
Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200336991

Vítima: RODOLFO RODRIGUES COELHO

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODOLFO RODRIGUES COELHO

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, contados 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

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200336991

Vítima: RODOLFO RODRIGUES COELHO

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODOLFO RODRIGUES COELHO

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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: RODOLFO RODRIGUES COELHO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000025227-5

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051-696 763-01 4 - Nome completo da vítima: RODOLFO RODRIGUES COELHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR GUSEP Nº 645/2013

5 - Nome completo: RODOLFO RODRIGUES COELHO 6 - CPF: 051-696 763-01
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA ZACARIAS GONDIN 9 - Número: 49 10 - Complemento: 11 - Bairro: MONTESE 12 - Cidade: FORTALEZA CE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60425-555 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0747 CONTA: 25227 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 nascido(a) menor? ☐ 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: FORTALEZA - CE 17/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 2268 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/08/2020 13:42:59**
Data / Hora da Ocorrência: **31/05/2020 13:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R ZACARIAS GONDIM, 49, MONTESE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **MONTESE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RODOLFO RODRIGUES COELHO**
Nascimento: **05/12/1995** CPF: **051.696.763-01**
RG: **2007014000880** Orgão Emissor: **SSPCE** UF: **CE**
Filiação: **ROSILANJA RODRIGUES VIDAL CUSTODIO VIDAL COELHO**
Endereço: **RUA RUA FREI VIDAL, 85 LAGOA DO TIGRE NORTE**
Bairro: **LAGOA DO TIGRE NORTE**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** CEP: **63.740-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9635-2856**

Dados do(s) Veículo(s)

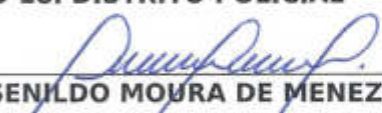
1) Placa: **OSE1795** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi: **9C2KD0550ER203042** Renavam: **589106201** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RODOLFO RODRIGUES COELHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

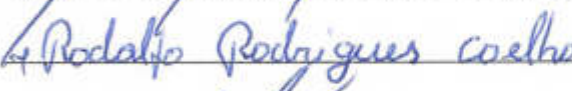
diz o declarante que no dia e hora acima descrito, pilotava a moto já mencionada acima, quando o pneu da frente estourou e o declarante perdeu o controle da moto e caiu; Que na queda o declarante teve uma fratura no joelho direito e no dedo da mão direita; Que o declarante foi levado por meios próprios ao Frotinha de Parangaba onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Rodolfo Rodrigues Coelho

VISTO DO DELEGADO(A) :


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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051-696 763-01 4 - Nome completo da vítima: RODOLFO RODRIGUES COELHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR GUSEP Nº 645/2013

5 - Nome completo: RODOLFO RODRIGUES COELHO 6 - CPF: 051-696 763-01
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA ZACARIAS GONDIN 9 - Número: 49 10 - Complemento: 11 - Bairro: MONTESE 12 - Cidade: FORTALEZA CE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60425-555 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0747 CONTA: 25227 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 nascituro (menor)? ☐ 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: FORTALEZA - CE 17/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

RODOLFO RODRIGUES COELHO

704605115119821

CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2007014000880; CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05169676301

NI
 FORTALEZA
 60.425-555

NASCIMENTO
 05/12/1995 (24 ANOS)

N DO PRONOME
 410036

SEXO
 M

NOME MÃE
 ROSILANJA RODRIGUES VIDAL

N DOB
 317662

RACIA
 INDIGENA

ENDEREÇO
 RUA ZACARIAS GONDIM 49 B MONTESE

CONTATO
 (85) 98005-768

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE REFERE TRAUMA EM MSD E MID APÓS ACIDENTE DE MOTO.

MOTIVO
 ACIDENTE DE MOTO

ESCALA DE DOR
 99 (ADULTO)

NI KG
 NI C
 VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
 NI/NI

ALFABETIZADO
 NEGA

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
 JULIANA RODRIGUES DOS SANTOS

SAT O2
 NI%

PULSO
 NI

GLICEMIA
 NI

DATA/HORA DO ATENDIMENTO
 31/05/2020 16:23:27

ÁREA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

1. ALICORNIA M. MORAIS
 2. NERES TOE
 3. DOR LO 1000 + 500mg D
 4. RX. PULSO = DO 1000

cd: Tra Tra Lupa + Tra Tra
 Tra + ATB + ALUC + Lu CI OS

DIAGNÓSTICO

COO PROCEDIMENTO

CID

SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

1. LIMP. DAS FLECHAS
 2. VACINA Anti-TÉTANUS
 3. Tra Tra Lupa + Tra

303040200

Dr. Marcos Gadelha
 Ortopedia e Traumatologia
 Rua ...
 11011-11011-11011

TIPO DE ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CAMPO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por Juliana Rodrigues dos Santos em 31/05/2020 às 16:23:30

declaram ser verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Udsonia Maria Fereira Silva
 Rodolfo Rodrigues Coelho
 esposa

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: 07/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODOLFO RODRIGUES COELHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000025227-5

Nr. da Autenticação ED00BE8BBA241CE0

9271917

enel

CEP 00115 040 / Formosa CE
CEP 0004725 / 0001-90 / CEP 00, 871.649,3

CONTA DE ENERGIA ELETTRICA (GRUPPO D) | SERIE UNICA | N° 061023202

Referência: 04/2020

Endereço: RUA ZACARIAS GONDIM, 20049 - AP 301 BL A, MONTESE,

Modalidade Tarifária 81 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica (CO)

Emissão: 24/04/2020

Medidor 5579782-FLU-026

ÁREA RESERVADA AO FISCO

CONSUMO DE CONSUMO (kWh)

7-10 **THE FUTURE OF THE U.S. ECONOMY**

DATAS DE LEITURA 22/01/2022

Anterior	Atual	Próxima prevista
24/03/2020	24/04/2020	25/05/2020



DIAGNOSIS FOR INTERVIEW

Posico	Leit. Anual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mda (WWh)	Consumo Incl. (WWh)	Consumo Ext. (WWh)	Tarifa (R\$/WWh)	Valor (R\$)
EP	5.750	5.735	1.000	51	00	51	8.72490	30.97

DANIELA DE PATRIARRETO

TABLE 1

VALOR (R\$)

CREDITO DE PEQUEÑOS VALORES

CREDIT
CONSUMO

0.72490

37.30

JURÉS MONATÓMIOS

36,97

0.33

1994

Item	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
IMB	18,97		9,98
PIB	0,04	27,00	0,10
CDUTax	0,00	0,00	0,00

25/05/2020



Dr. Marcus Gadelha

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

ATESTADO

NOME: RODOLFO RODRIGUES COELHO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 31/05/2020. SOFREU FRATURADO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO E LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DO JOELHO DIREITO. PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMBAS AS LESÕES, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR RESIDUAL DA MÃO DIREITA E INSTABILIDADE ANTERIOR E ROTACIONAL DE JOELHO DIREITO. APRESENTA, AINDA, DIFICULDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR DIREITO. PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 30% DA MÃO DIREITA E 60% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

DATA 16/09/2020

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

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - 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



MÁRIO DE ASSIS

Diagnóstico por Imagem

Paciente.....: RODOLFO RODRIGUES COELHO
Exame.....: 1029039 RM JOELHO D
Convênio.....: PARTICULAR
Solicitante.....: DR. MARCUS GADELHA
Executante.....: DR. SABINO RODRIGUES DE OLIVEIRA NETO
Atendimento.:1058141 Data: 02/06/2020 Usuário:

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

FSE T2 FS - SAG, AX, COR

FSE T1: SAG

DISCUSSÃO:

Edema ósseo em aspecto posterior do platô tibial lateral, com traço anfractuoso de baixo sinal em T1 e T2 podendo representar fratura do trabeculado ósseo.

Espessamento e hipersinal em toda extensão do **ligamento cruzado anterior**, com má caracterização de seu terço médio, associado a anteriorização da tibia, indicativo de lesão.

Espessamento e hipersinal em toda extensão do **ligamento cruzado posterior**, denotando lesão parcial.

Ligamentos colaterais lateral e medial íntegros.

Ligamentos fêmoro-patelares espessados, com hipersinal e líquido delaminando entre suas fibras femorais, indicativo de estiramento.

Discreto hipersinal intrassubstancial em corno posterior de ambos os **meniscos**, sem descontinuidade de seus contornos, podendo estar relacionado a contusão. Restante dos meniscos de aspecto preservado.

Hipersinal em **cartilagem da faceta lateral da patela**, com má-diferenciação entre as camadas superficial e profunda, sem evidências de descontinuidade em sua superfície ou acometimento do osso subcondral.

Demais cartilagens articulares preservadas.

Derrame articular de moderado volume, com projeções sinoviais internas e sinal intermediário em T1, podendo estar relacionado a material hemático.

Importante edema central em **gordura de Hoffa**.

Distensão líquida das **bursas** interpostas entre os tendões da "pata de ganso".

Edema em ventre muscular do poplíteo.

Tendões musculares de conformação anatômica.

Importante edema em tela subcutânea do aspecto ântero-lateral do joelho.

CONCLUSÃO:

Edema ósseo em aspecto posterior do platô tibial lateral, com evidências de fratura do trabeculado ósseo.

Lesão do ligamento cruzado anterior.

Evidências de estiramento do ligamento cruzado posterior e dos retináculos patelares.

Contusão em corno posterior de ambos os meniscos.

Condropatia patelar (grau I).

Derrame articular de grande volume, com evidências de material hemático associado e sinovite.

Bursite da "pata anserina".

Edema em ventre muscular do poplíteo.

Ultrassonografia • Radiologia • Mamografia Digital • Radiologia Interventiva • Tomografia Computadorizada • Ressonância Magnética

Dr. SABINO RODRIGUES DE OLIVEIRA NETO

Médico Radiologista - CREMEC 7506

Membro Titular do CBR - RQE 4172

Rua 24 de Maio, 1465 | Centro | Fortaleza - CE 60010-000



Fortaleza

SECRETARIA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MILITAR MARA JOSÉ SALES DE OLIVEIRA
FRONTINHA DE PARANAGUA
Av. Cabo de Faria nº 1173 - Punguari - CEP 80.770-000 - Juazeiro do Norte
Telefone: (0311) 1121

RECEITA

Podar 1 caso

Sob

Fuorlo _____ ka

Ver as les es por @ +

Procto co 1000

2

28060

DATA: / /

D. Marcus Gadella
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12012
CPM - Médico (a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NOME: DR. MARCELO JOSÉ MACHADO DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA DE FORTALEZA, 1127 - JARDIM
VERDEZINHA - FORTALEZA - CE - 60.075-000
Telefone: (85) 333.1013

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD:

Atesto que o (a) Sr. (a) RODOLFO ROMIELLI GUEIRA

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 28/09/20 às 11 h,
Tendo como causa de socorro:

(Cirurgia)

Necessita de (60) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Aposentando o seguinte diagnóstico (CID) J85.5+

Observações:

Fortaleza-CE, 28 de 09 de 20

Dr. Marcus Gadinho
Ortopedia e Traumatologia
Fisioterapia e Cirurgia de

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 85 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/87, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Rodolfo Rodrigues
Coelho

RG 2007014000880, CPF 051.696.763-01

residente e domiciliado (a) à

Rua Zacarias Gondim, N. 49B, Apartamento
301A, Bairro Montese, Fortaleza - CE.

realizou tratamento fisioterapêutico domiciliar no período

16/06/2020 a 27/06/2020, totalizando 12

sessões, estando todo este período afastado das atividades laborais, em
reabilitação

devido a lesões no complexo articular de
joelho.

Novo Oriente/CE 27 / 06 / 2020

Rodolfo Rodrigues Coelho
Autorização do Paciente ou Responsável Legal

Ana Célia Rodrigues Coelho
Assinatura

Ana Célia Rodrigues Coelho
FISIOTERAPEUTA
REFITO 6 211479-F

CONTATO

E-mail anaceliacoelho.acc@gmail.com

Telefone (85) 99851-9819



GERARDO F. JUNIOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM 8251

SBOT 11049

ATESTADO MÉDICO

RODOLFO RODRIGUES COELHO

Atesto para os devidos fins, que o Sr RODOLFO RODRIGUES COELHO, encontra-se em acompanhamento ortopédico para instabilidade meniscoligamentar no joelho D com indicação cirúrgica. Evolui com dificuldade para realizar suas atividades cotidianas. Encaminho para avaliação pericial para fins de afastamento do trabalho.

02/07/2020

Gerardo F. Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8251 / RQE 3270

Gerardo F. Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8251 / RQE 3270



ESTADO DO CEARÁ - SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
Rua do Povo 1117 - Fortaleza - CE 61111-900
Telefone: (85) 3131.7321 - Fax: (85) 3131.7322

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

10184

Nome completo: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Endereço: Av. General Odeito da Paiva, 1127 Bairro: Parangaba
Fone: 85 - 3131.7321 / 3131.7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará
CNPJ: 07.835.044/0002-61

Paciente: RODRIGO A. SOUZA
Endereço: ZONA 6000 4913, NAVEX

Bairro: Fone:

Prescrição:

1. CIPROFLOXACINA 500 mg - 14 dias
- Tomar 1x ao dia

2. ALFACIDA 5mg - 15 dias
- Tomar 1x ao dia

3. FLAVONÓIS - 14 dias
- Tomar 1x ao dia
31050

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identificação:

Código emissor:

Cidade:

UF:

1ª Via da Prescrição - 2ª Via da Prescrição

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data:

ARMANDO
TESTE 10184
CNPJ 07.835.044/0002-61



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NOME: **DR. MARCELO JOSÉ MACHADO DE OLIVEIRA**
PROFISSÃO: **MD - ZABARDIA**
AV. Odebrecht nº 1177 - J. Penha - CEP 60.700-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3331.7033

ATESTADO MÉDICO DE COMPARCIMENTO

Boletim de Emergência - CAD:

Atestado que o (a) Sr. (a)

ROBERTO DOMINGOS

COELHO

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 31/01/2023 às 12h.

Tendo como causa de socorro: palhaço

(TUBO)

Necessita de (50) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) R21

Observações:

Tratado de 1000 + células de
foris D

Fortaleza-Ce 31 de 01 de 0

Dr. Marcelo José Machado
Osteopata - Fisioterapeuta
Aprovação e Carimbo do Conselho
TEO 12042 - RCE - 5137
CRM 19128

CRM - Médico (e)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 68 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.801 de 14/03/87, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que RODOLFO RODRIGUES COELHO foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 5 (cinco) dias das suas atividades profissionais.

Fortaleza, 31 de Maio de 2020

CID: _____

Autorização do paciente:

GUTHIERREZ VICTOR DE ABREU BEZERRA
16787CRM

Dr. Guthierrez Victor de Abreu
Médico
CRM/CE: 16787

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
E CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
RODOLFO RODRIGUES COELHO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2007014000880 SSPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO
051.696.763-01 05/12/1995

PRIMAÇÃO
CUSTODIO VIDAL COELHO

ROSILANJA RODRIGUES
VIDAL

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
06359201990

VALIDADE
07/11/2024

1ª HABILITAÇÃO
30/04/2015

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Rodolfo Rodrigues Coelho

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
13/11/2019

Im. Vidal
IMAGEM REGISTRADA EM
ASSINATURA DO TITULAR

66000648980
CE173399991

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1843387370

PROIBIDO PLASTIFICAR
1843387370

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265739/20

Vítima: RODOLFO RODRIGUES COELHO

CPF: 051.696.763-01

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/05/2020

Titular do CPF: RODOLFO RODRIGUES COELHO

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

RODOLFO RODRIGUES COELHO : 051.696.763-01

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: 21/09/2020
Nome: RODOLFO RODRIGUES COELHO
CPF: 051.696.763-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

RODOLFO RODRIGUES COELHO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336991 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO RODRIGUES COELHO **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE POLEGAR DIREITO.
TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/7.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA E DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO DIREITA E MODERADA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME @ P 1, DR. MARCUS GADELHA, CRM-CE:10184, DE 16/09/2020.

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50