

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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000011714-1

Nr. da Autenticação D65F090B8981742A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

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 intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 20/12/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452990/19

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

CPF: 396.353.764-72

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA : 048.720.414-02

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA : 396.353.764-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
CPF: 048.720.414-02

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 07/08_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 07/08_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

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

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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: **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003518**

Conta: **0000011714-1**

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003518

Conta: 0000011714-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Osório Domingos de Oliveira 6 - CPF: 596.353.764-72
7 - Profissão: trabalhador 8 - Endereço: Sítio Galea 9 - Número: 512 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Rio das Ovelhas 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 58.870-000
15 - E-mail: 183/9.9933-0973 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 5538 CONTA: 11714 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catalão do Rocha 09-12-2019

Osório Domingos de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Elisabete Maria de Souza
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**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: 3190701544
Nome do(a) Examinado(a): Otavio Domingos de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Jaleco, S/N
Area Rural Riacho dos Cavalos PB CEP: 58870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [04/09/2019]
Data local do exame: [07/02/2020] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, ANTIBIOTICOTERAPIA E IMOBILIZAÇÃO. NO DIA 11/09/2019 FOI SUBMETIDO A TOMOGRAFIA DEVIDO A GRAVE ACOMETIMENTO ARTICULAR EVIDENCIANDO FRATURA FRAGMENTADA DA REGIÃO MEDIA EPIFISÁRIA PROXIMAL DA TÍBIA ALÉM DE DERRAME ARTICULAR IMPORTANTE. NO DIA 26/09/2019 FOI REALIZADO FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA COM USO DE PLACA 4.5 MM EM L MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS E PLACA 4.5 MM CONVENCIONAL COM PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA APÓS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

Data da Alta: 27/09/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

- 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:

**ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM
BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°
ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II**

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 seqüela 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 Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 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


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1089/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTO**

Data do fato: **04/09/2019** hora: **19h20min**

Notificante: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, alcunha "****", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Riacho dos Cavalos-PB, nascido em 27/12/1964, documento: CPF Nº 396.353.764-72 RG Nº 983.392-SSP/PB, filho de Jacira Maria de Oliveira e de Sebastião Felipe de Oliveira, endereço: Sítio Jaleco-Zona Rural de riacho dos Cavalos-PB, referência: 83-99833-0973.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **HOMERO PERAZZO FILHO**

Vítima: ***, alcunha "****", Nacionalidade: ***, naturalidade: ***, idade: ** ***, nascido em **/**/****, cor/raça: *****, Estado Civil: *****, Profissão: ***, Escolaridade: *****, documento: ***, filiação: *** e de ***, endereço: ***** ***, referência: ***. Tel/Cel: (**) **;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, em data de 04/09/2019, às 19h20min, conforme ficha de atendimento médico/ambulatorial do Hospital Regional de Catolê do Rocha-PB, onde consta que este notificante foi vítima de acidente com moto, quando conduzia sua moto de marca HONDA/CG 150 TITAN KS, de cor preta, ano/modelo 2009/2009, CHASSI Nº 9C2KC15109R033476, de placas MON-3103/PB, registrada em nome de JANDIVAN CARNEIRO DE ANDRADE, portador do CPF nº 041.861.954-98, pela via urbana de nome Rua do alto situada na cidade de riacho dos Cavalos-PB, foi deixar sua esposa em uma clinica para realizar um sessão de fisioterapia, e no retorno para sua residencia, quando foi surpreendido por um veículo puxando um reboque que atravessou na frente deste notificante onde veio a colidir no reboque senso jogado de cima de sua moto, onde houve uma fratura exposta da perna esquerda em vários locais, sendo socorrido por terceiros para o Hospital Regional de Catolê do Rocha-PB, devido a gravidade do acidente, foi transferido para o Hospital Regional da cidade de Sousa, onde passou por procedimentos hospitalares. Por esse motivo comunica o fato e pede providencias. Nada mais a consignar.

Catolê do Rocha , 13 de novembro de 2019. Às 15:50 horas.

Otavio Domingos de Oliveira

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
José Carlos da Silva Filho
Matrícula: 135.602-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Osório Domingos de Oliveira 6 - CPF: 596.353.764-72
7 - Profissão: trabalhador 8 - Endereço: Sítio Galea 9 - Número: 512 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Rio das Ovelhas 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 58.870-000
15 - E-mail: 183/9.9933-0973 16 - Tel. (DDD): 183/9.9933-0973

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 5538 CONTA: 11714 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catalão do Rocha 09-12-2019

Osório Domingos de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Elisabete Maria de Souza
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



VALTEIA MARQUES DA SILVA OLIVEIRA
ST JALECO, SNV ST JALECO - AREA RURAL
RACHO DOS CAVALCOS / PB CEP: 58910000 (AG 342)

Ligação MONOFÁSICO
CidSec RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 16 - 248 - 487 - 2630 Referência: Out / 2019
Vendedor: W504747723 Emissão: 24/10/2019



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 25 - Estrada Rodoviária, Jd. Pousa / PB - CEP 58071-600
CNPJ: 09.246.112/0001-40 Ins. Est. 16.016.320-0

Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica M001 (170.000)
Cód. para Dis. Automática: 000044479

Acesso: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Out / 2019 24/10/2019 25/11/2019 910.473.684-68

UC (Unidade Consumidora): 5/646487-9

Canal de contato
Barragem e greve e pode mudar. Fiquem atentos ao calendário de vacinação e se previna

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
24/09/19	129	24/10/19	195		67	30
Demonstrativo						
CC - Consumo		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cota	Ala. Isonomia
0501 - Consumo em kWh		77,000	2,775796	213,77	25	12,39
0501 - Adic. B. Vendedor				0,73	25	0,18
0501 - Adic. B. Vendedor				1,15	35	0,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0507 - CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA		13,50	0,00	0	0,00	0,00
0504 - JUROS DE MORA 09/2019		0,35	0,00	0	0,00	0,00
0405 - MULTA 09/2019		0,30	0,00	0	0,00	0,00
0501 - REST. BANDO AMAR. RESIDENCIAL 09/2019		-0,22	0,00	0	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL
Tarifa de Fretos 0,545400

Medida utilizada (kWh) 39

VENCIMENTO 31/10/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 68,51

Histórico de Consumo (kWh)
Out19 Nov19 Dez19 Jan19 Feb19 Mar19 Abr19 Mai19 Jun19 Jul19 Ago19 Set19

RESERVADO AO FISCO
b1c1.e28e.c45c.f3fc.eceb.dcc8.b4c4.f9e4

Indicadores de Qualidade - 9-2019 - Camê 201909			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DC MENSAL	11,89		
DC TRIMESTRAL	23,18		
DC ANUAL	46,36		
FC MENSAL	7,87		
FC TRIMESTRAL	15,34		
FC ANUAL	20,49		
CMC	6,79		
CMC	16,60		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesa de Cust. de Energia (R\$)	14,40	21,17
Consumo de Energia	19,00	27,74
Serviço de Transmissão	2,15	3,14
Serviço de Distribuição	2,15	3,14
Impostos Diretos e Encargos	30,66	44,74
Custos Serviços	0,00	0,00
Total	68,51	100,00

Valor em R\$ (R\$ 10/2019) 148,507

ATENÇÃO

• Leitura confirmada

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 07877 923172 8 805900000008851
PAGADOR: VALTEIA MARQUES DA SILVA OLIVEIRA - CPF: CNPJ: 910.473.684-68
ST JALECO, SNV ST JALECO - AREA RURAL - RACHO DOS CAVALCOS - PB

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CLEMILDA MARIA DE SOUS,

RG nº 002.309.898, data de expedição 10/07/2019, Órgão SSP/RN,

CPF Nº 048.720.414-02, 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 AUSTOR GONÇALVES DINIZ
Número	445
Apto / Complemento	CASA
Bairro	TANCREDO NEVES
Cidade	CATOLÉ DO ROCHA
Estado	PARAIBA
CEP	58884-000
Telefone de contato	(83)9.9936-1763 / 9.9833-0973
E-mail	jadrianomaia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CATOLEÉ DO ROCH-PB 05 / 10 / 2019

Assinatura do Declarante: Clemilda Maria de Sousa

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABWEB/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 Clemilda Maria de Sousa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.720.434 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marcelo Domingos de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 396.353.764 / 72
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcelo Domingos de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 396.353.764 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: não informada Renda: 0.00 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 Cláudio Gonçalves Lima</u>	Número: <u>445</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>Imaculado Coração</u>	Cidade: <u>Catalão da Rocha</u>	Estado: <u>Pernambuco</u>
E-mail: <u>-</u>		CEP: <u>58.884-000</u>
		Tel.(DDD): <u>(83)9.9833-0973</u>

Local e Data: Catalão da Rocha - 09 / 12 / 2019

Clemilda Maria de Sousa

Assinatura do Declarante

 GOVERNO DA PARAÍBA 	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
---	--	--

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, RG: Nº 983.391 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Jaleco – Riacho dos Cavalos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Carlos Antônio de S. Nunes - CRM/9764, no dia 04 de Setembro de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto (colisão x com reboque), foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen R. Monteiro
 Diretora Geral
Giula Darllen de Freitas Raimalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 05 de Dezembro de 2019.

66

UF: PB

OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Sexo: M

Cidade: **RIACHO DOS CAVALOS - PB - 58870-000 - 2512804**

Num.:
Fone: (83)9996-9113

CNS 700-0090-4244-0907

Identidade:

Data / Hora: 04/09/2019 19:36:41

Recepcionista: JAQUIRÍA DE O. LIMA

Ficha Número: 93857

31634

SPO2: _____ FC: _____ TEMP: _____ HGT: _____ PA: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

started writing Accounts
into my ledger. After
500000000 can write to me II,
for a better building

② $x = \frac{1}{2} \ln 2$
 ③ $\ln 2 = \frac{1}{2} \ln 4$
 ④ $\ln 2 = \frac{1}{2} \ln 4$
 ⑤ $\ln 2 = \frac{1}{2} \ln 4$

CARÁTER DO ATENDIMENTO	
☐ 01 - ELETIVO	☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA	
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO	
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	

PROCEDIMENTO Descrição _____

DIAGNÓSTICO Do e evento

CID-10

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

RESIDENCIA

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

OBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS, CÓDIGO / PROCEDIMENTO

330106006-1

[illegible]

Dr. Carlos Roberto de A. Nogueira
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos
Médico

CPF: 034.332.804-60

Medico / Cmm / Cns

CBO

CARLOS ANTONIO DE SOUSA NUNES - 9764-PB - 703-6060-4149-5135

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polaygar Direito

[illegible]

MAT.: 134. 455

Nome: Cláudio Domingos de Oliveira Bloco: 1 Apt.: 1 Leito: 1
Data: 27/12/69 Est. Civil: solteiro Resp.: Valter do Pina Alpinista
Pais: Petro Jolico Cidade: Rio de Janeiro Estado: PR
Médico Assistente: Dr. Diego Clínica: América Paralela
Data de Internação: 05/09/70 19 Peso: 70 Temperatura: 36,6 P.A.: 120/80

AMNESE:

Queixa Principal:

Dor em Joelho E.

História da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente motociclistico dia 04/09/69
a 18h. Tendo trauma em joelho esquerdo.
Requerendo de dor local e impossibilidade
de andar e carga etc.

Exame Físico:

BEG, Glasgow 15
NVC.
edema + 1+ joelho E.
flutuação.
Sutura em g. proximal tibia E.
curativo seco - negro.
Tolo inguim podalica

Diagnóstico:

Tratamento:

FRATURA PUNTO TIBIAL E. (Exposto).
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Manoel S. S. S. S.
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 40942 REG. 15149



HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Marino Domingos de Oliveira Idade: 54a Cor: Enfermeiro: 03 Leito: 02 Categoria: Urologia

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
02/08/2013	1) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	2) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	3) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	4) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	5) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	6) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	7) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	8) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	9) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	10) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	11) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	12) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	13) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	14) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	15) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	16) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	17) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	18) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	19) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	20) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	21) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	22) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	23) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	24) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	25) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	26) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	27) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	28) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	29) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel
02/08/2013	30) Depto. Geral	13h	Depoimento do Sr. Manoel

Dr. Antonio Carlos de Brito
MÉDICO - CRM 212
DIO 053441888

Dr. Manoel Gonçalves de Abranches
MÉDICO - CRM 212
DIO 053441888

HRS

Nome do Paciente

Otávio Dainger de Oliveira

Nº Promissório

134455

Data Operação

06/09/19

Enf.

Leito

Operador

David Braga

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

Railla

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Futuro exposto placa tibial @

Tipo de Operação

LMC + FG

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visível

- Punção e DOR
- Insuflação e anti-sépsis
- Aposição de Campos Sabres
- Linfex exortativo em Cloroxido degerato + 5% 0,9%
- Aposição de fixador externo transarticular
- Linfex
- Curativos

Dr. Daniel B. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9248

Hospital

HRS

Nome do Paciente

Otávio Domingos de Oliveira

Nº Prontuário

134455

Data Operação

26/9/19

Enf.

Leito

Operador

Dr. TIAGO

1.º Auxiliar

Dr. DIEGO

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Dr. Albert

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

fratura exposta platô tibial @.

Tipo de Operação

osteossintese platô tibial @.

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

SIM

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pelo DORP requerimentos

Anestesia e antiespasmódico

gerente HSE.

Ficou com duplo vórtice @ 1 metro

Redução da fratura e fixação el. de

placa lateral e medial.

estabilização

Sutura do T. posterior @ - tinteiro

Sutura do T. anterior

Sutura periplaca

Retirada de material

Ant. coágulo m. f. f.

Dr. Diego S. Santiago
Traumatologia
15149

Relatório Médico

Paciente **Otavio Domingos de Oliveira**, 55 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x reboque) no município de Riacho dos Cavalos- PB no dia 04/09/2019 com BO de número 1089/2019.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura exposta no platô tibial esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a limpeza + procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em ossos do joelho esquerdo com redução + fixação com colocação de fixador externo por um período de 20 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada do fixador externo + colocação de fixação com 01 placa de titânio + parafusos metálicos e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 20 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 20/01/2020.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Joelho esquerdo apresenta múltiplas cicatrizes extensas localizado na face anterior do mesmo (Cicatrizes do fixador externo + acesso cirúrgico), edema residual muito importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, ausência de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia no MIE. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do joelho esquerdo.

Sousa, 22.01.2020

Dr^a **Luiziane Lira N. Fontes**

Médica
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

Do exposto, concluo que há limitação em 75% da capacidade funcional do MSD + hemitorax direito. Considerando comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

Sousa, 22.01.2020

Dr^a Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/PE 8445
Luiziane Lira Nobre Fontes
CRM: 8445 - PE

 GOVERNO DA PARAÍBA SEGUE o trabalho	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÊ DO ROCHA DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
--	--	--

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, RG: N° 983.391 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Jaleco – Riacho dos Cavalos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Carlos Antônio de S. Nunes - CRM/9764, no dia 04 de Setembro de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto (colisão x com reboque), foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen R. Monteiro
 Diretora Geral
Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolê do Rocha – PB, 05 de Dezembro de 2019.



ESTA 'O DA PARAIBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLÉ DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL



Vivir o Trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA

UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Mae: JACIRA MARIA DE OLIVEIRA

Nascimento: 27/12/1964 Idade: 54 Cor: PARDA

Profissao: SITIO JALECO Num.: Fone: (83)9996-9113

Endereco: ZONA RURAL

Cidade: RIACHO DOS CAVALOS - PB - 58870-000 - 2512804

CNS: 700-0090-4244-0907 Identidade: Reg. Nasc: Recepcionista: JACQUIRIA DE O. LIMA

CPF: Data / Hora: 04/09/2019 19:36:41 Ficha Número: 93857 31634

SPO 2: FC: TEMP: HGT: PA:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMARIO)

paciente vítima acidente.
mto era loquaz. Apresenta
escoriações com áreas e urticária,
que é edematoso e doloroso.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - Eletivo 02 - Urgência CARÁTER DO ATENDIMENTO
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO Que é edematoso / doloroso

CID-10

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO	
☐ 1. PRESCRITA	☐ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐ INTERNAÇÃO
☐ 2. APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO									
1 -	030106006-1								
2 -									
3 -									

CPF: 034.332.804-60

Médico / Crm / Cns CARLOS ANTONIO DE SOUSA NUNES - 9764-PB - 703-6060-4149-5135

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

Ass. Revisor Técnico - carimbo Ass. Revisor Administrativo - carimbo

Nome: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
04/09/19	19:40	Paciente admitido neste setor hospitalar, vítima de acidente de moto (colisão com reboque que estava parado) com fratura e ferimento contuso no joelho (E). Foi realizado limpeza, Raio X, sutura e curativo e medicado CPM. Em seguida foi liberado pelo médico.	Thaís S. Lima ENFERMEIRA COREN/PA 1736

Therapeutics T.S. Cirima
ENFERMIA
COREMIA, TIA

[illegible][illegible]

MAT: 134. 455

Nome: Cláudio Domingos de Oliveira Bloco: 1 Apt.: 1 Leito: 1
Data: 27/12/69 Est. Civil: solteiro Resp.: Vitor Hugo do Prado Oliveira
Pai: Pitris Jurego Cidade: Riocho das Faveiras PB Est.: PB
Médico Assistente: D. Duro Clínica: Capitania Ortopédica
Data de Internação: 05/09/70 Idade: 19 Sexo: M Temperatura: 36,6 P.A.: 100/60

AMNESE:

Queixa Principal:

Dor em joelho @

História da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente motociclistico dia 01/09/70
às 18h. Tendo fratura em joelho esquerdo.
Apresentando dor local e impossibilidade
de andar e carregar peso.

Exame Físico:

BEC, Glasgow 15

NVC

edema + 1+ joelho @.

flic femur.

Sutura em g. proximal tibia @.

Cicatrizado - segue.

Tolo. inguim podalica

Diagnóstico:

Tratamento:

FRATURA PLATÔ TIBIAL @. (Exposto).

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Cláudio S. S. S. S.
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 40542 RCLT 15149



Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Márcio Oliveira da Moura Idade: 54a Cor:
 Enfermaria: 03 Leito: 02 Categoria: Ulipediária

[illegible]

H 125

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Otávio Damascos de Oliveira		134455	
Data Operação	Enf.	Leito	
06/09/19			
Operador	1.º Auxiliar		
David Braga			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		Instrumentador
Anestesiista	Tipo de Anestesia		
Rafaela			
Diagnóstico Pré-Operatório			
fratura exposta platô tibial @			
Tipo de Operação			
LMC + FE			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Visão de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- Pericóteo e DOR
- Anestesia e anti-sépsis
- Aposição do campo rotatório
- Linfeja exortativa cu Clarexide cloroxato + SF0,9%
- Aposição de fixador externo transarticular
- Linfeja
- Curativos


 Dr. Daniel B. Cavalcanti
 CRM-PA 3248
 Otorrinolaringologista e Traumatologista

Hospital

HRS

Nome do Paciente

Otávio

Domingos de Oliveira

Nº Prontuário

134455

Data Operação

26/9/19

Enf.

Leito

Operador

Dr. TIAGO

1.º Auxiliar

Dr. DIEGO

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestésista

Dr. Albert F.

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA exposta platô tibial @.

Tipo de Operação

Fotossutura platô tibial @.

Diagnóstico Pós Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Atm

SIM

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pele DOMP Roquiromentis

Anestesia e antiseptico

garnete ASE.

Fracura em duplo vto sulco @. 1 mto

Dificuldade por placas

Redução da fratura e fixação el. de

placa 1 mto e medula

estabilizada

Sutura do T. potel @ - tinto ru

Ligam. Fo.

Sutura por placas

Sutura infer

Retirado garnete

An. curativo mto

Dr. Diego S. Santiago
Especialista em Traumatologia
CRP 15149



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 002.309.898 DATA DE EMISSÃO 10/07/2019

NOME CLEILDA MARIA DE SOUSA

FILIAÇÃO RAIMUNDA MARIA DE SOUSA

NATURALIDADE CATOLE DO ROCHA PE

DATA DE NASCIMENTO 19/05/1979

CPF 045.729.414-02

RG 02148 RS-6625

DECLARAÇÃO DE ORIGEM CATOLE DO ROCHA PE-CARTEIRO UNICO CARTORIO

3a. VIA

Origem: Zonas Insulares da Serra

Carteira Nº 7.116 DE 8.000.000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - II

POLEGAR DIREITO

Assinatura: Cleilida Maria de Sousa

ASINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 20/12/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Marzio Domingos de Oliveira CPF: 396.353.764-72
RG: 983.392 Orgão Emissor: SSP/PB
Nacionalidade: 27.12.64 Est. Civil: Casado Profissão: adquiridor
Endereço: 5110 Jafco Nº 312
Bairro: Zona Rural Cep: 58.870-000 Cidade/UF: Riacho dos Cavalos/PB
Telefone: (83) 9.9833-0973 (83) 9.9936-1762 ()

OUTORGADO:

Nome: Clemilda Maria de Sousa CPF: 048.720.434-02
RG: 1002.309.898 Orgão Emissor: _____
Nacionalidade: 19-05-1999 Est. Civil: consorciada Profissão: Beneficiária
Endereço: Rua das Flores Nº 445
Bairro: Conceição Cep: 58.884-000 Cidade/UF: Riacho dos Cavalos/PB
Telefone: (83) 9.9936-5962 (83) 9.9833-0974 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Marzio Domingos de Oliveira
CPF: 396.353.764-72 Data do Acidente: 04/09/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Riacho dos Cavalos 03-12-2019
Local e data

Marzio Domingos de Oliveira
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL
& REGISTRAL



Selo Digital AJI94524 - UOEF

Consulte a autenticidade em:

<https://selodigital.tpb.jus.br>

Conheço a(s) Firma(s) sem de
Olavio Bonimigos de Oliveira
por Autenticidade dou fé
Riacho dos Cavalos 03 12 de 2019
Em Teste (afirmo) da verdade
Maria de Fátima Feltosa Vaz

OFICIALA

Maria de Fátima Feltosa Vaz

Oficiala do Registro Civil

Riacho dos Cavalos-PB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452990/19

Número do Sinistro: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

CPF: 396.353.764-72

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 04/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
CPF: 048.720.414-02

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA