

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160584      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALVES SOUSA      **Data do acidente:** 21/09/2016      **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ACORDO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160584  
Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Cidade: Itabaiana  
Data do acidente: 21/09/2016

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ALINHADA DO PLATO TIBIAL À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA Perna DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PEQUENA ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+/+4), JOELHO EM GENO VALGO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.  
ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140°. AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°  
ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 75°. AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 15/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160584      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALVES SOUSA      **Data do acidente:** 21/09/2016      **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

**CRM:** 5234195-7

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Nelma de Oliveira Martins Freitas".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160584  
Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Cidade: Itabaiana  
Data do acidente: 21/09/2016

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: INDEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, FOLHA DE CIRURGIA SE FOR O CASO E EXAMES DE IMAGEM MOSTRANDO A LESÃO E COM A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

---

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE ALVES SOUSA

**Nº Sinistro:** 3180160584

**Vitima:** JOSE ALVES SOUSA

**Data do Acidente:** 21/09/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180160584**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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**



---

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES SOUSA

Sinistro: 3180160584

Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Data do Acidente: 21/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180160584** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

00040954

Carta nº 12662447

---

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ALVES SOUSA**

Nº Sinistro: **3180160584**

Vitima: **JOSE ALVES SOUSA**

Data do Acidente: **21/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180160584**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



---

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ALVES SOUSA**

Nº Sinistro: **3180160584**

Vitima: **JOSE ALVES SOUSA**

Data do Acidente: **21/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180160584**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

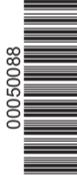
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



---

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ALVES SOUSA**

**Sinistro:** **3180160584**

**Vítima:** **JOSE ALVES SOUSA**

**Data do Acidente:** **21/09/2016**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180160584** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

116.855.905-78

Nome completo da vítima

JOSE ALVES SOUSA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>JOSE ALVES SOUSA</b>	CPF titular da conta <b>116.855.905-78</b>	Profissão
Endereço <b>TRAVESSA LAURINDA MARIA MENDONÇA</b>	Número <b>53</b>	Complemento
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>ITABAIANA</b>	Estado <b>SERGIPE</b>
Email <b>Pruseila.net19@hotmail.com</b>	CEP <b>49.500-000</b>	Telefone (DDD) <b>(79)99992-9033</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

- CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <b>0565</b>	D/V <b>013</b>	CONTA NRO. <b>96916</b>	D/V <b>0</b>
--------------------------------	-------------------	-------------------------------	-----------------

(Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome <input type="text"/>	NRO. <input type="text"/>
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
CONTA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ITABAIANA-SE, 22 de FEVEREIRO de 2018

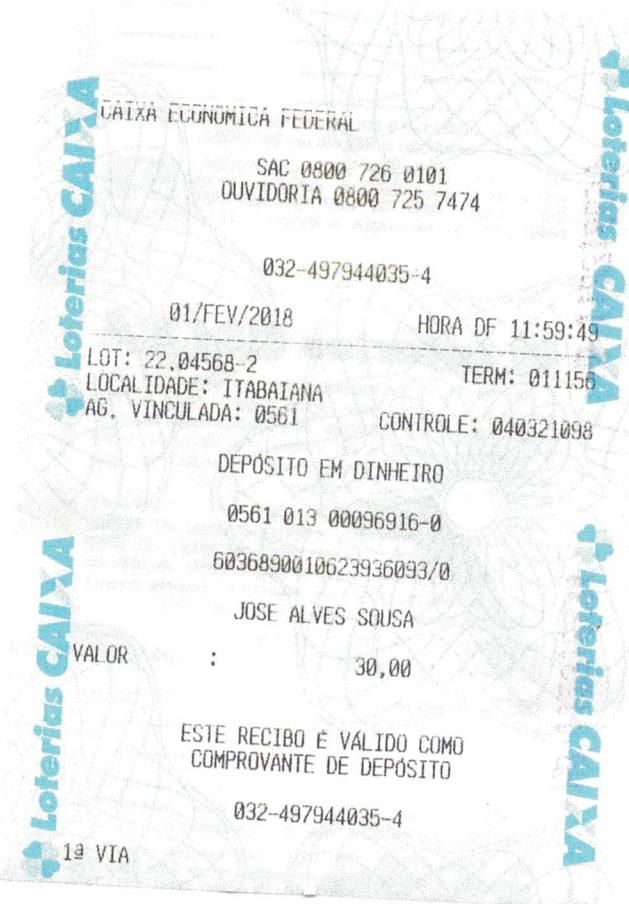
Local e Data

Izoré Alves Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

05 ABR 2018



**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: 3180160584  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Alves Sousa  
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Laurinda Maria Mendonca, 53 Casa A  
Centro Itabaiana SE CEP: 49500-972  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 213.727  
Data local do acidente: [ 21/09/2016 ]  
Data local do exame: [ 15/08/2018 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA ALINHADA DO PLATOU TIBIAL À DIREITA.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 02 MESES NA FRATURA ALINHADA DO PLATOU TIBIAL**

**Complicações: JOELHO EM GENO VALGO, BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO**

Data da Alta: 23/09/2019

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA Perna DIMINUIDA (++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PEQUENA ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+/+4), JOELHO EM GENO VALGO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.**

**ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140°. AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°**

**ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 75°. AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°**

- 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:

**DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

**(X) 50% médio**  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

**( ) 50% médio**  75% intensa  100% completo

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)

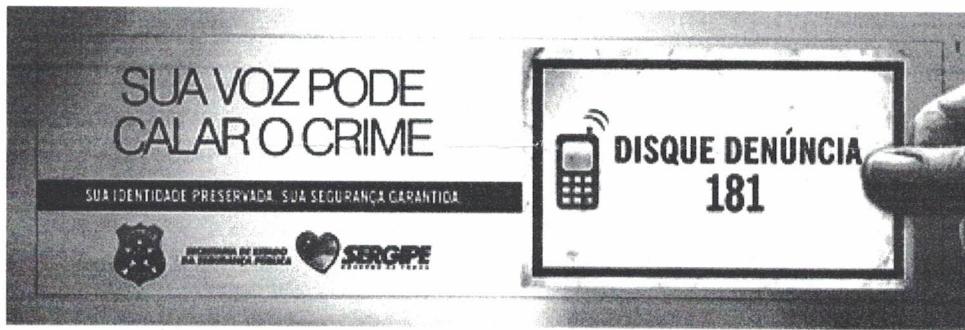
Carimbo com Nome e CRM

*Manoel Otacilio Nascimento Junior*

Manoel Otacilio Nascimento Junior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827



05 ABR 2018



## DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE ITABAIANA

CENTRO FONE:() 3431-2810

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/06552.0-003879

---

### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE ITABAIANA

Endereço: CENTRO FONE:() 3431-2810

---

### FATO

Data e Hora do Fato: 21/09/2016 - 16:30 até 21/09/2016 - 17:00

Endereço: JACKSON DE FIGUEIREDO Número: Complemento: CEP: 49500-000

Bairro: CENTRO Cidade: ITABAIANA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE ITABAIANA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: NENHUM

---

### VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSÉ ALVES SOUZA

Nome do pai: ANTÔNIO DOMINGOS DE SOUZA Nome da mãe: MARIA ALVES DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 116.855.905-78 RG: 2137275 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 04/09/1951 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: comerciante Estado civil: Viúvo Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: Travessa Laurinda Maria Mendonça Número: 53 Complemento: centro

CEP: 49.500-000 Bairro: centro Cidade: ITABAIANA UF: SE

Proximidades: a transed-tranportadora Telefone: 99034778/91183661

---

### HISTÓRICO

O noticiante relata que na data, local e horário informado, estava caminhando para atravessar a rua quando uma motocicleta lhe atropelou, no momento do acidente, o rapaz que estava pilotando a motocicleta não prestou socorros. O noticiante foi levado para o hospital regional Doutor Pedro Garcia Moreno, pois, o atropelamento lesou o seu joelho, deixando o mesmo de repouso por 90 dias. O noticiante não conseguiu anotar o número da placa da motocicleta. B.O. efetuado a fim de DPVAT.

---

Data e hora da comunicação: 05/10/2017 às 09:11

,Ultima Alteração: 05/10/2017 às 09:11.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

JOSE ALVES SOUZA  
Responsável pela comunicação

P/ Beatriz da R. Santos  
Jose Carlos da Silva  
Responsável pelo preenchimento

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*JOSE ALVES SOUSA*

CPF da Vítima

*136-855-905-78*

Data do Acidente

*21/09/2016*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
--------------------------------------	----------------------------

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*ITABAJANA-SE, 22 de FEVEREIRO de 2018*

Local e Data

*Jose' Alves Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# ATO DECLARATORIO

05 ABR 2018

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 415733 DATA: 21/09/2016 HORA: 17:06 USUARIO: JPEREIRA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSE ALVES SOUZA  
IDADE: 65 ANOS NASC: 04/03/1951  
SEXO: M  
RECO.: TRV LAURINDA MARIA MENDONCA  
ELEMENTO.: CASA BAIRRO: CENTRO  
ORIGEM: ITABAIANA UF: SE CEP.: 49500-000  
PAI/MAE: ANTONIO LIMA SOUZA /MARIA ALVES DE JESUS  
CONSAVEL.: A FILHO TEL.: 0799990347  
ALICENCIAS: ITABAIANA - CENTRO - SE 71  
ACIDIMENTO.: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.: NAO  
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMENES complementares: [x] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

EXPLICAÇÃO DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

Tiveu nojinho de vok. d dr +  
e deu

## NOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Tiveu nojinho de vok. d dr +

### PRESRICAO

### HORARIO DA MEDICACAO

Re Juliez 27-09-16  
TAIA frs my  
Meu nome prenomen abt

DATA DA SAIDA: 21/09/16

HORA DA SAIDA: 17:00

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[ ] INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

### TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

BLOCO [ ] ATÉ 48HS [ ] APÓS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PACI.

José da Cunha Souza

Assinatura

ASSINATURA E CARTIMBO DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica . : Nº 000.815.786



05 ABR 2018

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/252174-8

## DADOS DO CLIENTE

JOSE ALVES SOUZA  
TRAV LAURINDA MARIA MENDONCA 53 CASA A  
ITABAIANA

REFERÊNCIA

FEV/2018

APRESENTAÇÃO

01/02/2018

CONSUMO

81

VENCIMENTO

08/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 64,65

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

JOSE ALVES SOUZA

Roteiro: 01-030-010-1430

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/02/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
08/02/2018	R\$ 64,65	252174-2018-02-4

05 ABR 2018

APASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

- DO BE: 415733 DATA: 21/09/2016 HORA: 17:06 USUARIO: JPEREIRA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: JOSE ALVES SOUZA DOC...: 00  
65 ANOS NASC: 04/09/1951 SEXO...: MASCULIN  
NOME.....: TRV LAURINDA MARIA MENDONCA NUMERO: 53  
ENDERECO.....: CASA BAIRRO: CENTRO  
MUNICIPIO....: ITABAIANA UF: SE CEP...: 49500-000  
NOME PAI/MAE.: ANTONIO LIMA SOUZA /MARIA ALVES DE JESUS  
RESPONSAVEL...: A FILHO TEL...: 0799990347  
PROCEDENCIA...: ITABAIANA - CENTRO - SE 71  
ENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
ACO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
ACO TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

[ ] X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMENES ADICIONAIS: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

DETITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

Trauma no fêmur esq. d dr +

E destr.

NOTACOES DA ENFERMAGEM:

AGNOSTICO: <i>Fratura fêmur esq. d dr +</i>	PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
<i>2º dia</i>	<i>TAU friso</i>	<i>Depo Regime medicament</i>

DATA DA SAIDA: 21/09/16

HORA DA SAIDA: 17:00

RA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

TRANSFERENCIA NO proprio HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

LEITO [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

*Caio de Cunha Souza*

*José Gleison Junes Mota*  
*CRM: 11.111*  
*Sp. de Traumatologia*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARENBO DO MEDICO

05 ABR 2018



**Dr. Adelino Carvalho Neto**  
CREMSE 161  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

**RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL.**

( SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T.)

Decorrente de acidente de transito em 21/09/2017

JOSÉ ALVES SOUZA sofreu fratura dos ossos da perna direita A NIVEL DO PLANALTO TIBIAL ( tibia e fíbula) , cominutiva articular e com grande deslizamento dos fragmentos fraturarios CID10- S 82.1.

Tratado na clinica ortopédica e fisioterapica.

Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com prejuízo para a integridade física do paciente.

Das sequelas:- Consolidação viciosa da fratura da tibia em valgo, desnivelamento da linha articular por amassamento da metáfise esponjosa. Artrose grave do joelho direito, atrofia muscular do membro inferior com perda de força, incapacidade permanente para atividades atléticas, marcha longa, estação bipeda prolongada.

Aracaju, 28 de fevereiro de 2018

Adelino Carvalho Neto - Medico perito

*adeline carvalho*  
Adelino Carvalho Neto  
ORTOPEDISTA  
CREMSE 161

12 JUN 2018



**Dr. Adelino Carvalho Neto**  
CREMSESE 161  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

**RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL.**

**( SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T.)**

Decorrente de acidente de transito em 21/09/2017

JOSÉ ALVES SOUZA sofreu fratura dos ossos da perna direita A NIVEL DO PLANALTO TIBIAL ( tibia e fíbula) , cominutiva articular e com grande deslizamento dos fragmentos fraturarios CID10- S 82.1.

Tratado na clinica ortopédica e fisioterapica.

Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com prejuízo para a integridade física do paciente.

Das sequelas:- Consolidação viciosa da fratura da tibia em valgo, desnivelamento da linha articular por amassamento da metáfise esponjosa. Artrose grave do joelho direito, atrofia muscular do membro inferior com perda de força, incapacidade permanente para atividades atléticas, marcha longa, estação bipeda prolongada.

Aracaju, 28 de fevereiro de 2018

Adelino Carvalho Neto - Medico perito

*adilne carvalho*  
Adelino Carvalho Neto  
ORTOPEDISTA  
CREMSESE 161

12 JUN 2018

joelha

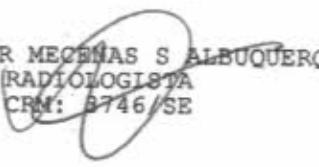
Paciente : JOSE ALVES SOUSA  
Convênio : AMB - ITABAIANA  
Protocolo: 1130587 / 1  
Exame : JOELHO (AP C/CARGA) DIREITO

Idade : 65 anos  
Página: 1  
Data : 21/09/2016

Redução da densidade mineral óssea.  
Fratura longitudinal no côndilo lateral tibial.  
Demais estruturas ósseas integras.  
Espaços articulares conservados.  
Partes molessem alterações.

Atenciosamente,

Drº. VICTOR MEDEIROS S ALBUQUERQUE  
(RADIOLOGISTA)  
CRM: 8746/SE



17 JUL 2018

## RELATÓRIO

O Sr. José Silveira Souza Jr.  
nascido neste clínico, p/  
mim, em 11/10/116, preen-  
cheu história clínica  
Tributário de São Paulo -  
moto placa (SC), sem  
acidentes e tratamentos  
anterior, com histórico gene-  
tico. Atualmente não des-  
creve sintomas e momentos  
de pânico, apreende cons-  
isteira e desvio, condigo  
em mente superior.

CEN. SKL

ITD 17/6/18

Fábio França

OBS: ESTE RECEITUÁRIO NÃO PODE SER USADO COMO RECIBO  
Matriz: Av. 13 de Junho, 695 - Tel: (79) 3421.5000- Itabuna/SE  
Filial: Rua Simplicio Francisco de Souza, 202 - Tel.: (79) 3411-3200 - 99856-0015  
Nossa Senhora da Glória-SE  
[www.semedclinicaehospital.com.br](http://www.semedclinicaehospital.com.br)

Audiometria  
Cirurgia Convencional  
Colpositologia  
Consultas Médicas  
Densitometria Óssea  
Ecocardiograma  
Eletrocardiograma Computadorizado  
Eletroencefalograma Digital  
Espirometria  
Fisioterapia  
Hemodiálise  
Holter

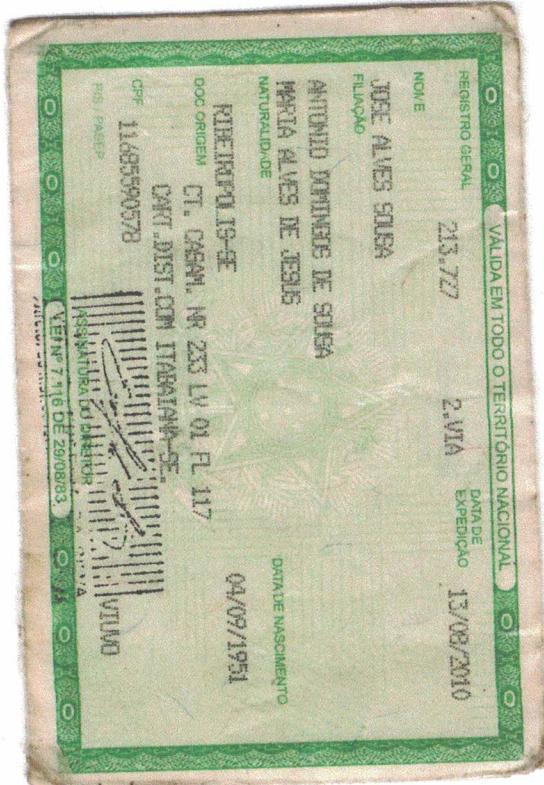
Internamento (Adulto e Infantil)  
Laboratório de Análises Clínicas  
Laparoscopia  
Mamografia de Alta resolução  
Mapa

Peniscopia  
Raio X Simples e Contrastado  
Duplex-Scan Vascular  
Teste Ergométrico Computadorizado  
Tomografia Computadorizada  
Ultrassonografia com Doppler Color

Ultrassonografia 3D  
Urodinâmica  
Video Colposcopia  
Video Endoscopia Digestiva  
Cirurgia video-laparoscópica  
Colangeopancreatografia  
Histeroscopia  
Retossigmoidoscopia flexível

Video-colonoscopia  
Video-rinolaringoscopia  
Urodinâmica  
Densitometria óssea  
Tomografia computadorizada(multislice)  
Ressonância magnética  
Eco endoscopia

05 ABR 2018



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160584  
Vítima: JOSE ALVES SOUSA

Cidade: Itabaiana  
Data do acidente: 21/09/2016

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: INDEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO, COM EXAMES DE IMAGEM RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANÇA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO, RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160584      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALVES SOUSA      **Data do acidente:** 21/09/2016      **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ALINHADA DO PLATO TIBIAL À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA Perna DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PEQUENA ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+/+4), JOELHO EM GENO VALGO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.  
ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140°. AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°  
ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 75°. AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 15/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# 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: 22/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALVES SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 00000096916-0

---

Nr. da Autenticação 76D9DA0EB86FAB26