

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO DEFINIDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: Boletim de Primeiro Atendimento Médico , Relatório Médico Com a Evolução da Lesão , Folha Cirúrgica

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (P8 E 9).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL

**Documentos
complementares:**

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00713-7

CONTA: 000000052537-5

Nr. Autenticação

BRADESCO230920190500000000002370071300000005253784375 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

BANCO: 237

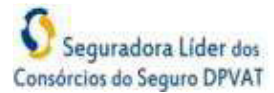
AGÊNCIA: 00713-7

CONTA: 000000052537-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2708201905000000000023700713000000052537168750 PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA : 703.383.703-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

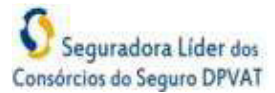
GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL

**Documentos
complementares:**

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO DEFINIDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: Boletim de Primeiro Atendimento Médico , Relatório Médico Com a Evolução da Lesão , Folha Cirúrgica

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIADE DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E CREPITAÇÃO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).
REALIZOU FISIOTERAPIA.
RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/09/2019.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E CREPITAÇÃO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).
REALIZOU FISIOTERAPIA.
RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/09/2019.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

**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: 3190475494
Nome do(a) Examinado(a): George Wiliame de Freitas Moreira
Endereço do(a) Examinado(a): R Trezentos e Onze, 286 Cj Sao Cristovao
Jangurussu Fortaleza CE CEP: 60866-360
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 93006005152
Data local do acidente: [29/12/2018]
Data local do exame: [12/09/2019] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA PROXIMAIS DIREITAS

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

Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA TÍBIA. FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM

Data da Alta: 06/09/2019

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

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 60º COM CREPITAÇÃO E EDEMA RESIDUAL ++/4+.

- IV. Nexo de casualidade: 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:

SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

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 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

- 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

D. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA : 703.383.703-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
AUTENTICAÇÃO DE IDENTIDADE

Nome: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

RG: **93006605152** SSP **CE**

CPF: **703.383.703-82** DATA NASCIMENTO: **07/02/1975**

FILIAÇÃO:
**FRANCISCO CLEZO
MOREIRA
ROSANA DE FREITAS
MOREIRA**

RENASCIMENTO: **2008/08/08** RG: **2008/08/08** DATA: **2008/08/08**

Vº REGISTRO: **04319035592** VALIDADE: **23/10/2022** 1ª EMISSÃO: **07/04/2008**

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO.

Assinatura do Portador: *George Wiliame de Freitas Moreira*

LOCAL: **PORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO: **26/10/2017**

Assinatura do Emissor: *Paulo Vitor* 77356160085
CE161981704

CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548245362

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548245362



Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA**Identificação do Paciente**

Prontuario: **5596192** Nome do Paciente: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA** Data de Nascimento: **1975-02-07 00:00:00** Sexo:

Profissional: **CARLOS EMANUEL VASCONCELOS**

Atividade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Data Registro: **02/01/2019 11:22:21**

Descrição:

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

RG 93006005152 / BE: 5596192

Rua 311 casa 286 ,São Cristóvão , Fortaleza,Ce ,

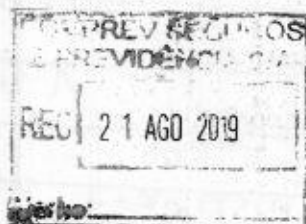
Paciente deu entrada neste hospital dia 29/12/2018 às 12:10h, trazido pelo SAMU com história de queda de moto com fratura de Platô Tibial.

Em virtude do quadro clínico , deverá realizar cirurgia .Inicialmente deverá ficar quinze dias de repouso funcional a contar da data de 29/12/18. Este atestado deverá ser renovado em função da cirurgia.

CID 10 S82.1 Fratura da Extremidade Proximal da Tibia

Data da Impressão: 02/01/2019 11:22:26

CARLOS EMANUEL VASCONCELOS - C.R.M./C.R.O.:
Carimbo e Assinatura do Médico





FaciVida
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CIDADANIA E À VIDA

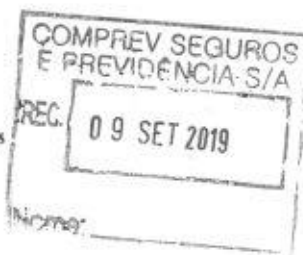
PI George William de Freitas Moreira

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado foi vítima de acidente de moto em 29.12.19, sofrendo Fratura de Platô tibial direito, realizou osteossíntese cirúrgica com fixação de placa e parafusos. Em contato de alta médica com seqüela do agravamento de dor em joelho direito, dificuldade de pisar, redução de amplitude de flexão do joelho direito e dos movimentos de extensão e flexão do pé direito, edema residual de tornozelo direito.

CID < S82.17

Luciano Araújo Vasconcelos
Médico
CRM 10985



06.09.19

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 29/12/2018 12:10:09

CNS:		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		DATA/HORA: 29/12/2018 12:10:09	
NOME: GEORGE WILIAM DE FREITAS MOREIRA		RG: 93006005152		Registro: 5596192	
D. NASC: 07/02/1975		ESTADO CIVIL:		SEXO: M RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA		NOME DO PAI: FRANCISCO CLEZO MOREIRA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: 311		Nº: 285 BAIRRO: SAO CRISTOVAO	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 967906100,		MUNICÍPIO: FORTALEZA UF: CE CEP:	
NOME: SAMU CE USB 110 CONDT KELVIN VERAS		PARENTESCO:		TELEFONE: 967906190	
TIPO DE VÍNCULO:		ACIDENTE DE TRABALHO			
CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: pac. vítima de queda de moto com capacete negro desmaiado, com trauma em joelho D e tibia e fíbula e ombro esq. referindo dor forte, trazido pelo Samu					
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			





Nº de Inscrição:

007120990

DADOS DO CLIENTE

Nome: GEORGE WILIANE DE FREITAS MOREIRA
End. Líturg: RUA 311 CJ SÃO CRISTÓVÃO, 265, JANGUARISSU
Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

CEP: 60866-360

Cidade:

Local: 001

Setor: 053

Subsetor: 00

Quadra: 0370

Subquadra: 00

Lote: 0069

CEP:

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A14F403035	598	0	12	12

DATAS

Leitura Atual: 07/06/2019

Leitura Anterior: 08/05/2019

Emissão: 07/06/2019

Próxima Leitura: 06/07/2019

Lecre Água: 2017359

Lecre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Residuais	526	526	125	526	526
Análises	548	547	548	545	545
Em conformidade	544	517	361	520	545

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.
Diga não ao trabalho infantil. DENUNCIE! Disque 100 ou
procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência.
Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	50,76	Mês/Ano
ESGOTO	22,07	Mai/19
MULTA DE 2%	1,30	Água (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,48	Esgoto (m³)
JUROS/MULTA TARIFA COM.	0,10	
ACRESC. IMPUNT. ÁGUA T.	0,12	
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	12,54	

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO
FIS	0,89	Descrição
COFINS	4,17	VALOR DO SERVIÇO
		VALOR DO SUBSÍDIO
		LCA TOTAL A PAGAR

MÊS/ANO
06/2019VENCIMENTO
07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,37

PROPOSTA DE PAGAMENTO

Parcela	Valor (R\$)
01	51,37

0615075297726 L:0313 H:12:08:37 R:075 P:001

Cidade de Atendimento
Cagece
0800 275 0195Cagece
1000

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme as resoluções das Agências Reguladoras.
Empresas Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 205 1919. Demais localidades: ANCE - Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h no site: www.cagece.ce.gov.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3701.1919 de 8h às 12h e 13h às 17h.

CONSULTA GRATUITA
E-mail: E-mail, Telefone

155





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao **Sr. GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**, RG n.º 93006005152, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 703.383.703-82, no dia 29/12/2018, às 10h49, no Município de Pindoretama-CE, na Rodovia CE 040, na localidade de Sítio Ema, próximo ao Posto de Ribeirão, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o IJF - Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 27 de maio de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3-133 7434

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George William de Freitas Moreira

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

5 - Nome completo:

George William de Freitas Moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: 311 - Conf. São Cristóvão

9 - Número:

286

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Gonguabau

12 - Cidade:

Portalezo

13 - Estado:

RS

14 - CEP:

91.066-360

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0713

CONTA:

52537

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Portalezo - 12/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George William de Fritos Moreira

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

5 - Nome completo:

George William de Fritos Moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: 311 - Conf. São Cristóvão

11 - Bairro:

Congurubau

12 - Cidade:

Fortaleza

15 - E-mail:

9 - Número:

286

10 - Complemento:

13 - Estado:

Ce.

14 - CEP:

60.866-360

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0713

CONTA:

52537

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

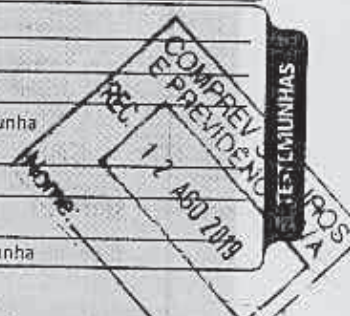
40 - Local e Data,

Fortaleza - 12/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impresso nº 2019546527



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 873 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/08/2019 09:44:24**
Data / Hora da Ocorrência: **29/12/2018 10:49:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 040**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO RIBEIRÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**
Nascimento: **07/02/1975** CPF: **703.383.703-82**
RG: **93006005152** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **HOSANA DE FREITAS MOREIRA**
FRANCISCO CLEZO MOREIRA
Endereço: **RUA 311, 286 CASA**
Bairro: **CONJUNTO SAO CRISTOVAO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.866-360**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3250-8433**

Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA PNU-9451, CHASSI 9C2KC25U0HR039836, ANO 2017, COR PRETA, MODELO HONDA/CG 160 START EM NOME DE GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, QUANDO O PNEU DA MOTOCICLETA ESTOUROU, PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA INDO AO SOLO FRATURANDO A PERNA DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA INSTITUTO DR JOSE FROTA; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

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 joelho 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000713-7**

Conta: **0000052537-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorne 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



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000713-7**

Conta: **0000052537-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorne 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



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Em razão da falta de apresentação do(a) Boletim de Primeiro Atendimento Médico , Relatório Médico Com a Evolução da Lesão , Folha Cirúrgica , não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

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.

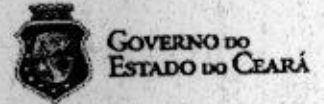
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



USUÁRIO: deide.castro - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

704702748355831 - GEORGE WILIAME DE
 FREITAS MOREIRA 

NOME DA MÃE

HOSANA DE FREITAS MOREIRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5596192

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

07/02/1975 - 43 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

FAMILIARES

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 987908190

ENDEREÇO

RUA 311 CJ SAO CRISTOVAO, Nº 286

BAIRRO

JANGURUSSU

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
 (85) 32555000

TELEFONE PARA CONTATO

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA O
 HOSPITAL DE APOIO : INSTITUTO PRÁXIS.
 AGUARDA REMOÇÃO.

Solicitação

12600100422

NÚMERO

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

03/01/2019 - 15:05

PROFISSIONAL

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
 FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO REALIZADO

13 - CIRURGICO -
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
 INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

==[ADMISSÃO]==
Número 201921000025 Data 03/01/2019 Hora 17:07 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento URGENCIA SISREG AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Médico Responsável 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Dias 3
Procedimento Solicitado 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==
Nome GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA Sexo MASCULINO
Nascimento Idade 07/02/1975 43 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil CASADO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe HOSANA DE FREITAS MOREIRA Pai FRANCISCO CLEZO MOREIRA
Conjuge FRANCISCA MEIRE DO NASCIMENTO MO DELVONNELDY FREIRES FREITAS Prontuário 2449179
CNS 704702748355831 Registro 201902570000022 Documento Informado RG: 93006005152 Emissão: 07/04/2008
País BRASIL Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA TREZENTO E ONZE CEP 60010-000
Número Complemento 286 Bairro CONJUNTO SAO CRISTOVAO
Fone Móvel (85)9879.08190 Fone Fixo (85)9881.14358 Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO FORMAL / VIGILANTE
==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==
Em caso de urgência avisar DELVONNELDY FREIRES FREITAS Acomodação/Leito 207/3
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA MÉDICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 01
Atendente: daiane.mariano Data: 03/01/2019 Hora: 17:14:24 Tempo: 00:07:07
==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

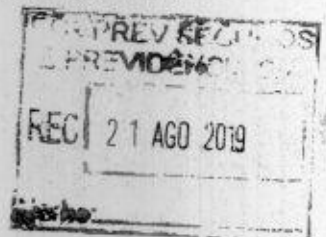
DELVONNELDY FREIRES FREITAS, abaixo assinado, responsável pelo paciente GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 03 de janeiro de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Delvonneldy Freires Freitas



TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921000025 03/01/2019 17:07 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
207/3 ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontoúário Registro
07/02/1975 43 Anos NÃO INFORMADO 2449179 201902570000022

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
Procedimento Realizado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
Data Hora Motivo
09/01/2019 14:35 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 09 de janeiro de 2019

Responsável/
Representante Legal

George Williams de Freitas Moreira

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Karoline Pontes Carvalheiro

Nome Legível

Assinatura/Carimbo
Karoline Pontes
COREN-CE 540729-ENF

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 09/01/2019 Hora: 14:35:19

O.E.: M230440001

URG./EMERG: 04 ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 03/2019

DATA: 11/03/2019

Num AIH: 231910154707-0 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2019 Data de Emissão: 03/01/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL

Órgão Emissor: M230440001

Lote:

Enfermaria: 0207 / Leito: 0003

Doc autorizador: 788505329547275 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc.: 201591461720008

CNS: 704702748355831

CNS: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

Prontuário: 2449179 ✓

Laudo:

Paciente: GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA ✓

Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 93006005152

Data Nasc.: 07/02/1975 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL

Nome da Mãe: ROSANA DE FREITAS MOREIRA ✓

Responsável pac.: GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA

Raça/Cor: PARDA

Endereço: TREZENTO E ONZE, 286 - CONJUNTO SAO CRISTOVAO

UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (85)9881.14358

Município: 230440 - FORTALEZA

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S022-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Data internação: 03/01/2019 Data saída: 09/01/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓

====[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador:

CNAE:

CBO:

Vínculo com a previdência:

====[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

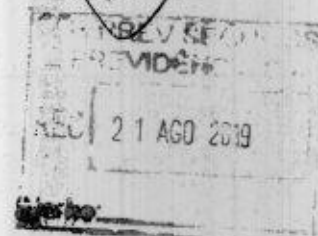
Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1 04.08.05.050-0	201591461720008	1 225270	201591461720008 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
2 04.08.05.050-0	101084263590001	6 225151	101084263590001 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
3 07.02.03.090-0	09069959000158	0	09069959000158 3969800	1	012019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTR
4 04.08.06.019-0	201591461720008	1 225270	201591461720008 3969800	1	012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
5 04.08.06.019-0	101084263590001	6 225151	101084263590001 3969800	1	012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
6 04.08.05.015-2	201591461720008	1 225270	201591461720008 3969800	1	012019 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
7 04.08.05.015-2	101084263590001	6 225151	101084263590001 3969800	1	012019 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
8 08.02.01.001-6	✓	0	3969800 3969800	6	012019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
9 04.01.01.001-5	201591461720008	0 225270	201591461720008 3969800	5	012019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
10 02.04.06.010-8	3969800	0	3969800 3969800	1	012019 RADIOGRAFIA DE PERNA

====[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +		+ Serviço Profissional +		+ Rateado +		Total
	Direto	Direto	Direto	Direto	Direto	Direto	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	162,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	162,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	958,00	9,00	0,00	0,00	406,38	0,00	1.364,38
04.08.06 GERAIS	400,50	0,00	0,00	0,00	137,03	0,00	597,61
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	✓ 235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
08.02.01 DIARIAS	48,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,00
Total Geral:	1.864,46	0,00	0,00	0,00	543,41	0,00	2.407,87

====[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 27773 ✓	09.069.959/0001-58 ✓				
Número de Nascidos	Número de Saídas				
Vivos: 0 Mortos: 0	Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0				





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600100422
NÚMERO DA AIH: 2319101547070

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DE JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 704702748355831 - GEORGE WILIANE DE FREITAS MOREIRA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 07/02/1975 - 43 anos

NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

ENDEREÇO: RUA 311 CJ SAO CRISTOVAO, Nº 286

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 987908190

BAIRRO: JANGURUSSU

CEP: 60866360

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

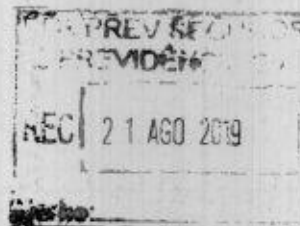
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 03/01/2019 - 15:05 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 03/01/2019 - 18:21

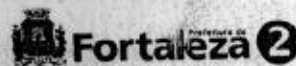
CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA





INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **252914**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA** PRONTUÁRIO: **5596192**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 8 - DATA NASCIMENTO: **07/02/1975** 09 - SEXO: **(M) (F)** 10 - RAÇA/COR: 10.1 - ETN:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **HOSANA DE FREITAS MOREIRA** 12 - TELEFONE: **986230550**
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I.** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **311 286 SÃO CRISTOVAO**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM **FRATURA DE PLATO TIBIAL**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FX. PLATO TIBIAL

24 - CID 10
S821

25 - CID10 SECUNDÁRIO: **Dr. Gerson Gomes de Lima**
OFTALMOLÓGICO
CRM 3130 - RJ

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE PLATO TIBIAL** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050551**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **03/01/2019** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

REC 21 AGO 2019



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTA
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 04/01/19

Nome do paciente:	George Williams de Freitas Moreira	Categoria:	
Nº Prontuário:	2448/19	Leito:	
Clinica:	Cirurgia		
Cirurgião:	Dr. Claudio		
Anestesista:	Dr. Paulo		
Tipo de Anestesia:	Raque		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Rodrigo		
Circulante:	Natiana		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fase Pré-Operatório + Ovario		
Tipo de Operação/ Código:	0704A50500		
Diagnóstico Pós-Operatório:	05086180		
Relatório Imediato do Patologista:	05086180		
Exame Radiológico no ato:	05086180		
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:	✓		

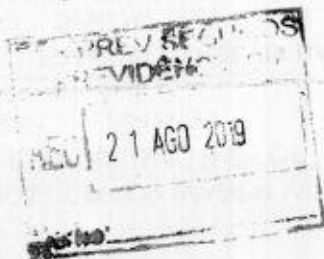
Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Natiana T.S. Quatros
Enfermeira
COREN: 327.689

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista



MODELO 80

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

[Handwritten signature]

— *Pen*

— *Pen*

804-408-2000
804-408-2000

DR. CHITRA K. S. (M.D.)

[illegible]

100-443886-100

1. O conteúdo da prova será de natureza geral, abrangendo as seguintes áreas:

50 sem autorização do Instituto de Criminalística, com o intuito de obter a identificação de uma pessoa, a qual não se encontra no banco de dados do Instituto de Criminalística.

Foto ainda não enviada de que a utilização para fins pessoais é permitida.

REVISOR 1.0000

21 AGO 2019

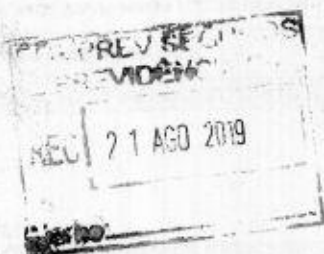
Attestado de Gêneros (Gratuito)

Assinatura do Circulante (Circulante =)

Nome:	GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	Pedido:	53531
Idade:	44	Data do Pedido:	21/02/2019 14:45:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	1914388
Médico Solicitante:	MEDICO PADRAO		

RX PERNA DIREITA

- Fraturas cominutivas na diáfise proximal da tíbia, bem como do platô tibial, em consolidação com placa e parafusos metálicos de aparência habitual.
- Traço de fratura oblíquo na região metaepifisária proximal da fíbula, sem desvio significativo dos fragmentos ósseos.
- Há parafuso desconexo a placa na diáfise proximal da tíbia.



Elaine

ELAINE FERNANDES ANDRADE
TEIXEIRA
CRM: 13240

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otológica
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100



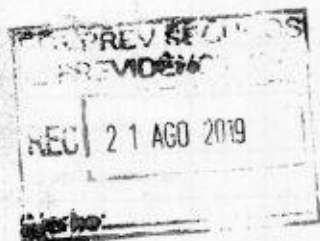
Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3011 1772 - 3011 1173 - 93 556 1234

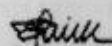
Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará
85 3023 1598 - 95334

Nome:	GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	Pedido:	53531
Idade:	44	Data do Pedido:	21/02/2019 14:45:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	1914388
Médico Solicitante:	MEDICO PADRAO		

RX PÉ DIREITO

- Redução dos espaços articulares tarso-metatarsais.
- Edema de partes moles na topografia do tornozelo.
- Pequeno foco de calcificação junto ao maléolo lateral (fratura por avulsão? osso acessório?).





ELAINE FERNANDES ANDRADE
TEIXEIRA
CRM: 13240

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otológica
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100



Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará

85 3014.1172 - 2011.1171 - 95 35.1234

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará

85 3023.1502 - 95 32.1171

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA : 703.383.703-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

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



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Em razão da falta de apresentação do(a) Boletim de Primeiro Atendimento Médico , Relatório Médico Com a Evolução da Lesão , Folha Cirúrgica , não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000713-7

Conta: 0000052537-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorne 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



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

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 joelho 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000713-7**

Conta: **0000052537-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorne 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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George William de Fritos Moreira

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

5 - Nome completo:

George William de Fritos Moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: 311 - Conf. São Cristóvão

11 - Bairro:

Congonhas

12 - Cidade:

Fortaleza

15 - E-mail:

9 - Número:

286

10 - Complemento:

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.866-360

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0713

CONTA:

52537

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐

Sim

☐

Não

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

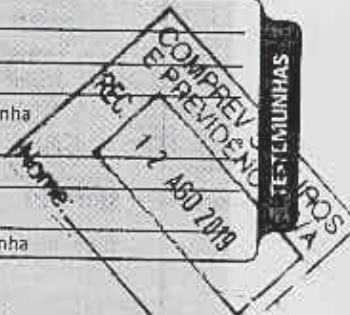
40 - Local e Data,

Fortaleza - 12/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impresso nº 2019546527



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 873 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/08/2019 09:44:24**
Data / Hora da Ocorrência: **29/12/2018 10:49:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 040**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO RIBEIRÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**
Nascimento: **07/02/1975** CPF: **703.383.703-82**
RG: **93006005152** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **HOSANA DE FREITAS MOREIRA**
FRANCISCO CLEZO MOREIRA
Endereço: **RUA 311, 286 CASA**
Bairro: **CONJUNTO SAO CRISTOVAO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.866-360**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3250-8433**

Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA PNU-9451, CHASSI 9C2KC25U0HR039836, ANO 2017, COR PRETA, MODELO HONDA/CG 160 START EM NOME DE GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, QUANDO O PNEU DA MOTOCICLETA ESTOUROU, PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA INDO AO SOLO FRATURANDO A PERNA DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA INSTITUTO DR JOSE FROTA; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 703.383.703-82 4 - Nome completo da vítima: George William de Fritos Moreira

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

5 - Nome completo: George William de Fritos Moreira 6 - CPF: 703.383.703-82
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: 311 - Conf. São Cristóvão 9 - Número: 286 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Gongurubau 12 - Cidade: Portalezo 13 - Estado: RS 14 - CEP: 91.066-360
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0713 CONTA: 52537 3
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

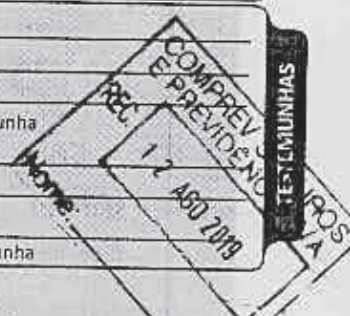
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Portalezo - 12/08/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao **Sr. GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**, RG n.º 93006005152, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 703.383.703-82, no dia 29/12/2018, às 10h49, no Município de Pindoretama-CE, na Rodovia CE 040, na localidade de Sítio Ema, próximo ao Posto de Ribeirão, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o IJF - Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 27 de maio de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3-133 7434

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00713-7

CONTA: 000000052537-5

Nr. Autenticação

BRADESCO230920190500000000002370071300000005253784375 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00713-7

CONTA: 000000052537-5

Nr. Autenticação

BRADESCO270820190500000000023700713000000052537168750 PAGO



Nº de Inscrição:

007120990

DADOS DO CLIENTE

Nome: GEORGE WILIANE DE FREITAS MOREIRA
End. Líturg: AV 311 CJ SÃO CRISTÓVÃO, 265, JANGUARISSU
Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

CEP: 60866-360

Cidade:

Local: 001

Setor: 053

Subsetor: 00

Quadra: 0370

Subquadra: 00

Lote: 0069

CEP:

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A14F403035	598	0	12	12

DATAS

Leitura Atual: 07/06/2019

Leitura Anterior: 08/05/2019

Emissão: 07/06/2019

Próxima Leitura: 06/07/2019

Lacre Água: 2017359

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Residuais	526	526	125	526	526
Análises	548	547	548	545	545
Em conformidade	544	517	361	520	545

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.
Diga não ao trabalho infantil. DENUNCIE! Disque 100 ou
procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência.
Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	50,76	Mês/Ano
ESGOTO	22,07	Mai/19
MULTA DE 2%	1,30	Água (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,48	Esgoto (m³)
JUROS/MULTA TARIFA COM.	0,10	
ACRESC. IMPUNT. ÁGUA T.	0,12	
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	12,54	

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO
FIS	0,89	Descrição
COFINS	4,17	VALOR DO SERVIÇO
		VALOR DO SUBSÍDIO
		LRA TOTAL A PAGAR
		102,29
		14,92
		87,37

MÊS/ANO
06/2019VENCIMENTO
07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

87,37

PROPOSTA DE PAGAMENTO

Parcela	Valor (R\$)
01	87,37

0615075297726 L:0313 H:12:08:37 R:075 P:001

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
MCE/MA

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme as resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 205 1919. Demais localidades: ANCE - Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ANCE: www.ance.org.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento da Cagece: 3701.1919 de 8h às 12h e 13h às 17h.

CONSUMIDOR PROTEGIDO
Pelo Código de Defesa do Consumidor

155
Ouvidoria



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 29/12/2018 12:10:09

CNS:		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		DATA/HORA: 29/12/2018 12:10:09	
NOME: GEORGE WILIAM DE FREITAS MOREIRA		RG: 93006005152		Registro: 5596192	
D. NASC: 07/02/1975		ESTADO CIVIL:		SEXO: M RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA		NOME DO PAI: FRANCISCO CLEZO MOREIRA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: 311		Nº: 285 BAIRRO: SAO CRISTOVAO	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 967906100,		MUNICÍPIO: FORTALEZA UF: CE CEP:	
NOME: SAMU CE USB 110 CONDT KELVIN VERAS		IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL		PARENTESCO:	
TIPO DE VÍNCULO:		ACIDENTE DE TRABALHO		TELEFONE: 967906190	
CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: pac. vítima de queda de moto com capacete negro desmaiado, com trauma em joelho D e tibia e fíbula e ombro esq. referindo dor forte, trazido pelo Samu					
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Condição:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA**Identificação do Paciente**

Prontuario: **5596192** Nome do Paciente: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA** Data de Nascimento: **1975-02-07 00:00:00** Sexo:

Profissional: **CARLOS EMANUEL VASCONCELOS**

Atividade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Data Registro: **02/01/2019 11:22:21**

Descrição:

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

RG 93006005152 / BE: 5596192

Rua 311 casa 286 ,São Cristóvão , Fortaleza,Ce ,

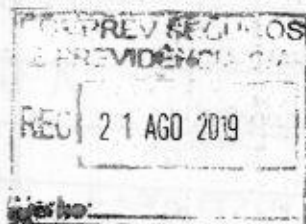
Paciente deu entrada neste hospital dia 29/12/2018 às 12:10h, trazido pelo SAMU com história de queda de moto com fratura de Platô Tibial.

Em virtude do quadro clínico , deverá realizar cirurgia .Inicialmente deverá ficar quinze dias de repouso funcional a contar da data de 29/12/18. Este atestado deverá ser renovado em função da cirurgia.

CID 10 S82.1 Fratura da Extremidade Proximal da Tibia

Data da Impressão: 02/01/2019 11:22:26

CARLOS EMANUEL VASCONCELOS - C.R.M./C.R.O.:
Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

REC 21 AGO 2019

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

==[ADMISSÃO]==
Número 201921000025 Data 03/01/2019 Hora 17:07 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento URGENCIA SISREG AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Médico Responsável 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Dias 3
Procedimento Solicitado 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==
Nome GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA Sexo MASCULINO
Nascimento Idade 07/02/1975 43 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil CASADO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe HOSANA DE FREITAS MOREIRA Pai FRANCISCO CLEZO MOREIRA
Conjuge FRANCISCA MEIRE DO NASCIMENTO MO Responsável DELVONNELDY FREIRES FREITAS Prontuário 2449179
CNS 704702748355831 Registro 201902570000022 Documento Informado RG: 93006005152 Emissão: 07/04/2008
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 60010-000
Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA TREZENTO E ONZE
Número Complemento 286 Bairro CONJUNTO SAO CRISTOVAO
Fone Móvel (85)9879.08190 Fone Fixo (85)9881.14358 Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO FORMAL / VIGILANTE
==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==
Em caso de urgência avisar DELVONNELDY FREIRES FREITAS Acomodação/Leito 207/3
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA MÉDICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 01
Atendente: daiane.mariano Data: 03/01/2019 Hora: 17:14:24 Tempo: 00:07:07
==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

DELVONNELDY FREIRES FREITAS, abaixo assinado, responsável pelo paciente GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 03 de janeiro de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Delvonneldy Freires Freitas



TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921000025 03/01/2019 17:07 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
207/3 ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
07/02/1975 43 Anos NÃO INFORMADO 2449179 201902570000022

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
Procedimento Realizado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
Data Hora Motivo
09/01/2019 14:35 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 09 de janeiro de 2019

Responsável/
Representante Legal

George Willame de Freitas Moreira

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Karoline Pontes

Nome Legível

Assinatura/Carimbo
Karoline Pontes
COREN-CE 540729 - ENF

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 09/01/2019 Hora: 14:35:19

O.E.: M230440001

URG./EMERG: 04 ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 03/2019

DATA: 11/03/2019

Num AIIH: 231910154707-0 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2019 Data de Emissão: 03/01/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL

Órgão Emissor: M230440001

Lote:

Enfermaria: 0207 / Leito: 0003

Doc autorizador: 708505329547275 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc.: 201591461720008

CNS: 704702748355831

CNS: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

Prontuário: 2449179 ✓

Laudo:

Paciente: GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA ✓

Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 93006005152

Data Nasc.: 07/02/1975 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL

Nome da Mãe: ROSANA DE FREITAS MOREIRA ✓

Responsável pac.: GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA

Raça/Cor: PARDA

Endereço: TREZENTO E ONZE, 286 - CONJUNTO SAO CRISTOVAO

UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (85)9881.14358

Município: 230440 - FORTALEZA

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S022-FRATURA DA DÍAFISE DA TÍBIA

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Data internação: 03/01/2019 Data saída: 09/01/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓

====[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador:

CNAE:

CBO:

Vínculo com a previdência:

====[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

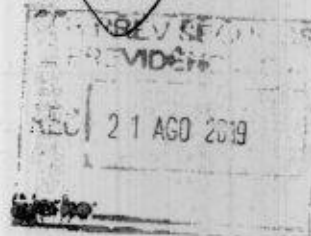
Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1 04.08.05.050-0	201591461720008	1 225270	201591461720008 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DÍAFI
2 04.08.05.050-0	101084263590001	6 225151	101084263590001 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DÍAFI
3 07.02.03.090-2	09069959000158	0	09069959000158 3969800	1	012019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTR
4 04.08.06.019-0	201591461720008	1 225270	201591461720008 3969800	1	012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
5 04.08.06.019-0	101084263590001	6 225151	101084263590001 3969800	1	012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
6 04.08.05.015-2	201591461720008	1 225270	201591461720008 3969800	1	012019 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
7 04.08.05.015-2	101084263590001	6 225151	101084263590001 3969800	1	012019 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
8 08.02.01.001-6		0	3969800 3969800	6	012019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
9 04.01.01.001-5	201591461720008	0 225270	201591461720008 3969800	5	012019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
10 02.04.06.010-8	3969800	0	3969800 3969800	1	012019 RADIOGRAFIA DE PERNA

====[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----		+----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +-----		+-----		Total
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	162,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	162,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	958,00	9,00	0,00	0,00	406,38	0,00	1.364,38
04.08.06 GERAIS	400,50	0,00	0,00	0,00	137,03	0,00	537,53
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
08.02.01 DIARIAS	48,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,00
Total Geral:	1.864,46	0,00	0,00	0,00	543,41	0,00	2.407,87

====[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 27773 ✓	09.069.959/0001-58 ✓				
Número de Nascidos	Número de Saídas	Pré-vatel			
Vivos: 0 Mortos: 0	Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0				





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600100422
NÚMERO DA AIH: 2319101547070

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DE JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 704702748355831 - GEORGE WILIANE DE FREITAS MOREIRA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 07/02/1975 - 43 anos

NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

ENDEREÇO: RUA 311 CJ SAO CRISTOVAO, Nº 286

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 987908190

BAIRRO: JANGURUSSU

CEP: 60806360

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

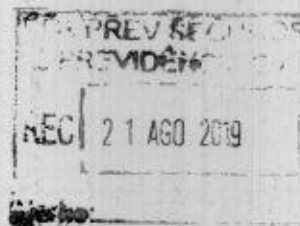
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 03/01/2019 - 15:05 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 03/01/2019 - 18:21

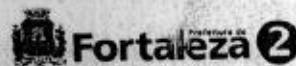
CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA





INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **252914**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA** PRONTUÁRIO: **5596192**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 8 - DATA NASCIMENTO: **07/02/1975** 09 - SEXO: **() M () F** 10 - RAÇA/COR: 10.1 - ETN:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **HOSANA DE FREITAS MOREIRA** 12 - TELEFONE: **986230550**
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I.** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **311 286 SÃO CRISTÓVÃO**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM **FRATURA DE PLATO TIBIAL**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX. PLATO TIBIAL** 24 - CID 10: **S821** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: **Dr. Gerson Gomes de Lima**
OFTALMOLÓGICO
CRM 3130 - RJ 914

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE PLATO TIBIAL** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050551**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **03/01/2019** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

REC 21 AGO 2019



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 04/01/19

Nome do paciente:	George Williams de Freitas Moreira	Categoria:	
Nº Prontuário:	2448/19	Leito:	
Clinica:	Cirurgia		
Cirurgião:	Dr. Claudio		
Anestesista:	Dr. Paulo		
Tipo de Anestesia:	Raque		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Rodrigo		
Circulante:	Natiana		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fase Pré-Operatório + Ovario		
Tipo de Operação/ Código:	0704A50500		
Diagnóstico Pós-Operatório:	05086180		
Relatório Imediato do Patologista:	05086180		
Exame Radiológico no ato:	05086180		
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:	✓		

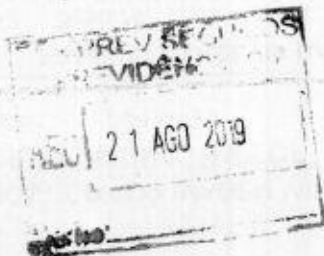
Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Natiana T. S. Quatros
Enfermeira
COREN: 327.688

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista



MODELO 80

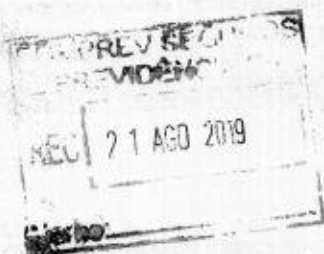
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

REV. 12/10/05
VOTER
21 AGO 2019
MAY 20 10 50 AM '19
MAY 20 10 50 AM '19

Nome:	GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	Pedido:	53531
Idade:	44	Data do Pedido:	21/02/2019 14:45:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	1914388
Médico Solicitante:	MEDICO PADRAO		

RX PERNA DIREITA

- Fraturas cominutivas na diáfise proximal da tibia, bem como do platô tibial, em consolidação com placa e parafusos metálicos de aparência habitual.
- Traço de fratura oblíquo na região metaepifisária proximal da fíbula, sem desvio significativo dos fragmentos ósseos.
- Há parafuso desconexo a placa na diáfise proximal da tibia.



Elaine

ELAINE FERNANDES ANDRADE
TEIXEIRA
CRM: 13240

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otolínea
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100



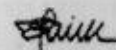
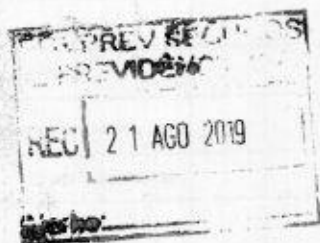
Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3015 1772 - 3015 1173 - 93 355 1234

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messegana - Fortaleza - Ceará
85 3023 1502 - 98334

Nome:	GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	Pedido:	53531
Idade:	44	Data do Pedido:	21/02/2019 14:45:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	1914388
Médico Solicitante:	MEDICO PADRAO		

RX PÉ DIREITO

- Redução dos espaços articulares tarso-metatarsais.
- Edema de partes moles na topografia do tornozelo.
- Pequeno foco de calcificação junto ao maléolo lateral (fratura por avulsão? osso acessório?).



ELAINE FERNANDES ANDRADE
TEIXEIRA
CRM: 13240

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otolírica
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100



Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará

85 3014.1172 - 3011.1170 - 96 35.1234

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messegana - Fortaleza - Ceará

85 3023.1500 - 3022.1500



Facivida
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CIDADANIA E À VIDA

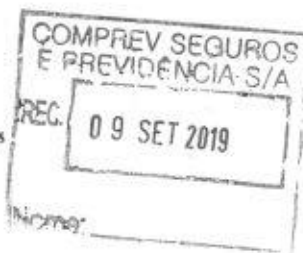
PI George William de Freitas Moreira

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado foi vítima de acidente de moto em 29.12.19, sofrendo Fratura de Platô tibial direito, realizou osteossíntese cirúrgica com fixação de placa e parafusos. Encontrou-se de alta médica com seqüela do agravo de dor em joelho direito, dificuldade de pisar, redução de amplitude de flexão do joelho direito e dos movimentos de extensão e flexão do pé direito, edema residual de tornozelo direito.

CID < S82.17

Luciano Araújo Vasconcelos
Médico
CRM 10985



06.09.19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE
AUTOPAN NACIONAL DE HIGIENIZAÇÃO

Nome: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

BOC IDENTIDADE / ORG. AMBROS W
93006605152 SSP CE

CPF: **703.383.703-82** DATA NASCIMENTO: **07/02/1975**

RENÇÃO
**FRANCISCO CLEZO
MOREIRA
ROSANA DE FREITAS
MOREIRA**

RENÇÃO: **2008** RSC: **2008** CAT: **AS**

Vº REGISTRO: **04319035592** VALIDADE: **23/10/2022** 1ª APLICAÇÃO: **07/04/2008**

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO.

George Wiliame de Freitas Moreira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO: **26/10/2017**

For Valde 2/17
ASSINATURA DO EMISSOR

77356160085
CE161981704

CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548245362

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548245362



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190475494
Nome do(a) Examinado(a): George Wiliame de Freitas Moreira
Endereço do(a) Examinado(a): R Trezentos e Onze, 286 Cj Sao Cristovao
Jangurussu Fortaleza CE CEP: 60866-360
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 93006005152
Data local do acidente: [29/12/2018]
Data local do exame: [12/09/2019] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA PROXIMAIS DIREITAS

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

Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA TÍBIA. FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM

Data da Alta: 06/09/2019

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

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 60º COM CREPITAÇÃO E EDEMA RESIDUAL ++/4+.

- IV. Nexo de casualidade: 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:

SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

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 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

- 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

D. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA : 703.383.703-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E CREPITAÇÃO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).
REALIZOU FISIOTERAPIA.
RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/09/2019.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E CREPITAÇÃO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).
REALIZOU FISIOTERAPIA.
RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/09/2019.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00