

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10338805

A/C: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170024510 ASL-0003452/17
Vítima: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 09/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10354859

A/C: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3170024510 ASL-0003452/17
Vítima: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 09/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10449651

A/C: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3170024510 ASL-0003452/17
Vítima: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 09/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 0000046825-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Erivelton da Silva Nascimento

PORTADOR(A) DO RG Nº 20074483549

EXPEDIDO POR SSP - CE

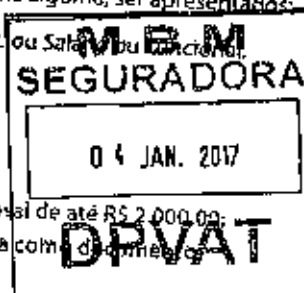
EM 01 / 02 / 10 E

CPF 057469403-95 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO PEÇUEIRO
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Erivelton da Silva Nascimento. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou benefício;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de cócligo de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46825-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Vitor de de novembro de 2016
LOCAL E DATA

Erivelton da Silva Nascimento
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

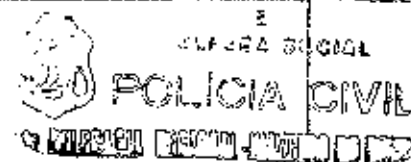




BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 16837 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/12/2016 09:52:27**
Data / Hora da Ocorrência: **09/08/2015 00:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LEÃO SAMPAIO**
Complemento:
Bairro: **NÃO INFORMADO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A IB CAR**



Notificante(s)

Nome: **ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO**
Nascimento: **17/12/1991** CPF: **057.469.703-95**
RG: **20076483549** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO**
RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA FREI IRIAPINA, 210**
Bairro: **PILO XII**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 98842-1558**



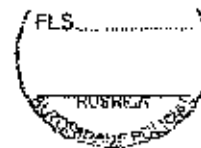
Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORY1642** UF: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **BC2KC16700R401313** Renavam: **544714369** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O declarante, advertido das penalidades previstas nos arts. 340 e 342 do CPB, sendo de sua responsabilidade as informações declaradas no presente procedimento, informou que na data e hora acima mencionadas, estava conduzindo a motocicleta descrita acima, de sua propriedade, na avenida Leão Sampaio, próximo à IB CAR, em Juazeiro do Norte/CE, quando foi atingido por um carro que vinha atrás de sua motocicleta, vindo a cair ao chão, e sofrer escoriações em seu braço e sua perna esquerda, afirmando ainda que lesionou o joelho esquerdo. Que foi socorrido pelo SAMU, conforme cópia de certidão emitida pela assessoria executiva do órgão, tendo sido encaminhado ao Hospital Regional do Cariri, em Juazeiro do Norte/CE, local onde veio receber atendimento médico. Que no prontuário médico oriundo do Hospital Regional foi informado que o declarante teve escoriações em face e joelho DIREITO, no entanto, segundo o mesmo, as lesões foram em seu joelho ESQUERDO, tendo inclusive anexado cópia de uma retificação de prontuário, emitida pelo já mencionado hospital informando que o membro afetado por escoriações foi o joelho esquerdo. Que estava sozinho na moto, sem ninguém na garupa, tendo sido a única pessoa que se machucou no acidente. Que REJIANE MARIA MENDES DOS SANTOS é sua agenciadora e está lhe ajudando a dar entrada no seguro DPVAT. Que é devidamente habilitado, já possuindo CNH na época do acidente. Que foi informado que será expedida guia de exame de corpo de

Erivelton da Silva Nascimento



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 16837 / 2016

delito. E nada mais disse. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Layana Carvalho
LAYANA CARVALHO LUCAS - MAT.: 300656-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Erivelton da Silva Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A):

CÍCERA DE JESUS SANTOS ARAUJO - MAT.: 198465-1-1X

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

E
DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Erivelton da Silva Nascimento, portador da carteira de identidade nº 20074483549 e inscrito no CPF/MF sob o nº 057.469.703-93, residente e domiciliado na R. Fri Ibiapina 210 - P.O. XII, Cidade Juazeiro do Norte Estado Ceará, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Erivelton da Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte 25.11.2016

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO Admissão: 09/08/2015 01:21
Pront.: 5853 Data Nasc.: 17/12/1991 Idade: 24 ano(s) 11 mes(es) e 6 dia(s) Tel.: 88 88265590
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO
Sexo: Masculino RG: 20074483549 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP Bairro: PIO XII
Endereço: RUA FREI IBIAPINO 210

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador FRANCISCO FÁBIO AMARO FERREIRA Horário 09/08/2015 01:26
Queixa: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFIRINDO DOR EM MIE E FACE
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: Mecanismo de trauma significativo
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: LUCAS MACHADO GOMES DE PINHO PESSOA CRM: 18045 Nº: 278345 Horário 09/08/2015 01:46
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR EM UM ACIDENTE DE TRANSITO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA E COM COLAR CERVICAL APOS ACIDENTE DE MOTO. PACIENTE REFERE NÃO RECORDAR DE TODO O ACIDENTE E REFERE QUE O CAPACETE SAIU DE SUA CABEÇA

A= VIAS AEREAS PERVIAS

B= TORAX COM BOA EXPANSÃO SEM ABAULAMENTOS OU RETRAÇÕES

C= PA 140X80MMHG HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

D= PIFR, CONSCIENTE ORIENTADO, ECG=15

E= ESCORIAÇÕES EM FACE E JOELHO DIREITO SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

CD= SOLICITO RADIOGRAFIAS DO TRAUMA

MBM
SEGURADORA

04 JAN. 2017

DPVAT

Data: 09/08/2015 19:40 ALTA

Dra. Daisy M. Mendes
Médica Cirurgã
CRM CE 151538

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
09/08/2015 01:26:00	TRAUMA MAIOR	Mecanismo de trauma significativo	LARANJA	FRANCISCO FÁBIO AMARO FERREIRA

Conprovação do ato declaratório

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
HEMOGLOBINA => REX (0202020304) AMB	09/08/2015 01:53	Sim	Cancelado
RX TORAX PA (0204030170)	09/08/2015 01:53	Sim	Realizado
RX BACIA RA (0204060095)	09/08/2015 01:53	Sim	Realizado
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	09/08/2015 01:53	Sim	Realizado
HEMATOCRITO => REX (0202020371)	09/08/2015 01:53	Sim	Cancelado
GRUPO SANGUINEO (ABO) (0202120023)	09/08/2015 01:53	Sim	Cancelado
TC COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE (0206010010)	09/08/2015 01:58	Sim	Realizado
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	09/08/2015 01:58	Sim	Realizado
RX PERNA E AP/P (0204060168)	09/08/2015 01:59	Sim	Realizado
RX PE E AP/OBLIQ (0204060150)	09/08/2015 01:59	Sim	Realizado
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	09/08/2015 01:59	Sim	Realizado

PRESCRIÇÃO

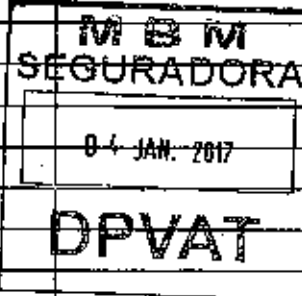
Médico: JONAS ALMEIDA DOS SANTOS

CRM

13506

09/08/15 11:23

Prescrição	Horário:
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV DE 8/8H SE DOR NÃO CEDER COM DAPIRONA	
PLASIL 2:18 AD IV 8/8H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
DAPIRONA 2:18 AD IV 6/6H	
SF0,9% 1500ML IV 24H	
DIETA ORAL ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM	
AVALIAÇÃO ORTOPEDIA APOS RADIOGRAFIAS	
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV DE 8/8H SE DOR NÃO CEDER COM DAPIRONA	
PLASIL 2:18 AD IV 8/8H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
DAPIRONA 2:18 AD IV 6/6H	
SF0,9% 1500ML IV 24H	
DIETA ORAL ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM	

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

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: 27/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000046825-4

Nr. da Autenticação DCA0C48D85723EA7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Erivelton da Silva Nascimento

RG nº 70074483549, data de expedição 01/02/10, órgão SSP-CE

CPF nº 057.469.703.95, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Frei Ibiapina</u>
Número	<u>210</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pio XII</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63020-250</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3570-0398 / (88) 99779-2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE, 25/11/16

Assinatura do Declarante: Erivelton da Silva Nascimento



[illegible]

Russ Padre Valdivia, \$50

CPF: 07.047.257/0001-70 CGF: 05.105.848-2

Q. WERE YOU IN THE FLIGHT CAMP AT THE TIME OF THE
BOMBING OF THE AIRCRAFT CARRIER?

Rota 06 13000 24 315600 - 6 Data de Emissão 442527393
 Nome MARTA LUCIA DE OLIVEIRA 13/10/2015

Nome MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO
End. Postal

End. Postal MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO
RU FRI IBIAPINA 00210 63020-7
PIO XII - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor 1346984

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Poste 0000 B15%
RG / CPF / CNP? 744997503-34 Fator de Potência 0,00

Nome do Respondente

Nome de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letura	Observações
01/2016	13/10/2016	12/11/2016	<p>1. A escola no meio da obra, Conjunto JACELINO DO NORTE</p> <p>Ata 130/2016</p>

Anexo de Cálculo (R\$)			Parâmetros Individuais			Aproximação Individual		
	Alíquota	Valor da Imposta	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
144,56	27,08%	39,01	5,67	18,15	20,39	0,00	0,00	0,00
			3,23	5,47	12,35	0,00	0,00	0,00
144,56	27,08%	39,01	2,95			0,00		

Lat. Angle	Const.	Comp. Lat.	Comp. Long.	Total Dist. (NM)	Miles (SM)
32° 30'	1.985	1.00	2.00	3.00	1.40
					1.60
					1.70
					1.80
32° 16'	1.985	1.00	2.00	3.00	1.40
					1.60
					1.70
					1.80

VALOR CONSUMO DO MES	12/18
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	103,67
MULTA HORATORIA REF 09/2016	11,04
JUROS DO MES	2,55
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	1,67
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	27,24
	2,79

MEM
SEGURADORA
04 JAN. 2017
DPVAT



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO Admissão: 09/08/2015 01:21
 Pront.: 5853 Data Nasc.: 17/12/1991 Idade: 24 ano(s) 11 mes(es) e 6 dia(s) Tel.: 88 88265590
 Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO
 Sexo: Masculino RG: 20074483549 Município: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP: Bairro: PIO XII
 Endereço: RUA FREI IBIAPINO 210

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador FRANCISCO FÁBIO AMARO FERREIRA Horário 09/08/2015 01:26
 Queixa: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFIRINDO DOR EM MIE E FACE
 Fluxograma: TRAUMA MAIOR
 Discriminador: Mecanismo de trauma significativo
 Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: LUCAS MACHADO GOMES DE PINHO PESSOA CRM: 16045 Nº: 278345 Horário 09/08/2015 01:46
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR EM UM ACIDENTE DE TRANSITO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA E COM COLAR CERVICAL APOS ACIDENTE DE MOTO. PACIENTE REFERE NÃO RECORDAR DE TODO O ACIDENTE E REFERE QUE O CAPACETE SAIU DE SUA CABEÇA
 A= VIAS AEREAS PERVIAS

B= TORAX COM BOA EXPANSÃO SEM ABAULAMENTOS OU RETRAÇÕES

C= PA 140X80MMHG HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

D= PIFR, CONSCIENTE ORIENTADO, ECG=15

E= ESCORIAÇÕES EM FACE E JOELHO DIREITO SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

CD= SOLICITO RADIOGRAFIAS DO TRAUMA

ALTA

Data: 09/08/2015 19:40

Dra. Daisy M. Meneses
 Médica Cirurgã
 CRM-CE 16536

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
09/08/2015 01:26:00	TRAUMA MAIOR	Mecanismo de trauma significativo	LARANJA	FRANCISCO FÁBIO AMARO FERREIRA



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
HÉMOGLOBINA => REX (0202020304) AMB	09/08/2015 01:53	Sim	Cancelado
RX TÓRAX PA (0204030170)	09/08/2015 01:53	Sim	Realizado
RX BACIA RÁ (0204060095)	09/08/2015 01:53	Sim	Realizado
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	09/08/2015 01:53	Sim	Realizado
HEMATOCRITO => REX (0202020371)	09/08/2015 01:53	Sim	Cancelado
GRUPO SANGÜÍNEO (ABO) (0202120023)	09/08/2015 01:53	Sim	Cancelado
TC COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE (0206010010)	09/08/2015 01:58	Sim	Realizado
TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079)	09/08/2015 01:58	Sim	Realizado
RX PERNA E AP/P (0204060168)	09/08/2015 01:59	Sim	Realizado
RX PE E AP/OBLIQ (0204060150)	09/08/2015 01:59	Sim	Realizado
RX FÊMUR E AP/P (0204060117)	09/08/2015 01:59	Sim	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico: JONAS ALMEIDA DOS SANTOS

CRM

13506

09/08/15 11:23

Prescrição	Horário:
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV DE 8/8H SE DOR NÃO Ceder COM DIPIRONA	
PLASIL 2:18 AD IV 8/8H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
DIPIRONA 2:18 AD IV 6/6H	
SF0,9% 1500ML IV 24H	
DIETA ORAL ZERO ATE SEGUNDA ORDEM	
AVALIAÇÃO ORTOPEDIA APOS RADIOGRAFIAS	
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV DE 8/8H SE DOR NÃO Ceder COM DIPIRONA	
PLASIL 2:18 AD IV 8/8H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
DIPIRONA 2:18 AD IV 6/6H	
SF0,9% 1500ML IV 24H	
DIETA ORAL ZERO ATE SEGUNDA ORDEM	

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

RETIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIO

PACIENTE: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO - PRONTUÁRIO: 5853

DATA DO ATENDIMENTO: 09/08/2015 - 01h21min.

ATENDIMENTO REALIZADO PELO MÉDICO ASSISTENTE NA OCASIÃO INFORMA QUE O PACIENTE ACIMA CITADO APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE E JOELHO DIREITO SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO.

ESTE RELATÓRIO MÉDICO RETIFICA O BOLETIM DE ATENDIMENTO INICIAL DE 09/08/2015 INFORMANDO QUE O MEMBRO AFETADO POR ESCORIAÇÕES FOI O JOELHO ESQUERDO. PACIENTE PERMANECEU NESTA INSTITUIÇÃO SOB CUIDADOS MÉDICO E DE ENFERMAGEM ATÉ AS 19h40min.

JUAZEIRO DO NORTE-CE

08/12/2016

Dra. Daicy C. Menezes -
Médica Cirurgã
CRM-CE 16.836



SOPRAFA

Sociedade de Promoção e Assistência à Família

HOSPITAL GERAL DE MISSÃO VELHA

Av. José Dantas, 2103 - CEP: 63.290-000 - Missão Velha - Ceará

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Segurado Enivalter de Silva
Nesamuto portador da Carteira Profissional nº
Série.....Necessita de 03 (03) dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo de doença.....
Transtorno.....C.I.D. 5068

H. G. M. S.
Hospital ou Ambulatório

23/08/2015
Hospital ou Ambulatório

Edmundo
Clínico Geral 2488
Ass. do Médico - CRM N°



NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14-03-67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Modelo 011



ESTADO DO CEARÁ

Prefeitura Municipal de Juazeiro do N

SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Enivalter de Silva
mento portador da Carteira F
Série.....Necessita de 03
.....) dias de afastamento do trabalho a partir d
motivo de doença Ruptura de menisco
C. D. I. 583.2 / 583.5

Juazeiro do Norte - CE, 08/10

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501, de 14 de março d expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do



ESTADO DO CEARÁ

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte

SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado ERIVELTON DA SILVA

CINQUEAS portador da Carteira Profi

Série _____ Necessita de 08

_____ dias de afastamento do trabalho a partir desta
motivo de doença _____

C.D.I. 580.0

Juazeiro do Norte - CE, 31 de 08

Dr. Francisco Manoel
Otorrinolaringologista
CRM 10466

Carimbo e Assinatura do Médico - [

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no /
RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501, de 14 de março de 15
expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do tra

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: ERIVELTON DA SILVA

Nascimento

FOI ATENDIDO(A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO POR 7 DIA(S)

DE SUAS ATIVIDADES PROFÍSSIONAIS.

M B M
SEGURADORA

04 JAN. 2017

DPVAT

Francisco Manoel Celso
Otopedia
TEOT 17272
CRM-CE 10140 / CRM-PE 16420

JUAZEIRO DO NORTE(CE), 09 DE agosto de 2015

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM



**Hospital
Santo Antônio**
Uma nova vida começa aqui

NOME: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO – 23 ANOS
EXAME: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO
DATA: 31/08/2015
CONVÊNIO: CRESUS JUAZEIRO

RESSONANCIA MAGNETICA DO JOELHO ESQUERDO

Historia clínica: Paciente refere trauma automobilístico, com edema e dificuldade de deambular e dores frequentes.

Detalhes técnicos:

Foram obtidas imagens multiplanares do joelho esquerdo, em aparelho de campo aberto, nas sequências T1, T2*, STIR e densidade protônica, e na sequência pesada em T2 no plano sagital oblíquo com especial interesse para o ligamento cruzado anterior.

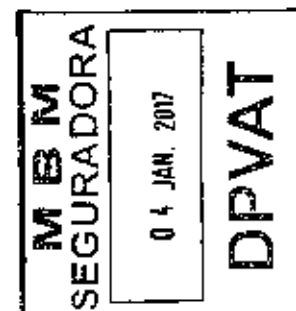
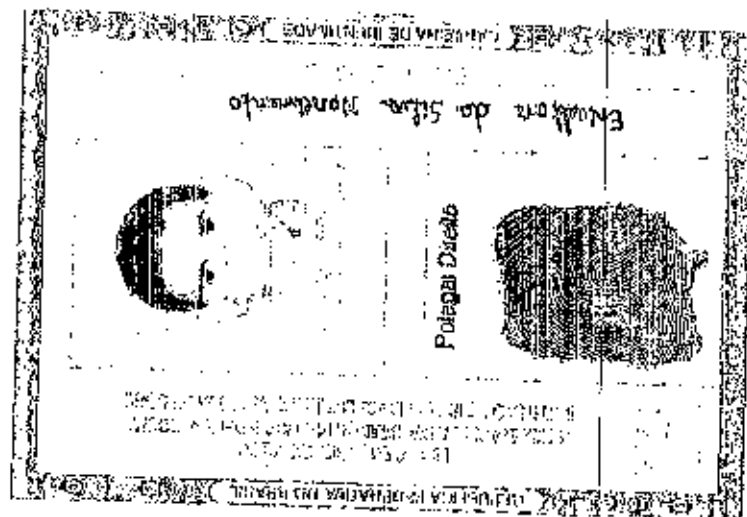
Relatório:

Edema da medular óssea no ápice da patela e no côndilo tibial antero-medial por contusão óssea.
Presença de sinal irregular no corno posterior do menisco interno e no corno anterior e posterior do menisco externo o qual se estende às superfícies meniscais, compatível com lesão.
Ruptura do ligamento cruzado anterior.
Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.
Tendão do quadríceps e patelar com intensidade de sinal normal.
Ausência de derrame articular significativo.
Volumosa coleção extra-articular de sinal heterogêneo em todas as sequências, com provável conteúdo hemático, localizada na região antero medial do joelho e medindo cerca de 6,3 x 2,6 x 8,6 cm.
Fossa poplíteia sem alterações significativas.


CARIZIA SAMPAIO SARAIVA
MÉDICA
CRM-CE 10013



HOSPITAL SANTO ANTÔNIO
Av. Paulo Maurício, S/N - B. Santo Antonio - CEP: 63180-000 - Barbalha - CE
CNPJ: 41.343.187/0004-56 | Fones: (88)3532.7700 - 3532.3700 - Fax: (88)3532.7720



RG		DATA DE EMISSÃO	
2007448354 - 9		01/02/2010	
NOME			
ENIVALTON DA SILVA NASCIMENTO			
FILHO DE			
RAIMUNDO MONATO DO NASCIMENTO			
MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO			
NASCIMENTO EM		DATA DE NASCIMENTO	
JUAZEIRO DO NORTE - CE		27/02/1991	
EXC. DIRIGIR			
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MARACÓS FERRO: 37800 FOLHA: 299			
LIVRO: 36 JUAZEIRO DO NORTE - CE			
P. 98			



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **057.469.703-95**

Nome da Pessoa Física: **ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO**

Data de Nascimento: **17/12/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/02/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:12:22** do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0882.AF59.521D.CBD8**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **030.026.784-30**

Nome da Pessoa Física: **ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **28/05/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/12/1996**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:13:01**: do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **FC3D.BB05.D775.45EF**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CE Nº 012459592029

PRT 01 00544714369 00000000000 2016

ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

JUAZEIRO DO NORTE /CE

05746970395

DRY1643/CE

702 9E2KC1670DR491313

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/CB 150 FAN ESI 2013 2013

2P/ODV/149CC

PARTIC

VERMELHA

1	*****	*****	*****
P	*****	*****	*****
V	*****	*****	*****
A	*****	*****	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04

JUAZEIRO DO NORTE 09/05/2016

CE Nº 012459592029 BILHETE DO SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 09/05/2016

VIA 01 05746970395 DRY1643

00544714369 HONDA/CB 150 FAN ESI

2013 09 9E2KC1670DR491313

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	DETRAN (R\$)	QUOTA DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38

QUOTA DO BILHETE (R\$)	DO (R\$)	DO SEGURO (R\$)
4,15	1,11	292,61

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 06/05/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP-1 05.268.006/0001-01
www.seguradallider.com.br

MOTOR: KC16E7D491313 03299

MBM
SEGURADORA
04 JAN. 2017
DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170024510 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/08/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO COMPATÍVEL COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO MEDIAL E DOS CORNOS ANTERIOR E POSTERIOR DO MENISCO LATERAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VÍTIMA APRESENTA MARCHA NORMAL, DISCRETA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA ESQUERDA, REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (0-120 GRAUS). FORÇA MUSCULAR PRESERVADA. TESTE DE INSTABILIDADE ARTICULAR: SINAL DA GAVETA ANTERIOR POSITIVO, SINAL DE LACHMAN POSITIVO E SINAL DE APLEY POSITIVO, CONFIRMANDO O EXAME COMPLEMENTAR DA RESSONÂNCIA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO LIMPEZA DAS ESCORIAÇÕES DOS MEMBRO SUPERIORES E DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/01/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcel de Alencar Pita

CRM do médico: 10671

UF do CRM do médico: CE

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: BISMARCK HEITMANN

CRM do médico: 52.18488-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ




CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO**, portador do RG Nº **20674483549** e inscrito no CPF sob o Nº **057.469.702-93**, no dia **9/08/2015** às **00h41min**, no município de **JUAZEIRO DO NORTE - CE**, na Av. Leão Sampaio. Paciente vítima de acidente com motocicleta, sendo o mesmo encaminhado para o **Hospital Regional do Cariri - HRC**. É para constar eu, **Ana Cristina Medeiros Silva**, **Astessoria Técnica**, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 24 de novembro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Rev. nº 29 e 32, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434. Fax: 3260 2061
E-mail: Samu@sa.gov.br / sa@sa.gov.br
Cedência do Samu: sa.gov.br / sa.gov.br Fone: (85) 3260-3797

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170024510 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/08/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

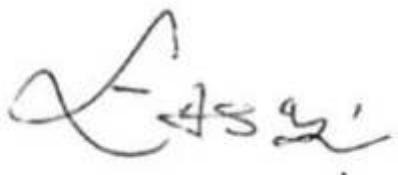
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

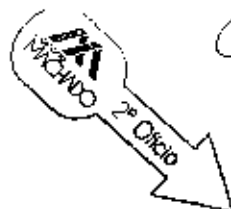
OUTORGANTE:

Nome: Erivelton da Silva Nascimento brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Vigilante portador(a) do RG 2074483549, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 057.469.203-95 residente no(a) Rua Ibiapina
nº 210, bairro: Rio XII, município: Juazeiro do Norte / CE

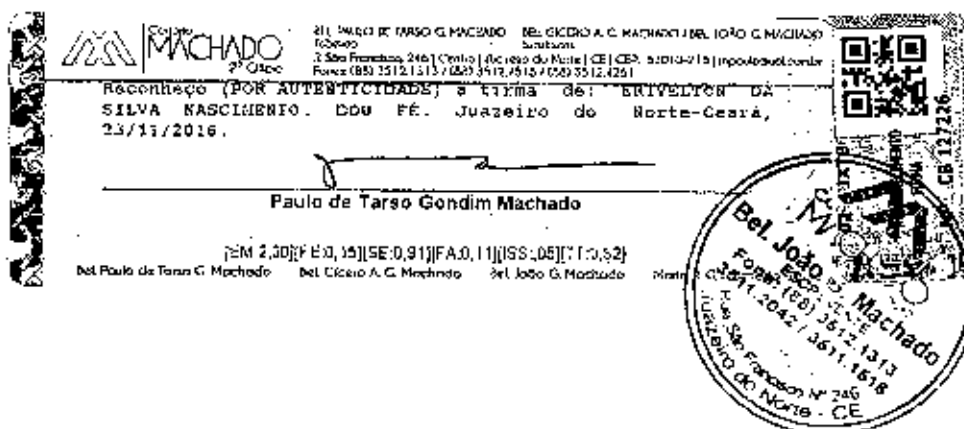
OUTORGADO:

Nome: Orlando Oliveira da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Recuso informar, portador(a) do RG 1664317, órgão expedidor SSP-AL
e do CPF: 030.026.784-30, residente no(a) Av. Presidente Castelo Branco
nº 2001, bairro: Limoeiro, município: Juazeiro do Norte / CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Erivelton da Silva Nascimento
Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 23.11.16



Erivelton da Silva Nascimento
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



**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

Nome do(a) Examinado(a): **ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO** Sinistro: **3170024510** Data: **09/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Frei Ibiapina, 210 - Pio XII - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63020-250**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20074483549**

Data local do exame: [**18/01/2017**] **Juazeiro do Norte** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO COMPATÍVEL COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO MEDIAL E DOS CORNOS ANTERIOR E POSTERIOR DO MENISCO LATERAL. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA MARCHA NORMAL, DISCRETA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA ESQUERDA, REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (0-120 GRAUS). FORÇA MUSCULAR PRESERVADA. TESTE DE INSTABILIDADE ARTICULAR: SINAL DA GAVETA ANTERIOR POSITIVO, SINAL DE LACHMAN POSITIVO E SINAL DE APPLEBY POSITIVO, CONFIRMANDO O EXAME COMPLEMENTAR DA RESSONÂNCIA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
REALIZADO LIMPEZA DAS ESCORIAÇÕES DOS MEMBROS SUPERIORES E DO JOELHO ESQUERDO.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.