



---

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2014

**Carta nº: 4997095**

**A/C: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO**

**Sinistro:** 2014729003  
**Vitima:** MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO  
**Data Acidente:** 08/04/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o 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](http://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 inicio 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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2014

Carta n°: 5313007

A/C: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

**Sinistro:** 2014729003  
**Vitima:** MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO  
**Data Acidente:** 08/04/2014  
**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: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000033366-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>7.087,50</b>

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2014

Carta n°: 5313008

A/C: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

**Sinistro:** 2014729003  
**Vitima:** MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO  
**Data Acidente:** 08/04/2014  
**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: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000033366-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>7.087,50</b>

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

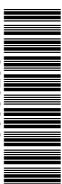
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: 30/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FIL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 00000033366-1

---

Nr. da Autenticação 002FB3DECE477FEF

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

## 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 rásuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **Antônio Panvalcanti da Gama**, F.º **010**  
 PORTADOR(A) DO RG N° **6341903** EXPEDIDO POR **GSP-PE/DETRAN** EM **28/10/2012**  
 CPF **04360543906** /CNPJ **05439060001-00**, PROFISSÃO **ESTUDOU**  
 E RENDA MENSAL DE R\$ **1.500,00** (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Willton Antônio C.** da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotárias com Limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO **AGÊNCIA** **\_\_\_\_\_** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE **MBM**  
 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA **\_\_\_\_\_** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **SEGUADOR**

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA **\_\_\_\_\_** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **01SET2014**

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU  
 BANCO 341 • AGÊNCIA **\_\_\_\_\_** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **SINISTRO DPVAT**

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA **0648** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **33366-1**

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

LOCAL **Belo Horizonte** DATA **25/07/14**

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) **Million Bento**  
 Corrida contra a Sintecma **T44**

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 médica-hospitalares.  
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodostransito.com.br](http://www.dpvatsegurodostransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**CAXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

**AUTO-ATENDIMENTO - AB. AEROPORTO RECIFE**  
DATA: 14/08/2014 HORA: 16:41:11  
TERMINAL: 004711628316 CONTROLE: 004711628316

**COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO**

CONTA CREDITADA: 06778.013.000033366-1  
NOME: MILTON ANTONIO C DE S FILHO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NUMERO DO ENVELOPE: 3863842806  
NUMERO DE CONTROLE: 226374175

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

**Informações, reclamações, sugestões e elogios**  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouviroria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**0678 043 333366-1**

Entre em contato para interatividade do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br  
**0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474**  
Bacharelado, Atendimento e prestações  
especializadas e integrais.  
com dedicação exclusiva  
ou de fato.

0000 881 71



**MBM  
SEGURADORA**  
01 SET 2014  
**SINISTRO DPVAT**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DA 014A. CIRCUNSCRICAO - VARZEA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14EO1040002960

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/05/2014 às 09:51**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 04/2014 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA AFONSO OLINDENSE, 01 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL  
 Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
 MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sí(r)a: DESCONHECIDO

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

MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: LICIENE PAULINA DE SANTANA Pai: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA Data de Nascimento: 26/3/1986 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6371903/SSP/PE (RG), 01360543406 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares: - 88993262

Endereço Residencial: RUA DOUTOR CORREIA DA SILVA, 154 - CEP: 56000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MBM SEGURADORA
01 SET/2014
01 SET/2014
Não SINISTRO DPVAT

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sí(r)a: DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sí(r)a: DESCONHECIDO  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido. Não Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO, RG 6371903 SSP-PE, PARA INFORMAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL NO MOMENTO QUE ESTAVA SENDO TRANSPORTADO POR UM MOTOTAXISTA. INFORMA AINDA QUE O ACIDENTE OCORREU DEVIDO À UMA COLISÃO ENTRE A MOTOCICLETA E UM CACHORRO E QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE DE

BOMBEIROS E CONDUZIDO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS E DEPOIS FOI ENCAMINHADO À SANTA CASA DE MISERICÓDIA - SANTO AMARO. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO ESTE REGISTRO.

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

*Milton Antônio Cavalcanti de Santana Filho*  
MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: FREDERICO ALBERTO VELOSO BRAGA - Matrícula: 350830-7



**DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Cédula de identificação do IML



"0004"

Eu, Milton Antônio Canalembi, de S. Félix, portador da carteira de Identidade nº 634190355P-PC e inscrito no CPF/MF sob o nº 0436054361-06, residente e domiciliado na Rua Olímpio da Cunha, nº 645/9A,  
Cidade Belo Horizonte, Estado Minas Gerais, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML, para os fins de requerimento de Indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município em que residuo não tenha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que residuo realiza perícias com prazo prazo do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que residuo realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indemnização do Seguro DPVAT, para a cobertura de lesões permanentes causadas diretamente por veículo automotor de via terrestre, anfíbio que está declarado permitir 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 Usina 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 rendênia ao direito de impugná-la, caso disconcreto do seu conteúdo.

Milton Antônio Canalembi lavrante em Sontana

Kyllare

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

MBM SEGURADORA
01 SET 2014
SINISTRO DPVAT

Recife 25/08/19

Local e data



Componente da matrícula

## DECLARAÇÃO DE PERTINÊNCIA

Eu, Milton Anderson Carvalho de Santana Filho,  
RG nº 6344903, data de expedição 28/02/12, Orgão SSP-P/DETRANJ.

CPF nº 013605434-06, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir  
no endereço abaixo descrito, seguindo, em atento, documento comprobatório em nome  
de terceiro:

<b>Logradouro (rua/Avenida/Préa)</b>	<u>Rua Da Coruja da Serra</u>
<b>Número</b>	<u>454 A</u>
<b>Apto / Complemento</b>	
<b>Bairro</b>	<u>Vila Nova</u>
<b>Cidade</b>	<u>Quissamã</u>
<b>Estado</b>	<u>Pernambuco</u>
<b>CEP</b>	<u>50441-140</u>
<b>Telefone de Contato</b>	<u>(81) 8646-1046 / 9184-4201</u>
<b>E-mail</b>	
<b>MBM SEGURADORA</b>	

Por ser verdade, fimo-me.

Local e Data: Recife 25/07/14 Sinistro DPVAT  
01 SET 2014

Assinatura do Declarante: & Milton Anderson Carvalho de Santana Filho





Irmãos da Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz de Cabeçudo, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Tel/Fax: 3421.5766 - site-casa@truanet.com.br  
www.santacasa.org.br

RECIPE



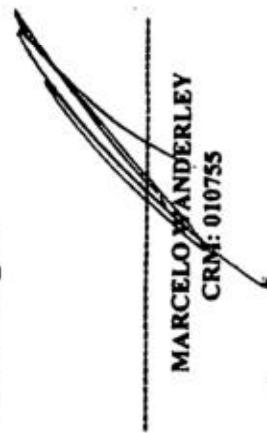
Documento emitido pelo Hospital

"0006"

Nome: **MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANATANA FILHO**  
Sexo: Masculino Idade: 28 ano (s)  
Nº Registro: 257361  
Data: 05/05/2014 / 07:09 Convênio:  
[WWW.SANTACASA.ORG.BR](http://WWW.SANTACASA.ORG.BR)

## **LAUDO PERNAS ESQUERDA AP/P**

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

  
\_\_\_\_\_  
**MARCELO VANDERLEY**  
CRM: 010755

**CHAPA: 114.94729**

<b>MBM</b>	<b>SEGURADORA</b>
01 SET 2014	
<b>SINISTRO DPVAT</b>	



Irmãos de São José  
Santa Casa de Misericórdia do Recife  
HOSPITAL SANTO AMARO  
Convênio SUS

### LAUDIO MÉDICO

Paciente: M. R. D. A. C. VIE S.

Filho

Diagnóstico: Fratura de tibia e fíbula  
Perna esquerda

CID: S 82.

OBS: OPERADO

Previsão ortopédica de afastamento do trabalho:  
06 (seis) meses

Assinatura: Dr. M. R. D. A. C. VIE  
Data: 08/09/2014

MBM SEGURADORA	01 SET 2014
SINISTRO DPVAT	

**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

ATENDIMENTO: 105768

Prontuário: 947434

Nome: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

Data Nasc.: 26/03/1986 Idade: 28

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS:

Nº: 154

Estado: PE

Endereço: RUA DOUTOR CORREIA DA SILVA

Bairro: VARZEA

Cidade: RECIFE

Profissão:

CEP: 50741140

Fone: 88483770

Ocorrência: AUT. ENF. ADRIANA DA SILVA - CORPO DE BOMBEIROS SD. JAQUELINE MACHADO AR6337

Clinica: CIRURGIA GERAL

Nome da Mãe: LUCIENE PAULINA DE SANTANA

Acompanhante: ANA PAULA DA ROCHA COELHO

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Perda da Consciênciia: Sim  Não

Episódio Emético: Sim  Não

Acidente de Trânsito: Sim  Não

Tipo: Colisão: Sim  Não

Tipo: Motorista:  Passageiro:

Atropelamento: Sim  Não

Local de Impacto: Sofreu Queda: Sim  Não

Vítima de Ferimento: Sim  Não

Tipo: Altura m

Queimadura: Sim  Não

Por: Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim  Não

Por que: Observações:

**Exame Físico:**

Geral

Via aérea está pélvia Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não

Temp: MBM

Seguradora: C

**B: Respiratório**

01 SET 2014

● C: Circulatório

PA: x mm P脉: 75 bpm:

SINISTRO DPVAT

● D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE

Pupilas: Isocônicas  Anisocôricas

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

H O S P I T A L  
GETÚLIO VARGAS

GOVERNO DE  
Pernambuco

## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: Milton Antônio Cavalcanti

Registro: 947434

Data da operação: 9/4/2014

Operador: Dr. Leonardo Silveira 1º aux: DR. Ítalo Izaias

Instrumentador:

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

Tipo de operação:

LMC + REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA COM FIXADOR EXTERNO

TUBO A TUBO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia e antisepsia, + aposição de campos estéreis;
- 3) Distração da fratura de ossos da perna esquerda
- 4) Limpeza mecânica cirúrgica abundante com soro fisiológico 0,9% em foco de fratura contaminada na perna
- 5) Redução da fratura exposta na perna esquerda
- 6) Fixação com fixador externo tubo-a-tubo na tibia
- 7) Curativo
- 8) Identificada boa perfusão periférica

• OBS: LESÃO COM CERCA DE 06 HORAS DE EXPOSIÇÃO ASSOCIADA A GRANDE CONTAMINAÇÃO

MBM	SEGURO
SINISTRO DPVAT	01 SET 2014

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

08/04/2014 20:17

--

Nome Paciente: MILTOON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FI

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 26/03/1986

Sexo: Masculino

Idade: 28

Senha: E0045

Convênio:

Atendimento:

08/04/2014 20:17 - ADRIANA DA SILVA FERREIRA - COREN: 139333 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

QUEDA DE MOTO + FRACTURA EXPOSTA DE TÍBIA

Observação:

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es):

- DOR INTENSA?

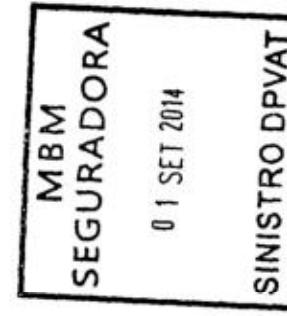
Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

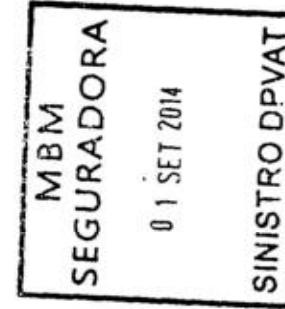
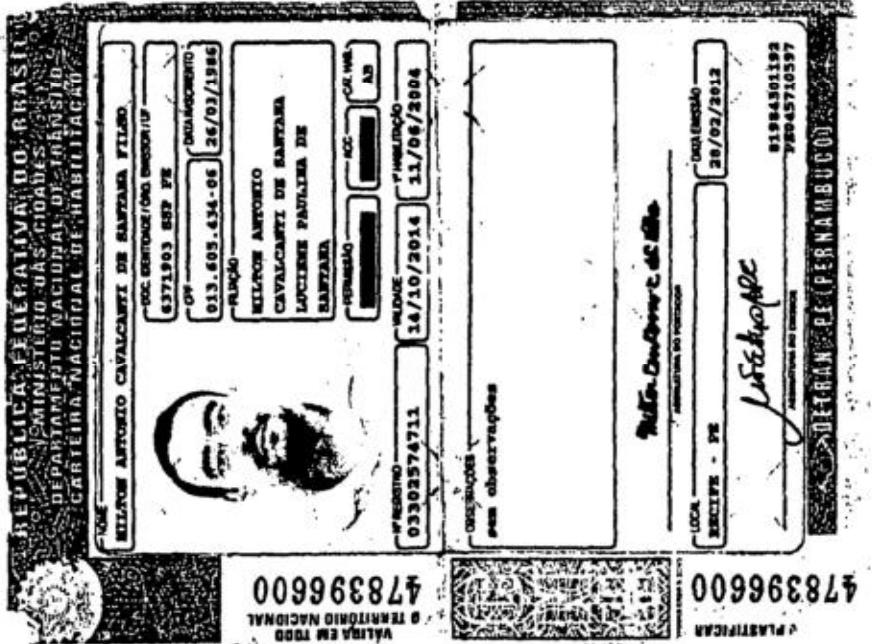
- FREQUENCIA CARDIACA: 100.00 BPM (RÍTMICO)
- GLICEMIA: 98.00 MG/DL
- TEMPERATURA: 36.00 °C
- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 8



Acolhido(a) por: ADRIANA DA SILVA FERREIRA  
Data: 08/04/2014 20:17



1



01 SET 2014

**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): **MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO** Sinistro: 2014729003 Data: 08/04/2014

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Doutor Correia da Silva, 154, A - Várzea - Recife - PE - CEP 50741-140**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] 6371903

Data local do exame: [ **18/09/2014** ] **Recife** [ **PE** ]

**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 exposta múltipla da tibia e da fíbula esquerda. Limitação de movimentos do joelho e do tornozelo esquerdos, marcha claudicante, diminuição do membro.**

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 com colocação de fixador externo.**

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 do membro inferior 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. 310 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):  
**Membro inferior esquerdo**

% 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

% 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.

Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014729003      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO      **Data do acidente:** 08/04/2014      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/09/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Trauma em segmento corporal do MIE

**Resultados terapêuticos:** Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

## 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

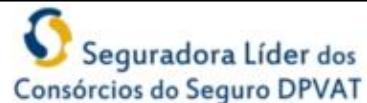
**CRM do médico:** 52.31291-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014729003      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO      **Data do acidente:** 08/04/2014      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta múltipla da tibia e da fíbula esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Limitação de movimentos do joelho e do tornozelo esquerdos, marcha claudicante, diminuição do membro.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com colocação de fixador externo.

**Sequelas permanentes:** Limitação do membro inferior esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/09/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Paulo Sérgio Muniz

**CRM do médico:** 5530

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75%	52,5 %	R\$ 7.087,50
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

## 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:**