

Pedido de Reanálise

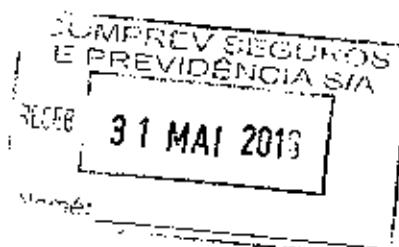
Eu, Adriano Dóres de Carvalho,
Rg: 20020023026183 e
Cpf: 023376203502, solicito
reanálise de meu processo de invalidez
permante de n. 3450539575, visto que
estou mandando um novo relatório informando
o grau da minha invalidez permante.
Espero que os senhores compreendam a
minha solicitação e assim possa dar
procedimento ao processo concluindo com a
Marcação de perícia e consequentemente
efetuando o pagamento da indenização.

Atenciosamente,

Camocim (CE), 19 de maio 2016

Adriano Dóres de carvalho

DOCUMENTO 2 "T2%"



aaf

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA À D

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ENCAMINHANDO PARA PERICIA MEDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TERMINO DO TRATAMENTO

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame REFERE DOR NA Perna Direita. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mário Luis Timbó Farias

CRM do médico: 9879

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 tornozelo	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: HELIO LATERMAN

CRM do médico: 52.36046-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR NA PERNAS DIREITA, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA E DÉFICIT DE
médico pericial: FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, COMPROMETENDO A DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
PORÉM EVOLUIU COM RESTRIÇÃO DE MOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO E DOR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/09/2015

Conduta mantida: Não

Observações: Já indenizado com 50% de sequela em tornozelo.

Médico examinador: Joao Paulo Tavares Linhares

CRM do médico: 9892

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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): **ADRIANO LOPES DE CARVALHO** Sinistro: **3150579575** Data: **22/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV FLAMENGA DOS REGINOS, 00 - NORTE - Camocim - CE - CEP 62400-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2002025020183**

Data local do exame: [**27/07/2015**] **Camocim** [**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)
FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA. REFERE DOR NA Perna DIREITA. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

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.
TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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 tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% 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

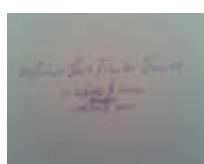
% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 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.



Mário Luis Timbó Farias - CRM: 9879 - CE

**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): **ADRIANO LOPES DE CARVALHO** Sinistro: **3150579575** Data: **22/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV FLAMENGA DOS REGINOS, 00 - NORTE - Camocim - CE - CEP 62400-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2002025020183**

Data local do exame: [**27/07/2015**] **Camocim** [**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)
FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA. REFERE DOR NA Perna DIREITA. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

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.
TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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 tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% 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

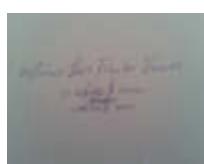
% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 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.



Mário Luis Timbó Farias - CRM: 9879 - CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR NA Perna DIREITA, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA E DÉFICIT DE
médico pericial: FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, COMPROMETENDO A DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
PORÉM EVOLUIU COM RESTRIÇÃO DE MOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO E DOR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/09/2015

Conduta mantida: Não

Observações: Já indenizado com 50% de sequela em tornozelo.

Médico examinador: Joao Paulo Tavares Linhares

CRM do médico: 9892

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame REFERE DOR NA Perna DIREITA. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mário Luis Timbó Farias

CRM do médico: 9879

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 tornozelo	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: HELIO LATERMAN

CRM do médico: 52.36046-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA À D

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ENCAMINHANDO PARA PERICIA MEDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TERMINO DO TRATAMENTO

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Pedido de Reanálise

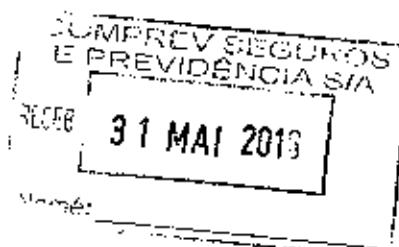
Eu, Adriano Dóres de Carvalho,
Rg: 20020023026183 e
Cpf: 023376203502, solicito
reanálise de meu processo de invalidez
permante de n. 3450539575, visto que
estou mandando um novo relatório informando
o grau da minha invalidez permante.
Espero que os senhores compreendam a
minha solicitação e assim possa dar
procedimento ao processo concluindo com a
Marcação de perícia e consequentemente
efetuando o pagamento da indenização.

Atenciosamente,

Camocim (CE), 19 de maio 2016

Adriano Dóres de carvalho

DOCUMENTO 2 "T2%"



aaf



SUS-298003029490809

Ficha de atendimento - Emergência



Prontuário: 591.23 CNS: Letto: 001 Enf: X
 Classificação de risco () Data: 23/09/15 Hora: 15:29 Naturalidade: caxias
 Nome: Adriano Lopes de Carvalho
 Nome da Mãe: Maria do Rosario Lopes de Carvalho
 País: Brasil Documento: RG N° 2002019026185
 Data de nascimento: 19/09/1986 Endereço:
 Endereço: Rua Engenheiro Reginaldo
 Bairro: Fonsêa
 Cidade: Caxias Profissão:
 Adulto () Pediátrico () Ortopedia () Clínica () Cirúrgico () Ginecológico ()
 () Referência: Município _____ () Referência ESF _____
 Por que não Procurou a ESF:
 Motivo da Atendimento:

Sinais Vitais: PA mmHg T °CP Peso:

Conduta médica

Assinatura do paciente / Responsável

Queixa principal:

Painel na articulação tibial
dolores de canela forte

Exame físico / Anamnese:

Tibia e joelho acidente de
trânsito

Hipótese Diagnóstica

Prescrição

Intenção para

paciente receber o exame

Exame Complementar

Carimbo de aprovação
de procedimento

Resp. pelo atendimento

Assinatura e carimbo do médico

X

LUMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB.

31 MAI 2013

Nome:



HOSPITAL - PACIENTE:

SOCIAL ORGANIZATIONS

SOCIAL ORGANIZATIONS

Prescrição Médica



Convênio ao SUS - CAMOCIM - CE.

BOLETIM DE OPERAÇÃO

REG. 59323

NOME Jefferson Soares da Silva LEITO

Diag. Clínico: ~~Esferocitosis +~~

Program F DET. DB

Ind. Cirúrgica:

DESCRIAMENTO + SÍNTESE

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Ao entrar na SO: TPR = PA: 12 x 0

Ao sair da SO: TPR - PA: /00/

Anestesia: lf

Operação:

CLASSIFICAÇÃO:

Inicio: _____ Fim: _____

ACHADOS: (Descreva os órgãos explorados e registre os achados patológicos).

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÂNCIA SA

Name:

O que foi feito: _____

① prepare a substrate
② sterilize

Danza e Arte

③ Dohmen + Staub
vertigil

7.6 - ②.

Q. Group Discussion

Fixation methods used

⑤ *cuestión*

*Dr. Thirion Foundation of Science
Experiments & Demonstrations
São Paulo, Brazil
July 14, 1911*

Contagem de compressas

Condições pre-operatório imediatas:



PACIENTE -

Alfano Leon de Cavia/ho

Convênio do SUS

Prescrição Médic



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DEPUTADO MURILLO AGUIAR

2- CNES
2131217191415

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DEPUTADO MURILLO AGUIAR

4- CNEB
2131217191415

Identificação do Paciente

1- NOME DO PACIENTE Adriano Lopes de Carvalho	5- N° DO PRONTUÁRIO 59133
2- CARTEÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) SI98001302994991849	3- DATA DE NASCIMENTO 1984-08
4- GÉNERO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	6- CELDO Mes: <input checked="" type="checkbox"/> Ano: <input type="checkbox"/>
7- NOME DA MAE OU RESPONSÁVEL maria da paz laran de carvalho	8- TELEFONE DE CONTATO DON: _____ M: _____
9- ENDERECO (RUA, N°, Bairro) Laranjeira do Enquadrado	10- COD. IBGE MUNICÍPIO 11- UF 6230260 TO GO
11- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Carmo	12- CEP 6230260 TO GO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresenta com edema cutâneo e
prurito no corpo.

**COMPRAV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

RECEB. **31 MAI 2016**

Nome:

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Alvo de culembagat

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Automa e Exame Físico.

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

alternação

21- CID 10 PRINCIPAL

5822

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteosintese art. b12

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050300

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

29- N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CSR OS

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DE SOLICITAÇÃO

32- ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE (REGISTRO DO CONSELHO)

OUTUBRO DE 2016 VOL 03 10

Thyra L. Carvalho 21/07/15

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () CNPJ DA SEGURADORA

35- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36- () CÓD. ORGÃO EMISSOR

37- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38- () CNPJ DA EMPRESA

39- () CNAE DA EMPRESA

40- () CÓD. DO PROFISSIONAL

41- () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42- () EMPREGADO

43- () EMPREGADOR

44- () AUTONÔMO

45- () DESEMPREGADO

46- () INDEMNIZADO

47- () APOSENTADO

48- () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50- CÓD. ORGÃO EMISSOR

51- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

J. Freitas

52- DOCUMENTO

53- N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54- DATA DA AUTORIZAÇÃO

55- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 / 1

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: 05/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 00000033561-7

Nr. da Autenticação 788C68E08F994FB8

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: 23/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 000000033561-7

Nr. da Autenticação 88BA252454C53586

3150579575

ATO DECLARATÓRIO
9098003024490849



Ficha de atendimento - Emergência

Prontuário: 59123 CNS: 73.0915 Letra: C Enf.: X
 Classificação de risco () Data: 23/09/15 Hora: 15:49 Naturalidade: coron
 Nome: Adriano Lopes da Cunha
 Nome da Mãe: Maria do Rosário Lopes da Cunha
 País: Brasil Documento: RG N°: 2002029020185
 Data de nascimento: 19/04/86 Endereço: R. Comendador Rego
 Endereço: Zona Rural Cidade: Coronel Fábio Profissão: _____
 Adulto () Pediátrico () Ortopedia () Clínica () Cirúrgico () Ginecológico ()
 () Referência: Município _____ () Referência ESF _____
 Por que não Procurou a ESF: _____
 Motivo do Atendimento: _____

四
卷之三

13 JUL 2016

COMPREVSEGUN
EPRIVINCI

Sinais Vitais: PA _____ x _____ mmHg T _____ °CP _____ Peso: _____

Assinatura do paciente / Responsável

Conduita médica

Quexa principal: Dolor con gotas en el pie D con frotar la

Exame físico / Anamnese:

Típico aspecto ocidental de

Hipótese Diagnóstica

negative

Prescrição

Intervenir

Exame Complementar

~~COPYRIGHT 1970
CROWN © 1970
BY THE CROWN
CORPORATION
FOR THE
GOVERNMENT OF CANADA~~

Basis point adjustments

Assinatura e carimbo do médico

DOCUMENTO 1 "T196"



**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): **ADRIANO LOPES DE CARVALHO** Sinistro: **3150579575** Data: **22/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV FLAMENGA DOS REGINOS, 00 - NORTE - Camocim - CE - CEP 62400-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2002025026183**

Data local do exame: [**18/09/2015**] **Sobral** [**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)
FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA. AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR NA Perna DIREITA, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA E DÉFICIT DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, COMPROMETENDO A DEAMBULAÇÃO.

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 TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA. PORÉM EVOLUIU COM RESTRIÇÃO DE MOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO E DOR.

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 tornozelo direito

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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

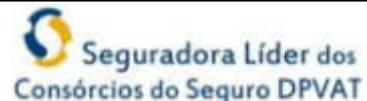
c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

João Paulo Tavares Linhares - CRM: 9892 - CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame REFERE DOR NA Perna DIREITA. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mário Luis Timbó Farias

CRM do médico: 9879

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 tornozelo	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: HELIO LATERMAN

CRM do médico: 52.36046-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR NA Perna DIREITA, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA E DÉFICIT DE
médico pericial: FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, COMPROMETENDO A DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
PORÉM EVOLUIU COM RESTRIÇÃO DE MOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO E DOR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/09/2015

Conduta mantida: Não

Observações: Já indenizado com 50% de sequela em tornozelo.

Médico examinador: Joao Paulo Tavares Linhares

CRM do médico: 9892

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2016

Carta n°: 9381009

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575 ASL-0474996/15
Vitima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **13/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2016

Carta n°: 9173002

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575 ASL-0474996/15
Vitima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2015

Carta n°: 7908087

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575
Vitima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000745

Conta: 0000033561-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2015

Carta nº: 7754929

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2015

Carta n°: 7592936

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575
Vitima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000745

Conta: 0000033561-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

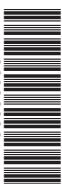
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2015

Carta nº: 7425721

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.

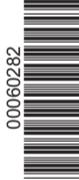
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2015

Carta n°: 7302482

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575
Vitima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

