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MIE APOS QUEDA DE MOTO

Observação: ALERGIA A DIPIRONA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

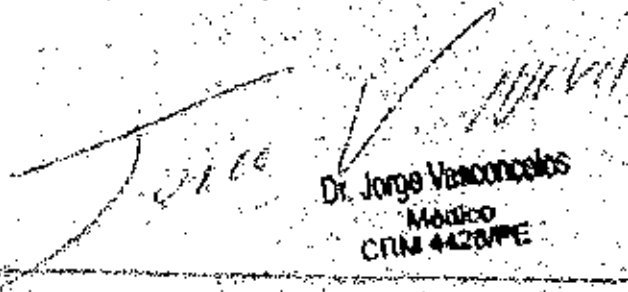
Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/08/2019 10:14

RECEITUÁRIO

Willians Barbo dos Santos
Vítima de Acidente com moto
no dia 26/08/2019. Jeito de cair
na em MTD, com Fratura do
fêmur do D. Foi submetido a
procedimento cirúrgico P/Redução
da Fratura com haste e parafuso.
Após o trauma, o mesmo
apresenta debilidade para o
P.D, devido a gravidade da
fratura, deixando sequelas.
(Cid - S82)

Marta Medeiros


Dr. Jorge Vasconcelos
Médico
CRM 4428/PE



Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS [1624628]

Admissão: 329706

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 07/11/2019

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, **WILLAMS BRITO DOS SANTOS** é portador do diagnóstico:
<<FRATURA DO OTNROZELO DIR>>.

CID: <<S82>> Submetido a tratamento ortopédico em 29/09/19.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial e fisioterápico
Moreno, 07/11/2019.


ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17608

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

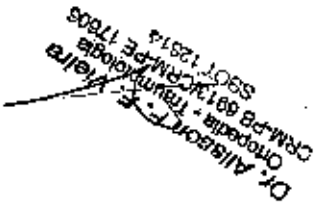
01 – Cópia autenticada para a empresa

01 – Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 07/11/2019 as 09:22


Dr. (a) **ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA**

CRM:



Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS (1624628)

Admissão: 322671

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: S82

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 28/08/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 29/08/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - RETORNAR DIA 12/09/2019 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/08/2019 as 16:13

Dr. Alisson F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 6914 / CRM-PE 17808
SPT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS (1624628)

Admissão: 322671

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins que WILLAMS BRITO DOS SANTOS compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S82



() Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).

(X) Necessitando de (90) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.

() Como acompanhante.

() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias do afastamento do trabalho.

Atestado Emitido Eletronicamente

Data: 29/08/2019 as 16:13

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRM: _____

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RJ 17608
2014



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS (1624628)

Admissão: 322671

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, **WILLAMS BRITO DOS SANTOS** é portador do diagnóstico:
FRATURA DE TORNOZELO.

CID: S82

Permaneceu internado do dia 28/08/2019 a 29/08/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 29/08/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 29/08/2019.

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6913/CRM-PE 17606
SBOT 12614

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17606

RETORNO: 12 /09 /2019

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07 :00HS

MÉDICO: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

☐ - Cópia autenticada para a empresa

☐ - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/08/2019 as 16:12

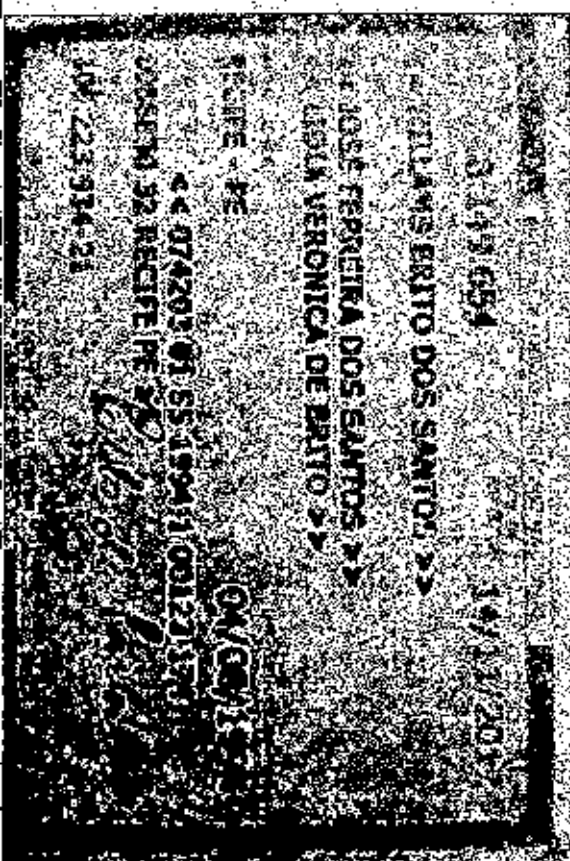
Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6913/CRM-PE 17606
SBOT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 014805504265
 DETRAN - PE
 VÁL. 1027580005
 R.N.T.R.C. *****
 EXERCÍCIO 2019

KEISON KEITON SANTANA DE MELO
 NOME

BAULISTA - PE
 CEE/CNPJ 090.359.804-53
 PLACA ANT./LIC. *****/PE
 CLASSE 936K00660EHC347529

ALCO/SASOL
 MARCA/MODELO
 HONDA/MX150 BROS EE
 CATEGORIA 2016 2016
 CEE/POT/CIL. 2016 2016
 CEE/POT/CIL. 2016 2016
 CEE/POT/CIL. 2016 2016

1º JBAV 2019 QUITADO
 VENC./COTAS 1º *****
 2º *****
 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)
 COTA ÚNICA 0.32 64.66
 DATA DE PAGAMENTO 30/03/19

AL. EID. BA FINANÇEIRA SA C.F.I.
 OBSERVAÇÕES

BAULISTA
 DATA 09/05/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 AUTOMOTORES DE VANTAGEM PARA OPORTUNIDADE DE PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014805504265 BILHETE DE SEGURO DPVAT
KEISON KEITON SANTANA DE MELO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
FAÇA SUAS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1294

EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 08/05/19
PLACA 090.359.804-53
CLASSE 936K00660EHC347529

PREMIO TARIFARIO
 COTA ÚNICA 0.32 64.66
 DATA DE PAGAMENTO 30/04/19

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.802/0001-04



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Williams Brito dos SantosDATA DO ACIDENTE 26/08/19 CPF DA VÍTIMA 106.223.934-24

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É Williams Brito dos SantosENDEREÇO DO PORTADOR Rua: HumilândiaNº 5906 COMPLEMENTO Paraná BAIRRO NSA O/Pau AmareloCIDADE Olinda UF PE CEP 53.429-680E-MAIL TELEFONE (81) 9 9253-2981

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E DO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1264

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE


DATA 08/01/2020IDENTIDADE 8.149.654ASSINATURA Williams Brito dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08/01/2020NOME Eduardo BarrosASSINATURA Eduardo Barros

Sinistro → 32 000 10404

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009457/20

Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

CPF: 106.223.934-21

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2019

Títular do CPF: WILLAMS BRITO DOS
SANTOS

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

WILLAMS BRITO DOS SANTOS : 106.223.934-21

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: 08/01/2020
Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS
CPF: 106.223.934-21

WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06



Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009457/20

Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

CPF: 106.223.934-21

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WILLAMS BRITO DOS SANTOS : 106.223.934-21

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: 08/01/2020
Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS
CPF: 106.223.934-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

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: **3200010404**

Nome do(a) Examinado(a): **WILLAMS BRITO DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Funilândia, 590-B - Paulista - PE - CEP 53429-680**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8149654**

Data e local do acidente: [**26/08/2019**] **Goiana, PE**

Data e local do exame: [**17/01/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do maléolo lateral direito

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

Ao exame, vítima com bloqueio articular de tornozelo direito, edema local, realiza flexão plantar a de 30 graus, dorsal a 10 graus, deficit de força de grau médio, presença de cicatriz cirúrgica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com placa e parafusos, fisioterapia. Evoluiu sem complicações. Alta médica

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo 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 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):

Tornozelo 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.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010404 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/08/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo lateral direito

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com bloqueio articular de tornozelo direito, edema local, realiza flexão plantar a de 30 graus, dorsal a 10 graus, deficit de força de grau médio, presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com placa e parafusos, fisioterapia. Evoluiu sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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