

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: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMILDO SANTOS DE JESUS

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00004

CONTA: 00001018170-4

Nr. da Autenticação 21A551C20BEC5C2D

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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMILDO SANTOS DE JESUS

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00004

CONTA: 000001018170-4

Nr. da Autenticação 47325E80E08CC0C8

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190157776
Nome do(a) Examinado(a): Romildo Santos de Jesus
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Sao Jose, S/N Cs
Zona Rural Poco Redondo SE CEP: 49810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2.040.053-5
Data local do acidente: [02/10/2017]
Data local do exame: [15/05/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

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

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE PATELA COM FIOS DE KIRSCHNER (02) FIO DE AÇO (01).

Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS.

Data da Alta: 10/10/2017

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/++), FORÇA MUSCULAR DA Perna DIMINUIDA (++/++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DO JOELHO E Perna, GRANDE DEFORMIDADE NO JOELHO COM AUMENTO DO VOLUME DA PATELA (CALO ÓSSEO), DOR, EDEMA DE MODERADO VOLUME, CREPITAÇÃO (ARTROSE) E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 0° / FLEXÃO 115°

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL SEVERO DO JOELHO ESQUERDO.

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

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem 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 - Lado Esquerdo

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otacílio Nascimento Junior
Manoel Otacílio Nascimento Junior
Clínica e Auditório Médico
CRM 1827