

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



NOME

RODRIGO FERREIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6552894 SDS PE

CPF

067.164.894-28

DATA NASCIMENTO

27/10/1987

FILIAÇÃO

VERINALDO FERREIRA DA
SILVA
ELIZABETH FERREIRA DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

04477023944

VALIDADE

23/10/2023

1ª HABILITAÇÃO

10/10/2008

OBSERVAÇÕES

Rodrigo Ferreira da Silva

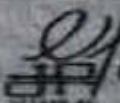
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CARUARU, PE

DATA EMISSÃO

24/10/2018



Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

65804528483
PE088671810

PROIBIDO PLASTIFICAR

1683772613

PERNAMBUCO

DENATRAN - GOVERNO DO PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014488200474

VIA

COD. RENAVAM

R.M.T.R.G.

EXERCÍCIO

1

1085273412

2019

NOME

RODRIGO FERREIRA DA SILVA

CARUARU-PE

PLACA

PDE0124

067 154 894-28

CHASSI

9G2EBB0810FR485578

PLACA ANT / UF

* * * * * /PE

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL.**PAS****/MOTOCICLISTA**

MARCA / MODELO

ANO FAB

HONDA/NXR160 ERROS 5500

ANO MOD

2015

2015

CAP / POT / CIL

CATEGORIA
PARTICCOR PREDOMINANTE
PRETA

2P/162CL

VENC. COTA UNICA

VENC / COTAS

I COTA UNICA
PVA 2019 QUITADO

1*

IPVA FAIXA I PVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

2*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80.11

0 32 84 58

01/02/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS MAC HONDA LTDA

NAO VULDO PARA TRANSFERÊNCIA

CARUARU

Roberto Carlos Borrazzo Foncelles

Dir. Recor Presidente de Caruaru PB

DATA

05/02/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567614 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO ESQUERDO (120 GRAUS ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO)

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO COMPLETA, NAO HOUVE NOVAS LUXAÇÕES. LESAO CRONICA DE HILL-SACHS NA CABEÇA UMERAL COM INSTABILIDADE CRONICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567614 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR -ALTA.
P. 1 (ANEXO I - P. 1,3,4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X / VÍTIMA COM 31 ANOS / EXAME DE IMAGEM (ANEXO I - P. 5).

@ - P. 1 - APRESENTADO RELATÓRIO MÉDICO INDICANDO DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO.

- 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 ombros | 25 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567614 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR -ALTA.
P. 1 (ANEXO I - P. 1,3,4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X / VÍTIMA COM 31 ANOS / EXAME DE IMAGEM (ANEXO I - P. 5).

@ - P. 1 - APRESENTADO RELATÓRIO MÉDICO INDICANDO DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO.

- 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 ombros | 25 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567614 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO
físico: ESQUERDO (120 GRAUS ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO)

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO COMPLETA, NAO HOUVE NOVAS LUXAÇÕES. LESAO CRONICA DE HILL-SACHS NA CABEÇA UMERAL COM INSTABILIDADE CRONICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567614

Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

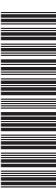
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567614

Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO FERREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Documentação médica-hospitalar | Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues. |
|---------------------------------------|--|

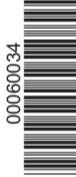
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567614

Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190567614

Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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

Recebedor: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001890

Conta: 000007183-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

| | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| Nº do sinistro ou AGL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: | |
| | 067.164.894-38 | Rodrigo Fennino da SILVA | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | |
| Nome completo: | | CPF: | 067.164.894-38 |
| Profissão: | Endereço: | Número: | Complemento: |
| Morador | 3º Trav. Adélia Léa L | 01 | AP 20 |
| Bairro: | Cidade: | CEP: | 55000-000 |
| E-mail: | Rodrigo | Tel. (DDD): | (71) 99304-6299 |

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

- RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1890

CONTA: 7183

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declare, 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

| | |
|---|---|
| Local e Data: Local e Data: Nome: CPF: | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X Rodrigo Fennino da Silva |
|---|---|

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura _____

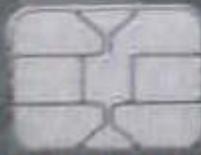
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA
POUPANÇA



6277 8017 6143 9847

6277

VÁLIDO ATÉ

10/24

RODRIGO FERREIRA DA SILVA

1890 013 00007183-2

elo

**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: 3190567614
Nome do(a) Examinado(a): Rodrigo Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Tv 3 Adelia Leal01, S/N Ap 20
Vassoural Caruaru PE CEP: 55030-410
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6552894
Data local do acidente: [27/11/2018]
Data local do exame: [04/11/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.

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

Tratamento: REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA E FISIOTERAPIA.

Complicações: INSTABILIDADE RESIDUAL POR LESÃO DE HILL-SACHS DA CABEÇA UMERAL.

Data da Alta: 27/11/2018

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO ESQUERDO (120 GRAUS ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO)

- 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:

DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE AO OMBRO 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"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

- 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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ºCIRC
DINTER1/12ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001008

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/10/2019** às **15:28**

Complementado pelo BO Número: **19E0154001011**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/11/2018** às **12:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE RODRIGUES DA SILVA, 1 - Bairro: MAURICIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
R.F.D.S. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **R.F.D.S. (Menor de Idade)**

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

R.F.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ELIZABETH FERREIRA DA SILVA**
Pai: **VERINALDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/10/2018** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **6652894/SDS/PE (RG)** **06716489428 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escaladade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **FISCAL**

Endereço Residencial: **3a TRAVESSA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 1, APTº 20, VASSOURAL - CARUARU-PE - CEP: 0 - Bairro: PETROPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

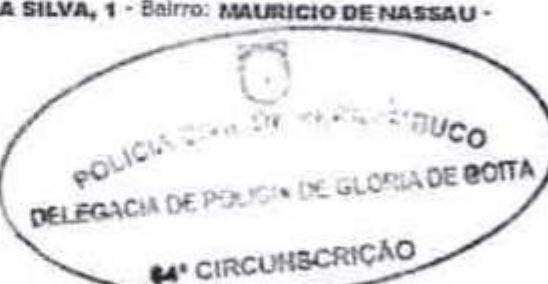
MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **R.F.D.S. (Menor de Idade)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO FERREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDE0124 (PERNAMBUCO/CARUARU)** Chassi: **9C2KD0810FR4B5578**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



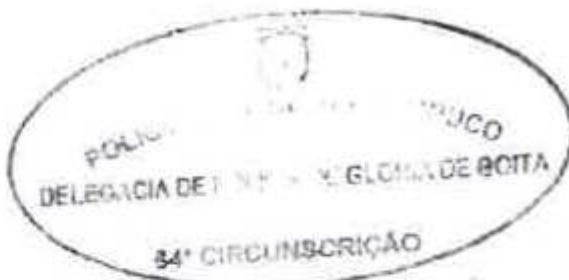
Complemento / Observação

A VÍTIMA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA AO TRABALHO, QUANDO NA SITUADA AV. PRÓXIMO A MOTORAC, CHOVIA E ELE DERRAPOU NA PISTA VINDO A QUEDA. SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA DE CARUARU-PE, TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

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

Rodrigo Ferreira da Silva
RODRIGO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Severino Evaldo dos Reis* - Matrícula: 159.816-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

067.164.894-28

Nome completo da vítima:

Rodrigo Fennema da SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Rodrigo Fennema da SILVA

CPF:

067.164.894-28

Profissão:

Auxiliar

Endereço:

3 - Trav. Adélia Léa L

Número:

01

Complemento:

Bairro:

Vassouras

Cidade:

Fernam

E-mail:

rodrivs

Estado:

PG

CEP:

55200-000

AP. 20

Tel. (DDD):

(11) 99304-6399

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$1.001,00 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (337) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1890

CONTA: 7183

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou herdeiro (vai nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Imprссão:
Nome da
vítima no
branqueamento
do RG/CPF/LC

Local e Data: Ananindeua (PA), 03/10/2019.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RODO

X Rodrigo Fennema da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Atendimento: 01180061

Data Nascimento: 27/10/1987 Idade: 31 Anos, 1 Mês e 0 Dia

Prontuário: 00009539

Sexo: Masculino

História Atual:

REFERE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

Exame Físico:

DEFORMIDADE NO OMBRO ESQUERDO

Exames Complementares/Resultados:

RX. DO OMBRO ESQUERDO

Hipóteses Diagnósticas:

LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

Conduta:

ENCAMINHADO AO HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Motivo:

ENCAMINHADO AO HRA

Data: 27 DE NOVEMBRO DE 2018

Hora: 12:44

Dr. Claudio Raposo
Traumato Ortopedista
CRM 2913

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM - 2913

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: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01890

CONTA: 00000007183-2

Nr. da Autenticação 9C8F090978E5B8AC



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 ADELIA LEAL 1 AP-20

CPF: 446 221 804-30

VASSOURAL/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

| | | |
|---------------------|--|-------------------------------|
| CONTA CONTRATO | | MES/ANO |
| 7000032527 | | 09/2019 |
| DATA DE VENCIMENTO | | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA |
| 11/09/2019 | | 07/10/2019 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | | 64,42 |

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO |
|-------------------|------------|------------|
| 075908179 | ÚNICA | 04/09/2019 |
| 04/09/2019 | 2002845463 | 5002507 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 71,0000000 | 0,77952320 | 55,34 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 4,03 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 4,47 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 064372394-04/08/19 | | | 0,58 |

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Atendimento: 01180051

Data Nascimento: 27/10/1987 Idade: 31 Anos, 1 Mês e 0 Dia

Prontuário: 00009339

Sexo: Masculino

História Atual:

REFERE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

Exame Físico:

DEFORMIDADE NO OMBRO ESQUERDO

Exames Complementares/Resultados:

RX DO OMBRO ESQUERDO

Hipóteses Diagnósticas:

LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

Conduta:

ENCAMINHADO AO HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:

SIM

NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Motivo:

ENCAMINHADO AO HRA

Data: 27 DE NOVEMBRO DE 2018

Hora: 12:44

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM - 2913

Jr Claudio Raposo
Traumatologista
CRM 2913

27/11/2018
Claudio Raposo
CRM 2913

CONTROLE DE ALTA

Nome: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Atendimento: 01180061

Data Nascimento: 27/10/1987 Idade: 31 Anos, 1 Mês e 0 Dia

Prontuário: 00009639

ALTA DOMICÍLIO:

ALTA TRANSFERÊNCIA:

ALTA AMBULATÓRIO:

RETORNO: DIAS

ALTA ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM O ORTOPEDISTA
DO MUNICÍPIO DE ORIGEM:

Caruaru, 27 DE NOVEMBRO DE 2018
Hora: 12:43

Dr. Claudio Raposo
Traumato Ortopedista
CRM 2913
Ass. é carimbo do Médico
Dr.(a) CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM - 2913

*Raposo
27/11/2018*

Dr. Claudio Raposo
Traumato Ortopedista
CRM 2913



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 465426

Prontuário: 329596

Nome: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data Nasc.: 27/10/1987 Idade: 31

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 06716489428

RG: 6552894

CNS: 160761026170005

Nº: 67

Endereço: 2 TRAV PIO X

Bairro: PETROPOLIS

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55024000 Fone: 997952048

Profissão: SEGURANÇA

Nome da Mãe: ELIZABETH FERREIRA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 27/11/2018 12:57

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Dor em Ombro (E) -

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Braxio (E)

Diag. Provisório:

Luxação do Ombro E

27.11.18

RX Ombro (AP/retrosladejo /Perfil bacápsula)

controle

*Dr. Oberdan Ribeiro
Cirurgião da Mão
CRM-PE 20544*

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Fedos Sólidos, s/ int tolerâncias

RX controle - ok

CO-Tipois
CO-Alta Hospitalar.



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido Paciente Familiar

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esso ato possa acarretar.

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

(+) Patients (-) Familiar

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimento:

Diag.-Definitiv:

Assinatura

Destino do Paciente

Alta Suspensão Óbito Evadido-se Termo de Alta e Padrão

Transféricia Internamente

✓ Transcription _____ ✓ Translation _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 20/11/18 Hora: Médico:

11/27/2016 12:57:10 PM
2 de 2

União do Atendimento
MARIAST



Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada Multi-Slice
Ultrassonografia com Doppler Colorido
Densitometria Óssea
Radiologia Digital

Paciente _____ : 522075-Rodrigo Ferreira Da Silva
Data _____ : 17/12/2018
Nº Laudo _____ : 12211401
Dat. Nasc. _____ : 27/10/1987

Exame: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OMBRO ESQUERDO

TÉCNICAS DE EXAME:

Plano axial T1
Plano coronal, SPIR.
Plano axial SPIR
Plano sagital SPIR

COMENTÁRIOS:

Leve derrame intra-articular glenoidal.

Observa-se fratura compressiva associada edema ósseo medular envolvendo o segmento pôsterior lateral da cabeça umeral, sugerindo lesão de Hill-Sachs. Correlacionar com antecedentes do paciente.

Associadamente nota-se irregularidade e redução do volume do lábio anterior da glenoide.
Relações articulares mantidas.

Tendões supra-espinal, redondo menor, subescapular e infra-espinal, sem alterações anatômicas. O tendão da cabeça longa do biceps tem calibre trajeto usual notando-se pequena fissura intra-substancial.

Leve distensão líquida bursa subacromial / subcutânea sugerindo bursite.
O acrômio é do tipo I de Bigliani.

Não há sinais de componente atrófico nos grupamentos musculares avaliados.
Articulação acrônio-clavicular de aspecto anatômico.

Não definimos coleções.

Dr Leonardo Lopes CRM PE - 13362

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

| | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| DATA DO ACIDENTE: | 27/11/2018 | DATA DO ÍNICO DO TRATAMENTO MÉDICO: | 07/12/18 |
| HORAS COMPLETO DA VÍTIMA: | <u>Leticia Ferreira da Silva</u> | | |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: | <u>luxação do ombro esquerdo</u> | | |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): | | | |
| <u>Treatment conservador</u> <u>Até 27/12/18</u> | | | |
| ALTA MÉDICA? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| CASO POSITIVO DESCREVER: | | | |
| <p><small>ESTA RELAÇÃO DE INVALIDEZ PUNHO É UMA LIGAÇÃO QUE:</small></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.</p> | | | |

GRADO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREFUTÁVEL (depois que o segmento ou órgão estiver)

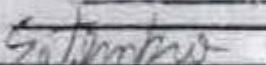
| SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <u>Película óssea dor post operário</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <u>1-minimais hiperfunção tendo de Supinaria</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <u>em 90°, Tendo de Rotacion 50°. Tanto</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <u>interna como externa, em dor de origem</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <u>em funções do dor</u> |

AFIRMO QUE ASSISTEI OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/12/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Conselho

SI-019

SATIA


Dr. Victor Crispim
Ortopedista/Trumatologista
CRM-PE 2384

ASSINATURA E CAPÍTULO