

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, 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: 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

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



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, 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, 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



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

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:

Nome completo da vítima:

056.009.924-08 Washington de Oliveira Pinto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: Washington de Oliveira Pinto	CPF: 056.009.924.08		
Profissão: Recluso	Endereço: Rua Princesa Isabel	Número: 5/N	Complemento: —
Bairro: Esticito	Cidade: Sousa	Estado: PB	CEP: 58800-000
E-mail: Verasdpvt@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).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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 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.

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. Tímaco (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 Lider 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 descreva o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Separado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider negará, 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **Sousa / PB, 04/01/2019**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO
Washington de Oliveira Pinto
Assinatura da vítima/beneficiário (fixa/ante)

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 RODO, 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.

**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: 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 HOUVERAM 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, DIFÍCULDADE NA MARCHA, ALÉM 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

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

Sim Não

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

DIFÍCULDADE NA MARCHA, ALÉM 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 (*).

"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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado 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 à valoração do dano corporal.

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

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



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3^a SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19^a 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 Pto

ESCRIVÃO:

Vitor Henrique Cavalcanti
Vitor Henrique Cavalcanti
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT. Nº 166.434-2

04 JAN. 2019

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data <i>04/10/18</i>	ID da Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <i>02</i>	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base :	Hs	Hora de Chegada no Local :	Hs
Paciente / Usuário <i>Washington de Oliveira Pinto</i>				Idade <i>35a</i>	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"/> Vilafranca <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:								
Logradouro <i>R. Imbuiu Negrão</i>			Bairro <i>Jardim</i>	Médico Regulador <i>Dr. Sérgio</i>				
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:								
Apóio 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								
<i>HRS</i>				Responsável: <i>Alberto de Oliveira Lacerda</i> <i>Médico</i> <i>2027</i>				
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável (Assinatura e Carimbo)				

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA		
Hospital de Origem: _____			
Responsável: _____			
Hospital de Destino: _____			
Responsável: _____			
CAUSAS EXTERNAS <input 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: _____			
ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa			
Quais? _____			

1 - DADOS VITAIS

 PA: *110/70* FC: *70* FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/02: *99%* SpO2 - C/02: _____

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:

USB se acionada para atendimento de trauma, vítima de colisão carro x moto, e mesmo mantinha-se sentado, com ambas orientadas, relatando dor em pulso d, no punho de batida, valendo paciente de AP+ e conduzida para HRS.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
SRI
*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 Rítmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:

Crepitação Hemoptise Expectorção Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

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

ECG: _____

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 DEA Desobstrução vias aéreas KED Adulto Sonda vesical
 Câmla Orofaringea Drenagem torácica KED Infantil Sedação
 Colar cervical Desfibrilação / Cardioversão Massagem cardíaca externa Tales / Tração
 Controle de hemorragia Entubação Orotраqueal Orotraqueal Ventilação mecânica (manual / automática)
 Cricotóreidostomia Inalação de Oxigênio (O2) Prancha Longa VMI
 Curativo Imobilização de membros Pungão venosa VMNI
 _____ Sonda gástrica Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

banda rígida, colar cervical (A), estabilizadora lateral da cabeça, SLD, equipos mamográficos, pica (B), meringa Domic, dipiridamol ampola

PERTENCES DA VÍTIMA

Não

Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do recebedor

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

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: *Myriam Nathaly S. Lacerda Alexandre*

COREN: _____

ENFERMEIRO(A): *Enfermeira*

COREN: _____

MÉDICO(A): *Dr. Adenilson Barbosa da Silva*

CRM: _____

MÉDICO
CRM-PB 68A

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____

RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

Observação: _____

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: 00000000163-1

Nr. da Autenticação F617BE0B7499E87B

RAIMUNDO DE PAIVA GADELHA NETO
RUA PRINCESA ISABEL, 49 / 1 AND - ESTREITO
SOUZA / PB CEP: 58000000 (AG. 179)

ENERGIA PLÁSTICA - DISTRIBUÍDORES DE PLÁSTICOS

Chá para Beber Automática

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	366.123.454-01

UC (Unidade Consumidora): 5/2963-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leritura	Data	Leritura							
09/07/18	3867	07/08/18	3865	1	283	37				
Demonstrativo										
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Bimestre	Var. (mês/2)	Estimado P/Mês				
				Tributos Total R\$	DISPENS. CIDE	Preço				
0801	Consumo em kWh	283.000	0,79900	194,38	194,38	27	52,48	194,38	2,11	9,71
0802	Açô B. Vermelha			12,85	12,85	27	5,20	12,85	0,21	0,28
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUICAO LAR P/ FELICIA			18,54	18,54	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DEMORA 07/2018			1,26	1,26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2018			4,31	4,31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZACAO MONETARIA 07/2018			2,23	2,23	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCO | Código de Classificação do item TCTA - 2013 - 00170 - 00000 - 00000

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO**
325 14/08/2018 **TOTAL A PAGAR**
R\$ 241,00

Histórico de Consumo (kWh)

71	140	112	775	375	409	212	548	472	349	221	285
Aug/17	Sept/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	April/18	May/18	June/18	July/18

0382 83cf cb38 b626 fad4 33-0-2121-710

Indicadores de Criança - 1/200

Indicadores de Qualidade		Limites de Tensão (V)	
	Limites da ANEEL	Apareado	Limites de Tensão (V)
DIC/MENSAL	3,3	3,00	100VAC
DIC/TRIMESTRAL	12,35		200VAC
DIC/ANUAL	24,85		
FC/MENSAL	1,48	0,90	CONT/FAZIDA
FC/TRIMESTRAL	5,97		LIMITE INFERIOR
FC/ANUAL	11,94		200VAC
DNC	1,42	0,90	LIMITE SUPERIOR

Disciplinas	Valor (R\$)	%
Matemática	45,00	45,00
Português	45,00	45,00
Geografia	10,00	10,00
Biologia	10,00	10,00
Química	10,00	10,00
Redação	10,00	10,00
Ensino Religioso	10,00	10,00
Outras Disciplinas	10,00	10,00
Total	240,00	100,00

ATENÇÃO

- ATENÇÃO**
- REAVALIO DE VENCIMENTO: Informar que em regras de reajuste de vencimento, o vencimento é alterado se a fatura é somente cancelada.
- Caso haja efetivação de pagamento da(s) fatura(s) em R\$ 200,00 ou mais de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.
Fatura cancelada é considerada em drástica no cálculo do reajuste de vencimento.

Faturas em atraso
Out/17 3077,97
Mai/17 1681,29

04 JAN 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Punheiro

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)	<u>Rua José Fagundes de Lira</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>— . —</u>
Bairro	<u>Gato Pinto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919.4307</u>
E-mail	<u>Verasduprato@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Car. Ademir Veras Punheiro

04 JAN '2019

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Billet para simples pagamento da nota fiscal/cota da energia elétrica N° 016.468.549



energisa PARÁ - INSPETORIA, TRIBUTAÇÃO
ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.895.183 / 0091-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA SN
Sousa

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/696132-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

04/12/2018

CONSUMO

1027

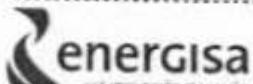
VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 939,76

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINAR AQUI

JUVINA EVANGELISTA DUARTE

Roteiro: 01-177-010-1720

83610000099-7 39760054000-9 06961322018-0 12500177019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
11/12/2018	R\$ 939,76	896132-2018-12-5



04 JAN. 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/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 nº9.613/98.

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 invalidade 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 Paquedas de Lira</u>	Número <u>S/N</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>
Email <u>verasdprat@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 do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elaynne Kelly Martins Fernandes de Oliveira

RG nº 3.050.319, data de expedição 21 / 10 / 14, Órgão SOP/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 Projeta, n511, 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: OG E 7237 /PB

Chassi: 9C2JC4820 ER517766

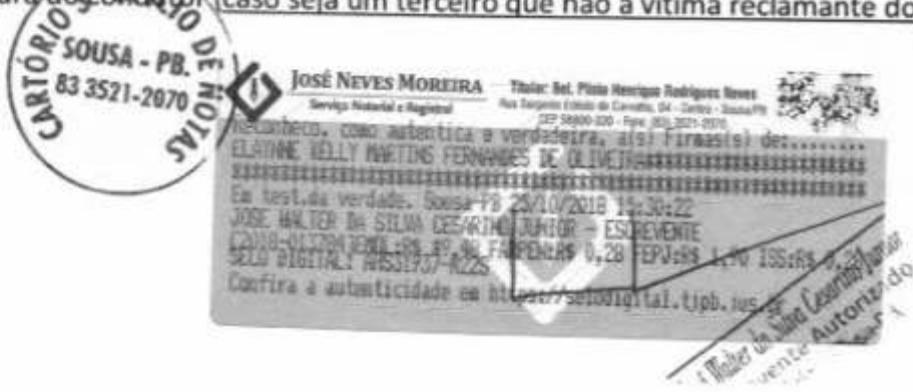
Data do Acidente: 04/10/2018

Local e Data: Sousa PB, 04/03/2019

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



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 800097838

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDERECO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - S/N - GATO PRETO
CEP: 58.800-005 CNES: 250453-7
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA

DADOS DO PACIENTE

NO: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

NAME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

NAME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

NAME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

NAME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

NAME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

NAME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

NAME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

NAME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

NAME: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
SEXO: M DN - IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D
MAE: MARIA DE FATIMA PINTO
NATURALIDADE: SOUSA - PB
CNS: 700009137293200 CPF:

PRONTO: 0603422
RACA / COR: PARRA
OCCUPACAO:

SISPRENATAL:

CARACTER DO ATENDIMENTO

- () - EUTIPO
 () - URGENCIA
 () - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA
 () - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 () - OUTROS TIPOS DE LESÕES OU DANOS/ENFERNAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

- Clínico* **DIAGNOSTICO**
CID - 10
 () - MEDICACAO
 () - PRESCRITA
 () - OBSERVACAO
 () - ENCAMINHAMENTO
 () - RESIDENCIA
 () - INTERNACAO
 () - OUTRO HOSPITAL
 () - OUTROS
 () - APLICADA
 () - OBITO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

10/10/2018

Assinatura dos profissionais assistente(s) - Carimbo

Luz Amorim de Oliveira

Médico

CRM: 4027

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

Elayne KM Oliveira
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA 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 fóvea intercondilar.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais integros.

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

Sinal globular irregular do corno 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 popliteo.
- 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
Medico(a) Radiologista
CRM N° 6089

04 JAN. 2019

As observações feitas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame, atual, 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 18.451.213/0001-03
Dra. Marcelli Cartaxo Neves Berto - CRM 6089 PB
Fone: 83 3522.1900



CENTRO DE IMAGEM

JOSÉ NEVES MOREIRA

PACIENTE: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Nº: 81110

REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

DATA: 04/10/2018

RESONÂNCIA 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 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 definitivo, nem definitivo, nem definitivo. As circunstâncias e circunstâncias e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história.



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 pôstero-lateral sugerindo lesão parcial extensa de sua origem femoral.

04 JAN. 2019

Obs.:

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 malformações pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigações adicionais.

CARTA A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

Sousa/PB,

02 de Abril de 2019.

Sis-DPVAT: 3190012388

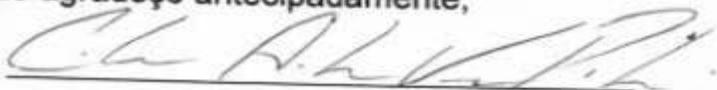
INVALIDEZ

BENEFICIÁRIA: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO
CPF: 056.009.924-08

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP N° 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 verasdpvat@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

03 ABR. 2019

Procurador - Membro da ABEAVT (Associação Brasileira das

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.

RESOLUÇÃO N°. 381/2010

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO n°. 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 208º 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:

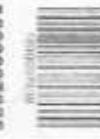
Artigo 1º- O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado, ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou 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, usado recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.**

Atenciosamente, Danyelle Dias Nobre Cartaxo

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



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 8000077838

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDERECO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - SIN - GATO PRETO
CEP: 58.800-005 CNES: 250453-7 CNPJ: 08.771.268/0027-08
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA UF: PB

DADOS DO PACIENTE

NOPE: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

SEXO: M IDADE: 25/05/1983 - 35 A 4 M 14 D RACA / COR: PARDA

MAE: MARIA DE FATIMA PINTO OCUPAÇÃO:

NATURALIDADE: SOUSA - PB SUSPENSAO:

CNS: 700009137293200 CPE: DOCUMENTO:

ENDERECO: RUA - PRINCESA ISABEL - 53 - ESTICHE CONTATO:

MUNICÍPIO: SOUSA CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 251620 DATA: 02/2018 07 40:38 REGISTRADO POR: alexsandra.medalhao

CLASSIFICAÇÃO NAO INFORMADO PESO: TEMPERATURA: PRESSÃO:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Washington de Oliveira Pinto

CARATER DO ATENDIMENTO

- CI - ELETIVO
 OP - URGENCIA
 ON - ACIDENTE AO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA
 OA - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 OT - OUTROS TIPOS DE LESAO OU EGRENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

Clínico

DIAGNOSTICO: CID: 10
ENCAMINHAMENTO

MEDICAGAO
 PRESCRITA
 OBSERVAÇÃO
 INTERNACAO
 OUTRO HOSPITAL

APPLICADA
 ÓBITO
 OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

01/04/2018

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - CARIMBO

Luz Júlio de Oliveira Góes
Luz Júlio de Oliveira Góes
Médico

CRM: 4027

CNS: CRM: CBO:

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Elayne Knepp Alves
Ass. do Revisor Técnico - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data <i>04/04/18</i>	ID da Ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <i>02</i>	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : <i>Hs</i>	Hora de Chegada no Local : <i>Hs</i>
Paciente / Usuário <i>Washington de Oliveira Pinto</i>			Idade <i>35a</i>	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"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro: <i>2 Imbuias Nazaré</i>			Bairro <i>Av. Jose</i>	Médico Regulador <i>Dr. Leônio</i>	
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					
<i>HRS</i>			Destino (Unidade Hospitalar)		
Responsável e Punição (Assinatura e Carimbo)					

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	
Motivo:	Hospital de Origem:	
Responsável:		
Hospital de Destino:		
Responsável:		
CAUSAS EXTERNAS <input 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: <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:		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"/> Drogas <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: *120/70* FC: *70* FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/02: *99%* SpO2 - C/02: _____

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:

USPSC acionada para atendimento de trauma, vítima de colisão carro x moto, e mesma recorreu ao ponto somente quando sentiu dor no fêmur, com risco de fratura, sendo protocolado de B24 e contagiada para HRS.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

SIL

Maryane Nathally S. Lacerda Leandro
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 integros.

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

Sinal globular irregular do corno 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
Medico(a) Radiologista

CRM Nº 6089

As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual, natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem José Neves Moreira Ltda. ME - R. Djalma Gomes de Sá 08 - Praça do Bonfim Jesus - 1º Andar - Centro - Sousa PB
CEP 58.800-150 - Fone: 83 3522.1278 - marcelli.cartaxo.neves@uol.com.br - CNPJ 18.451.213/0001-03

Dra. Marcelli Cartaxo Neves Berto - CRM 6089 PB

Fone: 83 3522.1900



CENTRO DE IMAGEM

JÚLIO 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 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 pôstero-lateral sugerindo lesão parcial extensa de sua origem femoral.

03 ABR. 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 definitivo. Diagnósticos definitivos devem ser feitos por profissionais habilitados. A identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação.



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 pôstero-lateral sugere 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, visto que as alterações são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

881428754

WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

DOC. EMISSOR / ORG. EMISSOR / N.
2634224 SSP PB

CPF / DATA NACIMENTO
056.009.924-08 25/05/1983

PAI / MÃE
ALFREDO DE LIMA PINTO
MARIA DE FÁTIMA
OLIVEIRA PINTO

PERMISSÃO / NCC / CAVIA
AB

NP. REGISTRO / VALIDEZ / 1ª HABILITAÇÃO
04498095268 29/10/2018 11/11/2008

DESCRIÇÃO:

Washington de Oliveira Pinto
ASSINATURA DO PORTADOR

LOGA / DATA EMISSÃO
SOUZA, PB 06/11/2013

Rodrigo Carvalho
ASSINATURA DO EMISSOR
16810463771
PB027368823

DETRAN PB (PARAIBA)

04 JAN 2019



4 JAN. 2019

		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS ESTATUDES	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VEÍCULO CÓD. FERAP/14 1 005.947.073/00 00 00000000		Nº 011373845907 2014/1 100019854-0 FERAP/14 2014	
ELAYANNE RICHTY MIRÍAM FERNANDES			
PLACA 8472377/PB			
FORMAIS 1 06372527393			
PLACA MOTO MCVO 10B 84257492616517466			
ALCO/GASOL. 2013 2014 com hidrocarbonato			
CATEGORIA PAUTIC			
VEREELHA VERIFICAÇÃO 1º VENDE COTAS			
1 IPVA PAGO EM 30/06/2014 2 FÁCIA PIVA 0 3 PREMIO TANQUE DE 0			
2014/09/29 14 2014/09/29 14 2014/09/29 14			
DETTRAN - PB 14303 29/09/2014			
SOUSA - PB 14303 29/09/2014			

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/10/2018

Titular do CPF: WASHINGTON DE OLIVEIRA PINTO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

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