
Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190012388

Vítima: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190012388 **Vítima: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

Data do Acidente: 04/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190012388 **Vítima: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

Data do Acidente: 04/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190012388

Vítima: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 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: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 000000163-1

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



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: **WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

Nº Sinistro: **3190012388**
WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Data do Acidente: **04/10/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190012388**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14178355



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **056.009.924-08** Nome completo da vítima: **Washington de Oliveira Pinto**

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

Nome completo: **Washington de Oliveira Pinto** CPF: **056.009.924-08**
Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Princesa Isabel** Número: **511** Complemento: **---**
Bairro: **Estácio** Cidade: **Sousa** Estado: **PB** CEP: **58800-000**
E-mail: **Verasdpvat@hotmail.com** Tel.(DDD): **(83) 9 9919-4307**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0558** CONTA: **0163** **1**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na CMV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
digital de
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: **Sousa/PB, 04/01/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ Washington de Oliveira Pinto

Assinatura da vítima/beneficiário (se alfabetizado)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

04 JAN. 2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190012388
Nome do(a) Examinado(a): Washington de Oliveira Pinto
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Princesa Isabel, 49
Estreito Sousa PB CEP: 58800-778
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2634224
Data local do acidente: [04/10/2018]
Data local do exame: [08/02/2019] Sousa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM JOELHO DIREITO, APRESENTANDO LESÃO PARCIAL EXTENSA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, EDEMA CONDRAL EM PLATÔ TIBIAL LATERAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM ANALGÉSICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS ALÉM DE FISIOTERAPIA MOTORA
Complicações: NÃO HOUEVERAM EVENTUAIS COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 04/10/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE APRESENTA AINDA DOR INTENSA LOCAL, DIFICULDADE NA MARCHA, ALEM DE LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO ATIVO DE EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, A PALPAÇÃO APRESENTA AINDA CREPTAÇÕES NO MEMBRO REFERIDO, ALÉM DE EDEMA RESIDUAL MODERADO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DIFICULDADE NA MARCHA, ALEM DE LIMITAÇÃO MODERADA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO ATIVO DE EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, A PALPAÇÃO APRESENTA AINDA CREPTAÇÕES NO MEMBRO REFERIDO, ALÉM DE EDEMA RESIDUAL MODERADO
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 o 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Francisco Achilles O. Vilar
MÉDICO
CRM/PB 9641



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 464/2018

Livro Nº Fls. _____

Ocorrência: Acidente de trânsito.

Data do fato: 04 de outubro de 2018, por volta das 07:00 h.

Local: Próximo a Igreja São José, São José, Sousa/PB.

Data do Registro: 26 de outubro de 2018.

COMUNICANTE: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO, brasileiro, natural de Sousa/PB, casado, com 35 anos de idade, nascido em 25/05/1983, gerente de produção, filho de Alfredo de Lima Pinto e de Maria de Fátima Oliveira Pinto, residente na Rua Princesa Isabel, 49, Estreito, Sousa-PB, RG – 2634224- SSP-PB;

VÍTIMA: O mesmo.

FATO: afirma o declarante que no dia 04 de outubro de 2018, por volta das 07:00 horas, dirigia na sua Moto Honda Biz 125, cor vermelha, ano 2013/2014, placa OGE 7237-PB, chassi 9C2JC4820ER517766, emplacada em nome de Elayne Kelly Martins Fernandes, quando nas proximidades da Igrejinha São José, São José, Sousa/PB, um veículo não identificado pelo declarante entrou de vez e colidiu com a lateral da moto do declarante, causando danos materiais na moto em pequena monta e a pancada atingiu seu joelho direito; Afirma o declarante que vai realizar cirurgia nos ligamentos do joelho devido a pancada; Afirma o declarante que no dia foi levado pelo SAMU para o Hospital Regional de Sousa/PB; Afirma o declarante que não tinha bebido e é habilitado. Do que para constar lavrei este termo, indo por todos assinados.

Sousa/PB, 26 de outubro de 2018.

AUTORIDADE: Dr. Francisco Moreira de Abrantes.

DECLARANTE: Washington de Oliveira Pinto

ESCRIVÃO:

Victor Carlos Siqueira
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT. Nº 166.444-2

04 JAN. 2019

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: <u>04/01/18</u>	ID da Ocorrência: _____	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: <u>02</u>	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: _____	Hora de Chegada no Local: _____
Paciente / Usuário: <u>Washington de Oliveira Pinto</u>				Idade: <u>35a</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone: _____
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Virolândia <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Logradouro: <u>R. Imponso Nogueira</u>				Bairro: <u>Alto Juru</u>	Médico Regulador: <u>Dr. Sclero</u>	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: _____						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro: _____						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
<u>HRS</u>				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): <u>Luiz Alberto de Oliveira Cadeia</u> Médico 01/01/2018		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo: _____	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA			Hospital de Origem: _____
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____			Responsável: _____
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____

1 - DADOS VITAIS

P.A.: 120 x 70 FC: 70 FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: 99% SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Colisão carro x moto

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro: _____

USBR acionada para atendimento de trauma, vítima de colisão carro x moto, e mesmo momento de chegada com o mesmo orientado, relatando dor em joelho, no membro de direita, realizado protocolo de APH e conduzido para HRS.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

SRL

Maryanne Nathally S. Lacerda Alexandre
Enfermeira
Coren-PB 470.405

2 - VIA AÉREA

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☒ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☒ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

bandagem rígida, colar cervical (P), estabilizador lateral de cabeça, SLD, equipamento de monitorização, fôlego 20, resuma Bunk, dipirona e ampola.

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: *Anderson*

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: *Jurianne Nathally S. Lacerda Alexandre*

COREN: _____

ENFERMEIRO(A): *Enfermeira*
Coren: PB 970.405

COREN: _____

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Dr. Idênio Barbosa da Silva
MÉDICO
CRM-PB 6841

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

04 JAN. 2019

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: 13/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000000163-1

Nr. da Autenticação F617BE0B7499E87B

RAIMUNDO DE PAIVA GADELHA NETO
RUA PRINCESA ISABEL, 49/1 AND - ESTRETO
BOUSA / PB CEP: 59000000 (AQ. 177)

Emissão: 07/08/2018 Referência: Ago/2018

Cidade/Subs: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOCASCO 9-200, 46-26 - 1º andar - Jd. do Fênix - PB - CEP: 59071-800
Roteiro 1-177-25-4190 Nº medidor: 00000055-00

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.085.100/0001-40 - Ins. Est. 15.215.823-0

Assinatura: 00000055-00
Cód. para Dig. Automático: 0000002917

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/ CNPJ/ RAN:
Ago / 2018 07/08/2018 04/09/2018 266.129.464-01
Ins. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/2963-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 09/07/18 Leitura: 3587	Data: 07/08/18 Leitura: 3680	1	263	27
Demonstrativo				
CO Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base
0801 Consumo em kWh	263,000	0,739000	194,38	194,38
0801 Adc. B. Variável	10,65	12,65	134,88	134,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	18,04	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 07/2018	1,20	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 07/2018	4,31	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	2,39	0,00	0,00	0,00

CO: Código de Classificação do Item TOTAL 241,00 241,00 97,79 241,00 0,00 12,89

Média últimos meses (kWh): 320
VENCIMENTO 14/08/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 241,00

Histórico de Consumo (kWh)

71 | 140 | 172 | 179 | 375 | 408 | 212 | 548 | 402 | 349 | 221 | 288
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

0382.83cf.cb38.b626.f3df.38a0.9b04.712c

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC TENSÃO	0,00	220
DC TENSÃO	0,00	220
DC TENSÃO	0,00	220
DC TENSÃO	0,00	220
DC TENSÃO	0,00	220
DC TENSÃO	0,00	220
DC TENSÃO	0,00	220
DC TENSÃO	0,00	220

Discriminação	Valor (R\$)	%
Requisitos de Qualidade	48,00	19,92
Condição de Energia	14,00	5,81
Condição de Tensão	14,00	5,81
Condição de Qualidade	14,00	5,81
Condição de Tensão	14,00	5,81
Condição de Qualidade	14,00	5,81
Condição de Tensão	14,00	5,81
Condição de Qualidade	14,00	5,81
Total	241,00	100,00

Atividade: 00000055-00

ATENÇÃO

- REATIVO DE VENCIMENTO: Informar os dados em todos os registros permanentes no em
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a partir de 10
dias, desconsiderar essa mensagem
Fatura multa e inclusão em regime de proteção ao crédito no caso de inadimplência

Faturas em atraso

Out/17 3077,97

Mai/17 1661,29

04 JAN. 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

RG nº 2001097006008 data de expedição 03 / 10 / 13, Órgão SSPPS / CE

CPF nº 973.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua José Paçendes de Lira
Número	S/N
Apto / Complemento	— 1 —
Bairro	Gato Preto
Cidade	Sousa
Estado	Paraíba
CEP	58800000
Telefone de Contato	(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4307
E-mail	verasdprata@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 20/12/2018

Assinatura do Declarante: Carlos Ademir Veras Pinheiro

04 JAN '2019

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bônus para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 018.458.549

Energisa
Energisa Paraisópolis - Distribuidora de Energia S/A

Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.895.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.822-0

DADOS DO CLIENTE

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA S/N
BOUSA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/696132-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

04/12/2018

CONSUMO

1027

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 939,76

Acesse: www.energisa.com.br

Energisa
Energisa Paraisópolis - Distribuidora de Energia S/A

DESTAQUE AGORA

JUVINA EVANGELISTA DUARTE

Telefone: 01-177-010-1720

83610000009-7 39760054000-9 06961322018-0 12500177019-2

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 939,76

MATRÍCULA

696132-2018-12-5



04 JAN. 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Washington de Oliveira Pinto inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.009.924/08, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vítima Washington de Oliveira Pinto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.009.924/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua José Paes dos Reis</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Cato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800-000</u>
Email <u>verasdprato@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 9.8181-8197</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9.9919-4307</u>

Sousa PB, 04 de Janeiro de 2019

Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elayne Kelly Martins Fernandes de Oliveira

RG nº 3050.319, data de expedição 21/10/14, Órgão SSP/PB,

Portador do CPF nº 063.725.234-93, com domicílio na cidade de Sousa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Projetada

nº SN, complemento - - -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Washington de Oliveira Pinto cujo o condutor era Washington de Oliveira Pinto.

Veículo: Honda/Biz 125 ES

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: 06 E 7237 /PB

Chassi: 9C2JC4820 ER517766

Data do Acidente: 04/10/2018

Local e Data: Sousa/PB 04/10/2019

Elayne Kelly Martins Fernandes de Oliveira
Assinatura do Declarante

Washington de Oliveira Pinto
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



04 JAN. 2019



SUS

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 8800097838



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS
NOME HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - S/N - GATO PRETO
CEP 58.800-005 CNES 250453-7 CNPJ 06.778.260/0027-08
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

NOME WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO PRONT: 60034422
SEXO M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D RAÇA / COR PARDA
MÃE MARIA DE FATIMA PINTO OCUPAÇÃO
NATURALIDADE SOUSA - PB SISPREENATAL
CNS: 700009137293200 CPF: DOCUMENTO:
COMPLEMENTO: CONTATO:
MUNICÍPIO: SOUSA CEP: 58.800-005 ESTADO PARAIBA
CÓDIGO DO MUNICÍPIO 251620 DATA: 10/2018 07:40:36 REGISTRADO POR: alexsandra.medeiros
CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO PESO TEMPERATURA PRESSÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exame físico realizado por Alexandre Medeiros

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

CARACTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ESTIPIO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÃO OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

Exame físico

CID - 10

ENCAMINHAMENTO

- ☐ PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ APLICADA ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ OUTROS ☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

10/10/2018
Luiz Alberto de Oliveira Medeiros
Médico
CRM: 4027

CNS CBO CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL OU PEGUEIRO DIRETO

Elaine KMF Oliveira

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO ASS. DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO

PACIENTE: **WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

Nº.: **81110**

REQUISITANTE: **DIEGO S. SANTIAGO**

DATA: **04/10/2018**

Há discreta horizontalização de algumas fibras distais ao nível da fossa intercondilar.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.


Discreto sinal linear hiperintenso em T2 no corpo e corna posterior do menisco lateral, estendendo-se à superfície meniscal inferior sugerindo lesão.

Sinal globular irregular do corna posterior do menisco medial, atingindo as superfícies meniscais, associado a pequena imagem tubuliforme de aspecto cístico, multilobulada, com finas septações internas, medindo 1,2 x 0,4 cm, sugerindo pequeno cisto parameniscal junto à sua raiz posterior e recesso menisco-capsular posterior.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Condropatia tibial lateral e patelar.
- Pequeno cisto poplíteo.
- Pequeno derrame articular.
- Lesão de ambos os meniscos, notando-se pequeno cisto parameniscal junto à raiz posterior do recesso menisco-capsular posterior do menisco medial.
- Lesão parcial extensa do ligamento cruzado anterior. Correlacionar com dados clínicos e testes propedêuticos específicos.


Dra. Mariana Coelho
Médica Radiologista
CRM/RJ: 938335

SOUSA-PB, 04 de outubro de 2018


Dr(a). MARCELLI CARTAXO NEVES
Médico(a) Radiologista

CRM Nº 6089

04 JAN. 2019

As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem José Neves Moreira Ltda. ME - R. Djalma Gomes de Sá 08 - Praça do Bom Jesus - 1º Andar - Centro - Sousa PB
CEP 58.800-150 - Fone: 83 3522.1275 - pericles.neves@uiol.com.br - CNPJ 18.451.213/0001-03
Dra. Marcelli Cartaxo Neves Berto - CRM 6089 PB

Fone: 83 3522.1900



CENTRO DE IMAGEM

JOSE NEVES MOREIRA

PACIENTE: **WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

Nº.: **81110**

REQUISITANTE: **DIEGO S. SANTIAGO**

DATA: **04/10/2018**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Leve heterogeneidade de sinal do revestimento condral do platô tibial lateral com focos de edema condral e discretas fissuras condrais superficiais.

Ilhota de osso compacto no fêmur.

Patela centrada em relação ao sulco troclear, apresentando difusa heterogeneidade de sinal de seu revestimento condral por focos de edema condral ao redor de seu vértice e faceta medial.

Pequeno cisto poplíteo

Pequeno derrame articular

Tendões patelar e quadricipital de morfologia e intensidade de sinal dentro da normalidade.

Perda de definição das fibras da banda ântero-medial do ligamento cruzado anterior, com afilamento irregular da porção remanescente das fibras da banda póstero-lateral sugerindo lesão parcial extensa de sua origem femoral.

04 JAN. 2019

Obs.:

As informações contidas nesse relatório representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo. A evolução e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação subsequente.



CENTRO DE IMAGEM

JOSÉ NEVES MOREIRA

PACIENTE: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Nº: 81110

REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

DATA: 04/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Leve heterogeneidade de sinal do revestimento condral do platô tibial lateral com focos de edema condral e discretas fissuras condrais superficiais.

Ilhota de osso compacto no fêmur.

Patela centrada em relação ao sulco troclear, apresentando difusa heterogeneidade de sinal de seu revestimento condral por focos de edema condral ao redor de seu vértice e faceta medial.

Pequeno cisto popliteo.

Pequeno derrame articular.

Tendões patelar e quadricipital de morfologia e intensidade de sinal dentro da normalidade.

Perda de definição das fibras da banda ântero-medial do ligamento cruzado anterior, com afinamento irregular da porção remanescente das fibras da banda pósterio-lateral sugerindo lesão parcial extensa de sua origem femoral.

04 JAN. 2019

Obs.:

As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica baseada na interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as condições são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação em outro período.

CARTA A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

Sousa/PB,

02 de Abril de 2019.

Sis-DPVAT: 3190012388

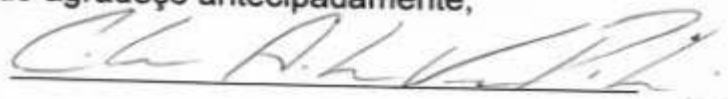
INVALIDEZ

BENEFICIÁRIA: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
CPF: 056.009.924-08

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP Nº 332 DE 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação), Eu, **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**, brasileiro, solteiro, empresário, portador do CPF: 973.419.833-53, podendo ser localizado na Rua José Fagundes de Lira, bairro Gato Preto, Sousa/PB, bem como ser contatado pelo telefone (83) 99607-2277 e/ou endereço eletrônico verasdpmat@hotmail.com, atuando como bom e fiel procurador do beneficiário: **WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO, PORTADOR DO CPF: 056.009.924-08**. Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art. 92 do Código de Ética Médica (Art. 92. Assinar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente) o encaminhamento da vítima acima identificada à perícia médica presencial, com o objetivo de se avaliar corretamente o grau de sequela, visto que a constatação feita foi totalmente em desacordo com a realidade das sequelas evidenciadas pela vítima, motivo pelo qual, e, conforme preceitua a lei, ratificamos nosso pedido com respaldo no art. 5º da lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito a qual se faz jus. O documento segue assinado por mim, Carlos Ademir Veras Pinheiros (procurador). O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido agradeço antecipadamente,



CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

CPF: 973.419.833-53

Procurador - Membro da ABEAVT (Associação Brasileira das

03 ABR. 2019

Dra. Danyelle Dias Nobre Cartaxo

Graduada pela Faculdade Santa Maria.
Formação em Perícia e Assistência Técnica Judicial para Fisioterapeutas.

Atestado Fisioterapêutico

Trata-se do Paciente **Washington de Oliveira Pinto**, 35 anos, vítima de acidente com moto (colisão carro x moto) no município de Sousa- PB no dia 04/10/2018 com BO de número 464/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada na patela do joelho direito e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização no joelho direito com uso de tala gessada por um período de 60 dias e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 10 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 07/01/2019.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Joelho direito apresenta edema residual muito importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, crepitações, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, ausência de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia no **MID**. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluo que há limitação em 75% da capacidade funcional do joelho direito.

Sousa, 15.02.2019

Dra Danyelle Cartaxo

Fisioterapeuta

CREFITO 191777-7

Danyelle Dias Nobre Cartaxo

CREFITO: 191777-7

COFFITO, Resolução nº, 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

03 ABR. 2019

RESOLUÇÃO Nº. 381/2010

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO nº. 381, DE NOVEMBRO DE 2010.

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições e regimentais, em sua 208ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP:

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975;
CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987;
CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO nº 123 de 19 de março de 1991;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 259, de 18 de dezembro de 2003;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES nº 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;

Resolve:

Artigo 1º- O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado, ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus defeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:

- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentados por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativo ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

*** É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistenciais técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. **In casu, o Fisioterapeuta é profissional com conhecimento científico suficiente para atender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na biofísica, bioquímica, cinesiologia, biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências, mediante promoção de movimento ativo ou passivo dos próprios doentes, usando recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.**

Atenciosamente, **Danyelle Dias Nobre Cartaxo**

FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 191777-7
e-mail: danyfisiocz@hotmail.com

03 ABR. 2019



SUS

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 800097838



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - S/N - GATO PRETO
CEP: 58.800-005 CNES: 250453-7 CNPJ: 08.778.269/0027-08
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

NOME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO PRONT: 60034422
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D RAÇA / COR: PARD
MÃE: MARIA DE FÁTIMA PINTO OCUPAÇÃO:
NATURALIDADE: SOUSA - PB SISPREENATAL:
CNS: 700009137293200 CPF: DOCUMENTO:
ENDEREÇO: RUA - PRINCESA ISABEL - 53 - ESTRELA DO SOL
COMPLEMENTO: CONTATO:
MUNICÍPIO: SOUSA CEP: 58.800-005 ESTADO: PARAIBA
CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 251620 DATA: 10/2018 07:40:38 REGISTRADO POR: alexsandra.medeiros
CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO PESO: TEMPERATURA: PRESSÃO:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Características de Oliveira Pinto

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

CARACTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELÉTRICO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÃO OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

Características de Oliveira Pinto

DIAGNÓSTICO

CID - 10

ENCAMINHAMENTO

☐ PRESCRITA

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ APLICADA

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA DO ASSINANTE (S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES (S) - CARIMBO

Luciano de Oliveira
Médico
CRM: 4027

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU FOLEGAR DIRETO

Elaine KMS Oliveira
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 04/10/18	ID da Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 02	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base Hs	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário Washington de Oliveira Pinto				Idade 35a	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vleirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro E Imponio Nogueira				Bairro São José	Médico Regulador Dr. Sérgio	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> SITTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar) HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) Médico Cristina Guedes		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS ▶ Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Destino:
			Responsável:
			ANTECEDENTES
			<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
			Quais?

1 - DADOS VITAIS

PA: 120 x 70 FC: 70 FR: HGT: SpO2 - S/O2: 99% SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Colisão carro x moto

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro:

USP02 acionada para atendimento de trauma, vítima de colisão carro x moto, e mesmo momento de rotada com ambulância, relatando dor em pulso D, sem sinais de fratura, realizado protocolo de RPE e conduzida para HRS.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

SRM.

Marianne Nathally S. Lucena Alexandre
Enfermeira
Coren-PB 470.405

PACIENTE: **WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

Nº.: **81110**

REQUISITANTE: **DIEGO S. SANTIAGO**

DATA: **04/10/2018**

Há discreta horizontalização de algumas fibras distais ao nível da fossa intercondilar.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.


Discreto sinal linear hiperintenso em T2 no corpo e cornos posterior do menisco lateral, estendendo-se a superfície meniscal inferior sugerindo lesão.

Sinal globular irregular do cornos posterior do menisco medial, atingindo as superfícies meniscais, associado a pequena imagem tubuliforme de aspecto cístico, multilobulada, com finas septações internas, medindo 1,2 x 0,4 cm, sugerindo pequeno cisto parameniscal junto à sua raiz posterior e recesso menisco-capsular posterior.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Condropatia tibial lateral e patelar.
- Pequeno cisto poplíteo.
- Pequeno derrame articular.
- Lesão de ambos os meniscos, notando-se pequeno cisto parameniscal junto à raiz posterior do recesso menisco-capsular posterior do menisco medial.
- Lesão parcial extensa do ligamento cruzado anterior. Correlacionar com dados clínicos e testes propedêuticos específicos.


Dra. Mariana Coelho
Médica Radiologista
CRM/RJ: 938335

SOUSA-PB, 04 de outubro de 2018


Dr(a). MARCELL CARTAXO NEVES

Médico(a) Radiologista

CRM Nº 6089

As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem José Neves Moreira Ltda. ME - R. Djalma Gomes de Sá 08 - Praça do Bom Jesus - 1º Andar - Centro - Sousa PB
CEP 58.800-150 - Fone: 83 3522.1278 - pericles.neves@uol.com.br - CNPJ 16.451.213/0001-03
Dra. Marcell Cartaxo Neves Berto - CRM 6089 PB

Fone: 83 3522.1900

03 ABR. 2019



CENTRO DE IMAGEM

JOSÉ NEVES MOREIRA

PACIENTE: **WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO**

Nº: **81110**

REQUISITANTE: **DIEGO S. SANTIAGO**

DATA: **04/10/2018**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem administração endovenosa de meio de contraste.

RELATÓRIO:

Leve heterogeneidade de sinal do revestimento condral do platô tibial lateral com focos de edema condral e discretas fissuras condrais superficiais.

Ilhota de osso compacto no fêmur.

Patela centrada em relação ao sulco troclear, apresentando difusa heterogeneidade de sinal de seu revestimento condral por focos de edema condral ao redor de seu vértice e faceta medial.

Pequeno cisto poplíteo

Pequeno derrame articular

Tendões patelar e quadricipital de morfologia e intensidade de sinal dentro da normalidade.

Perda de definição das fibras da banda ântero-medial do ligamento cruzado anterior, com afilamento irregular da porção remanescente das fibras da banda póstero-lateral sugerindo lesão parcial extensa de sua origem femoral.

03 ABR. 2019

Obs.:
As informações contidas neste documento representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual.
Este laudo não deve ser considerado como definitivo e definitivo, já que as alterações e/ou exclusivas a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história
natural da doença do paciente.



CENTRO DE IMAGEM

JOSE NEVES MOREIRA

PACIENTE: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Nº: 81110

REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

DATA: 04/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Leve heterogeneidade de sinal do revestimento condral do platô tibial lateral com focos de edema condral e discretas fissuras condrais superficiais.

Ilhota de osso compacto no fêmur.

Patela centrada em relação ao sulco troclear, apresentando difusa heterogeneidade de sinal de seu revestimento condral por focos de edema condral ao redor de seu vértice e faceta medial.

Pequeno cisto popliteo.

Pequeno derrame articular.

Tendões patelar e quadricipital de morfologia e intensidade de sinal dentro da normalidade.

Perda de definição das fibras da banda ântero-medial do ligamento cruzado anterior, com afilamento irregular da porção remanescente das fibras da banda pósterio-lateral sugerindo lesão parcial extensa de sua origem femoral.

03 ABR. 2019

Obs.:

As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, pois as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR W
 2634224 SSP PB

CPF
 056.009.924-08 25/05/1983

DATA DO NASCIMENTO
 25/05/1983

NACAO
 ALFREDO DE LIMA PINTO
 MARIA DE FAYDA
 OLIVEIRA PINTO

PERMISSAO
 ACC
 CENSA
 AB

N.º IDENTIFICACAO
 04498095268

VALIDADE
 29/10/2018

1.ª EMISSAO
 11/11/2008

OBSERVAÇÕES

Washington de Oliveira Pinto
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 SOUSA, PB

DATA EMISSAO
 06/11/2013

Assinatura do Emissor
 16810463771
 PB027368823

DETRAN PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODOS
 O TERRITORIO NACIONAL
 881428754

PROIBIDA PLASTIFICAR
 881428754

04 JAN. 2019

MT054

100

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003658/19

Número do Sinistro: 3190012388

Vítima: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

CPF: 056.009.924-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WASHINGTON DE
OLIVEIRA PINTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190012388 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO **Data do acidente:** 04/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM JOELHO DIREITO, APRESENTANDO LESÃO PARCIAL EXTENSA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, EDEMA CONDRAL EM PLATÔ TIBIAL LATERAL

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA AINDA DOR INTENSA LOCAL, DIFICULDADE NA MARCHA, ALEM DE LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO ATIVO DE EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, A PALPAÇÃO APRESENTA AINDA CREPTAÇÕES NO MEMBRO REFERIDO, ALÉM DE EDEMA RESIDUAL MODERADO

Resultados terapêuticos: APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR, PACIENTE APRESENTA DIFICULDADE NA MARCHA E DOR AO MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO DO MEMBRO ACOMETIDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50