

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, 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

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, 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, 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
106.223.934-21 WILLIAMS BUITO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> WILLIAMS BUITO DOS SANTOS	6 - CPF: <input type="text"/> 106.223.934-21
7 - Profissão: <input type="text"/> PROFESSOR	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA EULALDIZ
9 - Número: <input type="text"/> 590-B	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> MSA 01/02/03 AMARELO	12 - Cidade: <input type="text"/> PAULISTA
13 - Estado: <input type="text"/> SP	14 - CEP: <input type="text"/> 53429-680
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> 81 99253-2981

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: **0651**

CONTA: **00060016**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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, para 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Víviro	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>
---	--

25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>
---	--

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	30 - Vítima deixou nascituro (valéscos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	33 - Vítima deixou pais/favôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

40 - Local e Data:
PAULISTA 27/12/2019

WILLIAMS BUITO DOS SANTOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

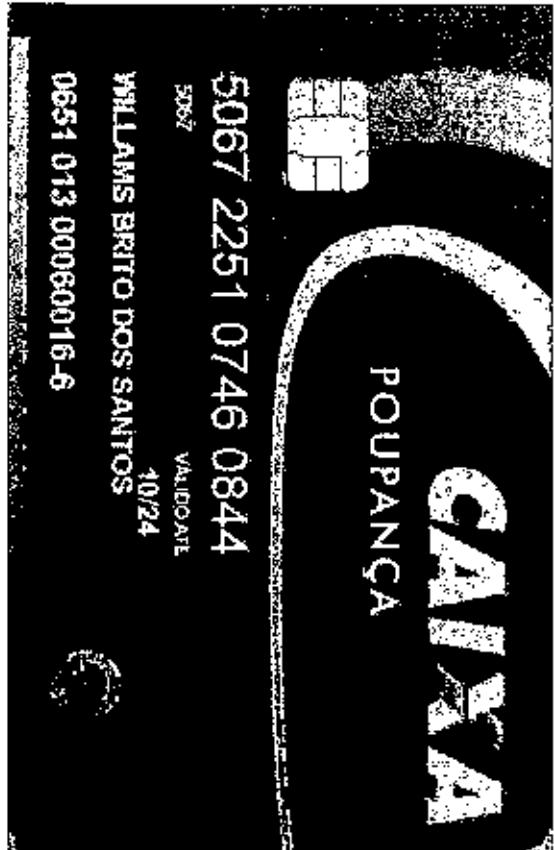
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1950134004205

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cidroso (Consumador) que aconteceu no dia 23/02/18 no período da Manhã

Patr ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, ESTRADA PE 049, SENTIDO PONTA DE PETRAS -
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: ESTRADA ESTABAL

Pessoas) envolvidas(s) na operação das

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

Objeto(s) envolvidos(s) na comunicação:

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)

WILLASIS BRUTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mas; IDHA: VERONICA DE BRITO; Pai: JOSE FERREIRA DOS SANTOS; Data de Nascimento: 4/8/1934; Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL; Documento: 8140654/SDS/PE (RG); 10622393421 (CPF); Estado Civil: SOLTEIRIA; Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO; Endereço Residencial: BAIRRO DE NOSSA SENHORA DA CONCEICAO (BAIRRO), 500, FUNDALANDIA - CEP: 56609-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

CARLOS EDUARDO DA SILVA (CONDUTOR) (não presente ao plantão) - Setor: Electroconcreto/Naturais da: MAQ INFORMADO / FERNANDRIGO / BRASIL Estado: Cui: DESCONHECIDO Escaladado: DESCONHECIDO

KEISON KETTON SANTANA DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Natureza: N/A
INFORMAÇÕES / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: Desconhecido Experiência: Desconhecido

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

Qualificarão do(s) objeto(s) envolvidos

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **HEISON KELTON SANTANA DE MELO**, que estava em posse do(s) Sr(a): **CARLOS EDUARDO DA SILVA (CONDUTOR)**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR 150 ERGO MAX ES** Objeto apreendido: Não
Chassi/Placa: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: DY29998 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 162768003 Chassi: 9C2AD9550E2347629
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCOOL/GASOL

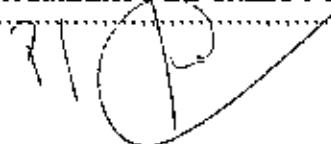
Complemento / Observação

**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, VEDOU A SERRA AUTOMOTIVADA PARA PISTA
DA PISTA, QUE ATO CONTINUO FORA SOCORRIDO PARA POR TRANSEUNTES QUE PASSAVAM NO LOCAL, QUE FOI
SOCORRIDO PARA A UPA DE IGARASSU JA QUE E PROXIMO ONDE RESIDE, QUE DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA
O HOSPITAL ARRINDO MOURA NA CIDADE DE MORENO-PE, QUE CHEGOU A TER UMA FRATURA NA TIBIA, E
ROUPEIRAMENTO DOS TENDÔES DOS TORNozelos, A VISTA BAS DOCUMENTACOES LEGAIS, ENCERRO O PRESENTE
REGISTRO**

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

**WILLIAMS BRITO DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: LUIS HUMBERTO DE GALES FURTADO - Matrícula: 3870370



Atendimento: 1513267

Senha da Classificação:

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

Paciente: 397619 WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

580

Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCE

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: _____

Quadro Principal

Dor crônica TIZ Direita há 2 dias

Tensão RV.

Exame Físico

Sarcofite

Hipótese Diagnóstico

Fratura Metade Lateral.

Conduta Terapêutica

Cirurgia

Prescrição Médica (cont. nutrição)

Dose: 1000 Calor. nutrição

2.500 ml D-50 1/2 (200 + 500 g. fr. 1000 ml)

23.000 ml D-50

fato 27-08-2019
as 08:00h T-22.000 ml

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

fato as 08:00 (28/08)

Transferido:

HMA

Senha: 5231621

Para:

Dr. Wagner F. B. - Ortopedista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 2322

Carimbo Médico



1513267

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 26/08/2019 09:40

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

Período: 26/08/2019 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: WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00651

CONTA: 00000060016-6

Nr. da Autenticação 1067231DA9FA0254



CEI PR

www.vogel.com/it

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes: 0800 232 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Grátis de Telefones Fixos.
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
1671-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis.

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	DATA-CONTRATO
ERCILO JUNIOR DE MIGURA VILELA	06/01/2020	17/12/2019	004010711733
CPF: 048.441.324-76	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	0,00	24/12/2019	2029104537
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	NÚMERO DA NOTA FISCAL	DATA DE INSTALAÇÃO	
RUA FUNILANDIA 550 B	088687263	002158833	
N SA DO OIPAU AMARELO	CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL	
63429-620 PAULISTA PE		Monofásico	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, preços, serviços prestados e tributos se encontram à	RESERVADO AO FISCO	768C.80FB.FBFA.8C0A.88FF.5743.933A.E0CA.	

DESCRIPCION DE NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO RECORR	TIPO DA JUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº ITEM	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO LITR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00100000001568723	0,00	14/11/2019	6.452,03	17/12/2019	6.452,00	33	1,00000	0,00	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFIRMDO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL		
out/2016							
MEG-No de horas sem Energia		0,00	0,40	0,00	0,00		
MEG-No de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00		
MEG-Duração de cada vez sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00		
MEG-Baixa de Interrupção em cada dia				Linha de DRCR 0,03			
DESPESA DE ENERGIA							
DESPESA DE ENERGIA do Usuário - R\$ 0,00							
Total: Despesa com a energia elétrica realizada em 2016 é de R\$ 0,00							

INFORMAÇÕES IMPORTÂNTES

Parágrafo 1º do ponto mais perto de você: **acepção: rua de Irlz Ignacio de Oliveira Senna Jardim I bairro fonte: sua doutor benício se pau amarelo** lista completa em www.caixa.gov.br.
Na data de **1º de junho** em vigor é a Amazônia. Mais informações em www.mpsp.msp.gov.br.
O Elétrico é compensado quando há violação no cumprimento individual ou de nível de fornecimento.
Paga-se em atraso para multa 2% (R\$ 441,44/ANEEL), Juros 1% (R\$ 10.438,02) e atraso/ação monetária na prazo, mais
isento de ICMS conforme Art. 5º, XLVII, a, 2.º, do RCMSC-PE.
O Cláusula é compensado quando há descomprimento do prazo definido para os fornecedores de abastecimento comunitário.
Em caso de descomprimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 cláusulas de faturamento
não efetuado também, se aplicável, o encerramento imediato de que estiver em vigor naquele dia.

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO
220	202
MÁXIMO	
231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004010711733	12/2019	0,00	06/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahorro será usado em leitura ótica.

FATURA PAGA **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

Atendimento: 1513267

Senha de Classificação:

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

Paciente: 397619 WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

580

Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCE

Cidade/UF: PAULISTA - PE

Cep: 53425740

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Foto:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: _____

Quadro Principal

Dor crônica TIZ Direita há 2 dias

Tensão RV.

Exame Físico

Sarcofite

Hipótese Diagnóstico

Fratura Metade Lateral.

Conduta Terapêutica

Cirurgia

Prescrição Médica (cont. nutrição)

Dose: 1000 Calor. nutrição

2.500 ml D-50 1/2 (200 + 500 g. fr. 1000 ml)

23.000 ml

Fito 27-08-2019
as 08:00h T-22.00h

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Fito as 08:00 (28/08)

Transferido:

Senha: 5231621

Para: HMAJ

Dr. Wagner F. B. - Ortopedista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 2322

Carimbo Médico



1513267

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 26/08/2019 09:40

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

Período: 26/08/2019 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

Willian 175 - Bairro dos Santos
Vítima do acidente com jato
no dia 26/08/2019. Foi diagnosticado
com m1 Dr. com Fratura do
fêmur direito D. P01 S1Bm0t1 d. P.
pacientes com clínica P/ Radiação
de Fratura com instabilidade
fusão. Após operação, o paciente
apresenta debilidade para o
pé D, devido a grande dor
sentida durante 5000hrs.
(Cid: S02)

III-1a Metade

Dr. Jorge Viancoelos
Médico
CRM 4209/PE



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: <<882>> 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 F. Vieira
ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17600

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documento/s 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:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLIAMS 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

HDI:

CID: S82

CIRURGIA REALIZADA:

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA

MÉDICO CIRURGIAO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES:

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

2 - DIPIRONA 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

A. F. Vieira
Dr. Alisson F. Vieira
Traumatologia
Ortopedia - CRMPE 17606
CRM PE 6914 / CRM PE 12614

Dr. (a)ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLIAMS BRITO DOS SANTOS [1624628]

Admissão: 322671

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE (INTERNO))

Enfermaria: Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: D13 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que WILLIAMS 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 de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/08/2019 as 16:13

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLIAMS BRITO DOS SANTOS (16246281)

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, WILLIAMS BRITO DOS SANTOS é portador do diagnóstico: **FRATURA DE TORNOZELO.**

CID: SB2

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

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

Moreno, 29/08/2019.

Dr. Alison F. Vilela
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6913/2008 - CR 17606
CRM-PB 5907/2014 - CR 12614

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17606

RETORNO:12 /09 /2019

LOCAL: HOSPITAL ARMANDO MOURA AS 07:00HS

MÉDICO: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentações originais para o INSS

 - 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: 29/08/2019 as 16:12

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRMJ:

CRM:



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

CRISTAL

CELESTE

WILLIAMS ERITIO DOS SANTOS >>
ROSE REPETITA DOS SANTOS >>
ISABEL VERONICA DE BAUTISTA >>

<< 074202 0158491012 >>

023374-21

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Williams Brito dos SantosDATA DO ACIDENTE 26/08/19 CPF DA VÍTIMA 106.223.934 - 21

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Williams Brito dos SantosENDEREÇO DO PORTADOR Rua: EunilândiaNº 5900 COMPLEMENTO Pavem BAIRRO NSA 01/Par. AmorebietaCIDADE Almeida 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, TALIS 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 DECURRÊNCIA DO ACIDENTE E O 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, TALIS 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

- 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1264

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/01/2020IDENTIDADE 8.149.654ASSINATURA Williams BritoDOS SANTOS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08/01/2020NOME Eduardo BaiaASSINATURA Eduardo Baia

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

Data do acidente: 26/08/2019

CPF: 106.223.934-21

CPF de: Próprio

Titular 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 médica-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 Borges
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2019

Titular 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 médica-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**] **Goiânia, 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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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
 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 Ao exame, vítima com bloqueio articular de tornozelo direito, edema local, realiza flexão plantar a de 30 graus, dorsal físico: 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