PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame médico pericial: Vitima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

CPF: 666.640.554-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ROBERTO DOS SANTOS : 666.640.554-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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**

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180480418**
Vitima: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **14/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180480418.**

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

Pag. 00473/00474 - carta_01 - INVALIDEZ
00020237

Carta nº 13482915

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180480418**
Vitima: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **14/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180480418**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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** 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

Pag. 00643/00644 - carta_03 - INVALIDEZ
00020322

Carta nº 13496183

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

Sinistro: **3180480418**
Vítima: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **14/08/2018**
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 3180480418** 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** 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

Pag. 00961/00962 - carta_02 - INVALIDEZ
00060481

Carta nº 13676508

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro 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 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 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 com 16 ou 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	Nome completo da vítima
	666.640.554-49	JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
JOSE ROBERTO DOS SANTOS		666.640.554-49	MOTO BOY
Endereço RUA		**Número**	**Complemento** CASA
Bairro	**Cidade** JABOATÃO	**Estado** PE	**CEP**
Email			**Telefone (DDD)** 81 99634-5863

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

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00 ☐ 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1232	7	0059460	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
AGÊNCIA NRO.	D/V	**CONTA** NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(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.

JABOATÃO, 10 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

x José Roberto dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Scanned by CamScanner

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC
DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0109005316

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/08/2018** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2018** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1** - Bairro: **CENTRO** - **IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO HOSPITAL DE IPOJUCA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (CACHORRO) (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ROBERTO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE ROBERTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GELSICLIADA SILVA SANTOS** Pai: **JOSE EUGENIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/10/1973** Naturalidade: **JABOATAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3834844/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares:
- **81986184777**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MURIBECA DOS GUARARAPES (BAIRRO), 35, 1ª TRAV FLOR DO MILHO CASA "A" - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIMAL (CACHORRO) (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **INESISTENTE** Pai: **INESISTENTE** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA DE MARCA HONDA MOD TITAN 150CC DE PLACA PEI 4832 DE COR AZUL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEI4832** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE: TRABALHA COMO MOTOTAXI A FREQUENTEMENTE FAZ UMA VIAGEM COM UM CLIENTE PARA A CIDADE DE IPOJUCA, NO REFERIDO DIA QUANDO A VITIMA JÁ ESTAVA VOLTANDO POR VOLTA DAS 17:30H, EM UMA VIA PROXIMO O HOSPITAL DE IPOJUCA, DE FORMA REPENTINA UM ANIMAL (CACHORRO) PASSOU EM SUA FRENTE VINDO A VITIMA JUNTAMENTE COM SEU CLIENTE DE NOME ALDO, QUE ESTAVA NA GARUPA A BATER NO ANIMAL SE DESEQUILIBRANCO A CAINDO SOFRENDO A VITIMA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, E SEU CLEINTE SO ESCORIAÇÕES A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE ESTAVA PASSANDO PELO LOCAL ATE A UNIDADE HOSPITALAR MAIS PROXIMA DE FOI PARA A UPA DE IPOJUCA EM SEGUIDA TRANFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS AGUARADANDO VAGA PARA CIRURGIA QUE SO FOI RALIZADA NA SANTA CASA DE MISERICORDIA, SEM MAIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSE ROBERTO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WILSON CÍCERO DE SOUZA - MAT. 273675-6** - Matrícula: **273675-6**

Imprimir

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
JOSE ROBERTO DOS SANTOS	666.640.554-49	14/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	**Telefone (DDD)**

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.

SABOATÃO 10 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

José Roberto dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01232-7

CONTA: 000000059460-1

Nr. Autenticação

BRADESCO191220180500000000002370123200000005946084375 PAGO

CTC RECIFE PE PL3
JOSE ROBERTO DOS SANTOS
R MARIA HELENA 160
CAJUEIRO SECO
54330-610 JABOATAO DOS GU - PE

720903653979621000000002983028051 8

Scanned by CamScanner

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 796371 **Prontuário:** 506948

Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Data Nasc.: 10/10/1973 **Idade:** 44 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:**
Endereço: RUA FLOR DO MILHO **Nº:** 35
Bairro: GUARARAPES **Cidade:** JABOATAO DOS GUARARAPES **Estado:** PE
CEP: 54325670 **Fone:** 558186184777 **Celular:**
Acompanhante: **Profissão:**
Nome da Mãe: GELSILIA DA SILVA SANTOS
Nome do Conjuge:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOF Notificado pelo NEP 13/08/18

2 - ATENDIMENTO **Data:** 15/08/2018 02:15 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PACIENTE COM DOR NO PUNHO DIREITO, APÓS QUEDA DE MOTO HOJE.

Exame Físico: PA:____ FC:____ FR:____

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, COLABORATIVO, ACIANÓTICO

PUNHO DIREITO: EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

Diag. Provisório: FRATURA RÁDIO DISTAL (D)

INTERNAMENTO

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13445 / CRM: 17991

Prescrição:

Dieta: _____

Data		Horário

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 OUT 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

23.08.18

IPOJUCA

FORMULÁRIO PARA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM	Nº PRONTUÁRIO: Gazeta Bras	UNIDADE DE DESTINO	UPA Ipojuca SENHA:
NOME:	José Roberto dos Santos	IDADE:	45a
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	Ortopedia		

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Fratura em cabeça de Radio direito
Após queda de Moto, Nega TCE
A Outras Associações em Membro Inferior
Solicito Avaliação da Ortopedia, se necessário
Solicito Simba p/ Trans. HOF 5491109

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	NOME E CARIMBO: Dr. Marcos Lins CRM-PE 23660	DATA: ___/___/___	HORA (Fechado): Fechado
UNIDADE MÓVEL:	( ) SAMU ( ) AMBULÂNCIA	( ) UTI MÓVEL	
OBSERVAÇÃO	necessita de tratamento cirúrgico ortopédico de HOF	Caio Henrique Pina Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 22.51[illegible]	PROFISSIONAL RECEPTOR

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 OUT 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **MANCHESTER_V2**

15/08/2018 02:21

Nome Paciente:	JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Cód. Paciente:	506948
Data de Nascimento:	10/10/1973
Sexo:	Masculino
Idade:	44
Senha:	FN0004
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	796371

15/08/2018 02:21 - PRISCILAFC - COREN: 318381 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **VERDE - POUCO URGENTE**

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO Ó COM HISTÓRICO DE QUEDA DE MOTO, NO FINAL DA TARDE DE HOJE.
SEGUNDO ENCAMINHAMENTO, HOUVE FRATURA EM CABEÇA DE RADIO/ULNA.
FOI MEDICADO NO HOSPITAL DE ORIGEM.

Observação: NEGA HAS E DM.
NEGA ALERGIA.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: -

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 OUT 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Acolhido(a) por: PRISCILAFC
Data: 15/08/2018 02:21

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS | Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Joni Alves

CLÍNICA: | ENF.: | LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
1/08/18		# ANTEBRAÇO INV - ① Fx cominutiva proximal de ulna D Pq fx de ulna e rádio Se internação
1/08/18		Enfermagem Paciente evoluiu c/ BEG, consciente, orientado, respirando em A.A. Refere dor no MD - Fx prox. radio distal D Aq - Lgo Motiva
17/08/18		S/ intercorrências Aguardo leito no Ortopedia
17/08/18		Paciente evoluiu com BEG, regular, consciente, orientado, respirando, deambulando, sem intercorrências. Segue aos cuidados

Dr. George Rocha
Ortopedia/Traumatologia
CRM 15896 TEOT 1537

Ana Thayssa
Enfermeira
Coren PE 435149

Dr. Thiago Oliveira de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 16482
TEOT: 12.158

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 OUT 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

003-HGOF

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente: José Roberto Dos Santos

Vítima de acidente de trânsito no dia 20 de Agosto de 2018, apresentando diagnóstico de fratura da extremidade distal do rádio. Apresenta os seguintes sinais: Sensibilidade local, dor a palpação e ao movimentar, déficit de ADM e de força, edema, rigidez articular.

Restrição de movimentos: flexão, extensão e rotação.

Com ênfase principal em: cinesioterapia + eletroterapia.

Espera do tratamento: eliminação do quadro álgico e ganho de ADM.

Conduta adotada: cinesioterapia + eletroterapia.

(20) sessões de fisioterapia

Raiza Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 234946-F

Recife, 13 de Setembro 2018

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 OUT 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

SANTA CASA
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3600 | E-mail: ssa-cgia@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Reg.: 598006 **Pront.:** 1142971
Sexo: Masculino **Dt. Nasc.:** 10/10/1973 **Idade:** 44
Conv.: RETAGUARDA GETULIO **Admissão:** 20/08/2018 10:21 **Alta:** 23/08/2018 09:18

Admissão:

FRATURA EM PUNHO DIREITO POR TRAUMA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal	S52.5	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	20/08/2018 10:21	23/08/2018 09:18	3 dia(s)

Orientação:

1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA COM 08 DIAS , AS 07:00H (MARCAR ANTES);
2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRURGICA;
3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA;
5) REALIZAR RAIO-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO.

Condição de Alta: Melhorado **Tipo de Alta:** Médica

Médico Responsável: Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Cirurgia da Mão
Traumato - Ortopedia
CRM 17.884 - SBOT 13.576

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 OUT 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

SANTA CASA
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

PRESCRIÇÃO FISIOTERAPIA

NOME: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
DATA: 29/08/2018

Prescrevo:

MARCAR EM POSTO DE SAÚDE

Fisioterapia: __20___ sessões.

CID: S525 + M256

Obs:

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1568 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | E-mail: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Reg.: 598006 **Pront.:** 1142971
Sexo: Masculino **Dt. Nasc.:** 10/10/1973 **Idade:** 44
Conv.: RETAGUARDA GETULIO **Admissão:** 20/08/2018 10:21 **Alta:** 23/08/2018 09:18

Admissão:

FRATURA EM PUNHO DIREITO POR TRAUMA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal	S52.5	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	20/08/2018 10:21	23/08/2018 09:18	3 dia(s)

Orientação:

1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA COM 08 DIAS , AS 07:00H (MARCAR ANTES);
2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRURGICA;
3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA;
5) REALIZAR RAIO-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO.

Condição de Alta: Melhorado **Tipo de Alta:** Médica

Médico Responsável: Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Cirurgia da Mão
Traumato - Ortopedia
CRM 17.884 - SBOT 13.576

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 OUT 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:
15/08/2018	15/08/2018

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:
José Roberto dos Santos

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE
Fratura de pádio D

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)
- tratamento cirurgico (osteossintese c/ placa/parafuso + placa)

ALTA MÉDICA? [X] SIM [ ] NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [ ] SIM [X] NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[ ] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

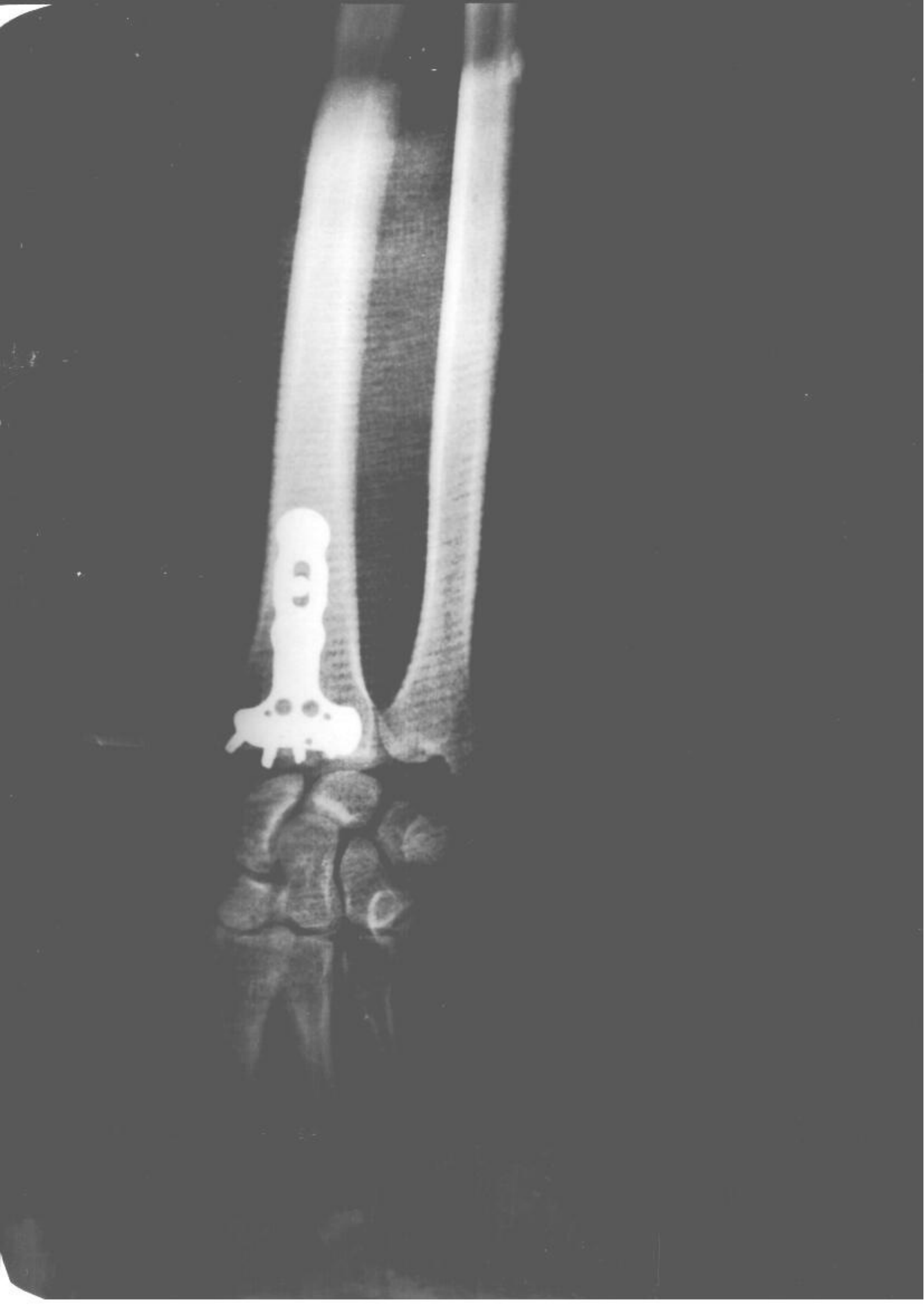
[V] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

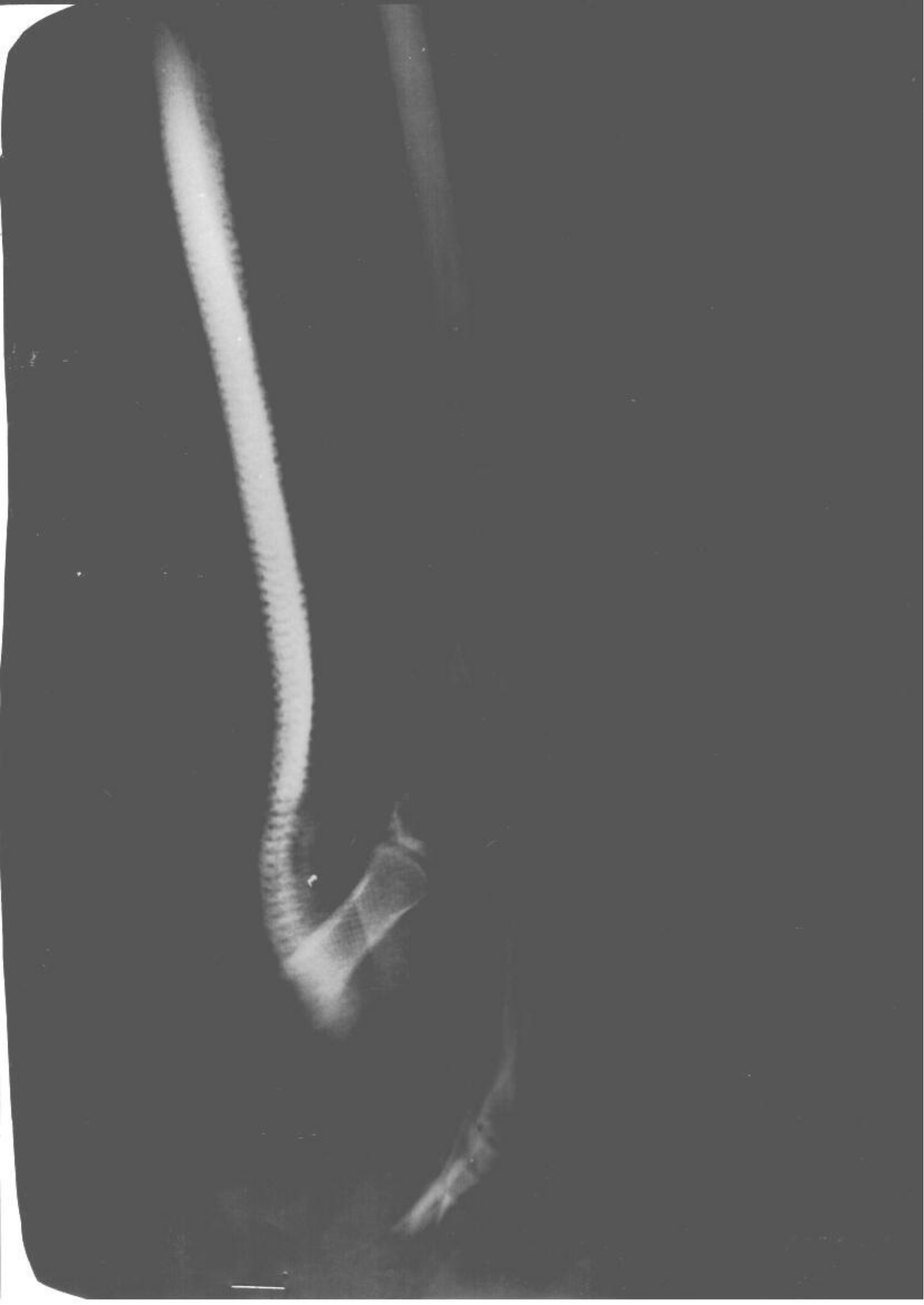
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

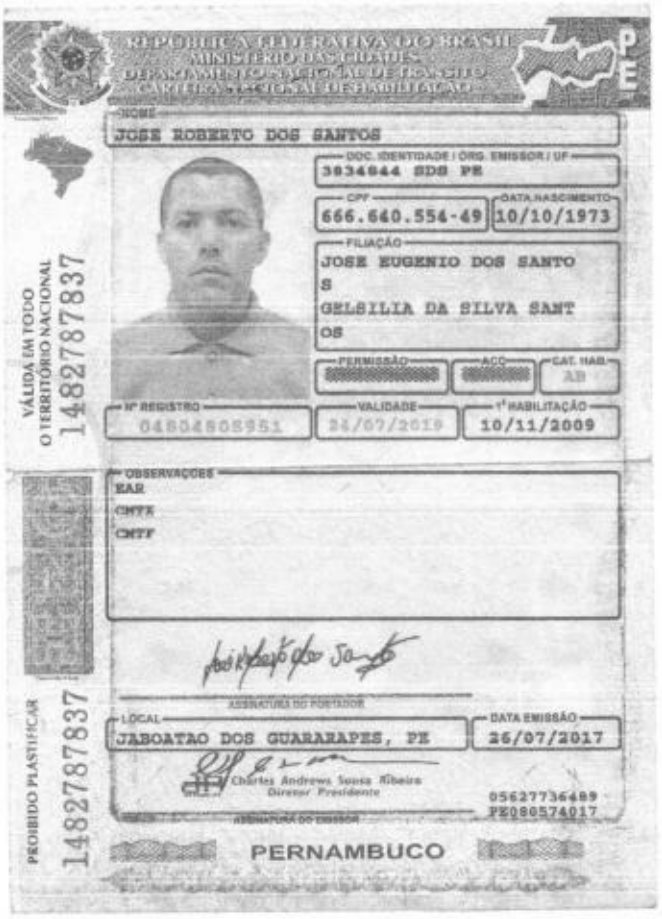
SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO	
1º	dor local + deficit de força e de mobilidade - 100%
2º	—
3º	—
4º	—
5º	—

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 15/08/18 A 23/08/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Dr. Jorge Araújo Pontes
Clínico Geral
Mat. 2325381 - CRM: 6.200







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

PE

NOME
JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3934944 SDS PE

CPF
666.640.554-49

DATA NASCIMENTO
10/10/1973

FILIAÇÃO
JOSE EUGENIO DOS SANTO
S
GELSILIA DA SILVA SANT
OS

PERMISSÃO | ACC | CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04804805951

VALIDADE
24/07/2019

1ª HABILITAÇÃO
10/11/2009

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTX
CMTF

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JABOATAO DOS GUARARAPES, PE

DATA EMISSÃO
26/07/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

05627736489
PE080574017

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482787837

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482787837

INVOICE DAM 5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE

Nº 013726662390

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SMTX - TP Nº 145

VIA	COD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO
1	454405847	**********	2018

NOME

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

JAB GUARARAPES-PE 0

CPF / CNPJ	PLACA
666.640.554-49	PEI4832

PLACA ANT / UF	CHASSI
******* /PE	9C2KC1660CR527913

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA/MOTO-TAX	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN EX	2012	2012

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	ALUGUEL	AZUL

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA 2018 QUITADO		1ª ********
		2ª ********
FAIXA / RVA.	PARCELAMENTO / COTAS	3ª ********
1	**********	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA POSSUIDOR: - JOSE ROBERTO DOS SANTOS

LOCAL	DATA
JAB GUARARAPES	04/01/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013726662390 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

0

JAB GUARARAPES-PE	EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 04/01/18

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	666.640.554-49	PEI4832

RENAVAM	MARCA / MODELO
454405847	HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB.	CAT. DAR.	Nº CHASSI
2012	09	9C2KC1660CR527913

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180480418
Nome do(a) Examinado(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria Helena, 160 - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP 54330-610
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 3834944 - sds-pe - 26/07/2017
Data e Local do Acidente : 14/08/2018 - Ipojuca, PE
Data e Local do Exame : 13/12/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
fratura de radio distal direito

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
vitima com cicatriz cirurgica, bloqueio artcular do punho direito, com flexão a 50 graus, extensão a 40 graus, deficit de força leve. Sem prejuizo no movimento de preensão

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
limitação de grau leve do punho direito, com bloqueio articular

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 (*).

	Vide motivo do impedimento no campo das observações
( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias	( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal punho direito % do Dano ( ) 10% residual (X) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo	Região Corporal _____ % do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo
Região Corporal _____ % do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo	Região Corporal _____ % 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 a valoração do dano corporal.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame médico pericial: Vitima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Número do Sinistro: 3180480418

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

CPF: 666.640.554-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA