

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

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000708

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000708 **Vítima: MARIA DAS DORES SOARES**

Data do Acidente: 01/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000708 **Vítima: MARIA DAS DORES SOARES**

Data do Acidente: 01/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **MARIA DAS DORES SOARES**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002170**

Conta: **0000056757-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora

LIDER

Seguradora de Automóveis

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	02461096497	1 - Nome completo da vítima:	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012			
5 - Nome completo:	Maria das dores Soares		
6 - CPF:	02461096497		
7 - Profissão:	Recepcionista		
8 - Endereço:	Rua PE Nunes		
9 - Bairro:	Centro		
10 - Cidade:	Caeté		
11 - Estado:	PE	12 - UF:	13 - Estado:
14 - CEP:	53380000		
15 - E-mail:	83939375092		

DADOS CADASTRAIS

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:

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausente uma opção)
- Bradesco (237) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104)
- Banco do Brasil (001) Banco Santander (346)

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 9170

CONTA: 56757

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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 no Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NÃO AUTORIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (bebê nascido)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim Não

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

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

34 -

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

Nome: _____

CPF: _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

40 - Local e Data:

Maria das dores Soares

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

05/01/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ºCIRC
DINTER1/15/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0199000634

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/12/2019 às 16:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 1/9/2019 às 18:13

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA, 01, ESTRADA LAGOA DO QUEIJO** - Bairro: **CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ANTONIO DE SEBINHA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANA PAULA DA SILVA LIMA (OUTRO)
MARIA DAS DORES SOARES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA DAS DORES SOARES

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

MARIA DAS DORES SOARES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: **MARIA ANTONIA VILELA** Pai: **BERTO SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/3/1977** Naturalidade: **SAO BENTO DO UNA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5384207/SSP/PE (RG) 02461096457 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **+51999779965**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA, 26, PADRE NEVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANA PAULA DA SILVA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANA PAULA DA SILVA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS DORES SOARES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG4322** (PERNAMBUCO/CACHOEIRINHA) Renavam: **110632959** Chassi: **9C2JC7000HR300792**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE VINTA DE ANTONIO DE SEBINHA E QUE NÃO PERCEBEU UM BURACO QUE TINHA NO MUNDO DA ESTRADA E QUE AO FREAR CONFUNDIU O PNEU TRASEIRO COM BURACO E CAIU. QUILA ADEPOIS A QUEDA ELA CHAMOU O SAMU DA CIDADE QUE A CONDUZIU AO HOSPITAL LOCAL E QUE DEPOIS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CARUARU.

Assinatura da(s) pessoal(s) presente nessa unidade policial


Maria das Dores Soares

MARIA DAS DORES SOARES
(VITIMA)

H.O. registrado por: EDVALDO PEREIRA DA SILVA - Patrulha: 3874745





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:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Número completo da vítima: 02461096497

6 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

26

casa

PE

55380000

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092

83

09575092



DECLARAÇÃO

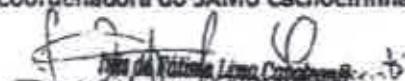
DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, em atenção ao pedido do Sra. MARIA DAS DORES SOARFS, portador do CPF: 074.610.964-57 e RG: 5384207 SSP/PE, que consta nos registros de ocorrência N° 1909010378 do SAMU, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 01 / 02 / 2019 às 18:13h no endereço: ESTRADA LAGOA DO QUEIJO, ZONA RURAL- CACHOEIRINHA-PE, com: QUEIXA de QUEDA DE MOTO, tendo sido enviado UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportado o mesmo para o HOSPITAL LOCAL.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

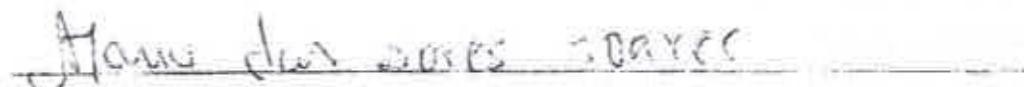
Cachoeirinha, 09 de Dezembro de 2019

Thais Cavalcanti

Coordenadora do SAMU Cachoeirinha


Thais Cavalcanti
Coordenadora de Urgência/Emergência
Mat. 1395-1

Recebi declaração do SAMU CACHOEIRINHA EM 15/12/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02170

CONTA: 00000056757-7

Nr. da Autenticação D69BE83048D9602F

PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA

PACIENTE	Nome <i>M. das Dores Soares</i>			Data <i>01/09/19</i>
	Sexo <i>F</i>	Idade <i>53</i>	Cor	Estado Civil <i>Solteiro</i>
Naturalidade				
Endereço <i>R. E. Manoel Batista, 25</i> Data de Nascimento <i>10/03/77</i>				
RESPONSÁVEL	Procedência			
	Pessoas de quem depende			
	Endereço			
	Trazido por			
	Endereço			
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA	Local do Acidente			
	Data: / / Hora: / /			
	Natureza	<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Acid. no Transito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio
	Do	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas
	Acidente	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/>

✓ RECEPCIONISTA

Atendimento Clínico Cirúrgico **18:59** HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

Pressão Arterial *120/80* MX MN *50e - 99*

P脉 *91* BPM

Temperatura *36,5* Peso *70*

Queixa Principal e H.D.A.

Arde de saudade, alívio legal

ATENÇÃO MÉDICA

Exame Físico *Trilha no calçado ② B*

Hipótese Diagnóstica *Trilha no calçado B*



HOSPITAL
ANTÔNIO TARKANYI

NAME:
NASC:

SHIRLEY

SEXO:

F

EDAD:

29/01

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 29/01/86

LEITO: 86

MÉDICO:

WERTH

EDADE: 42

MANHÃ

Paciente consciente e quieto, em
dieta sem jeira. Jarecidamente curvado.

Marilanna Evans M. de S. 26/1
Tec. Enfermagem
CORUNA 15/1986

TARDE

Paciente segue em PDI realizada ex
de conteúdo, consciente orientada medi
camente. CPN não apresenta queixas no momento
da visita. Sigue nos cuidados

Lucimar F. Rodrigues
Técnica de Enfermagem
COREN 8146308

NOITE

Paciente quieto assistiu ao jantar
negal sem CPN. Amanhã dia de reunião com cui
dador da enfermagem.

Eduardo Porto
Técnico de Enfermagem
COREN 8146308

07/02/86

paciente reconfortado e relaxado

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Seu/a 5+6/1976

UNIDADE DE ORIGEM:

Hospital Nair Alves Raimundo

UNIDADE DE DESTINO:

Hospital Agostinho 5+6/1976

ENHADA REGULAÇÃO:

DADOS DO PACIENTE

Nome: Maria com dores severos ID:

SUS

RG

DATA DE NASCIMENTO

SEXO: M

10/3/77

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com círco de malo sob efeitos de alcool

CONDUTA INICIAL: Tomar dilatação, analgesia

EXAMES REALIZADOS: UAI Cervicito de R.p.

DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS:

Trânsito os cãbocelos >

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

Saída - 20:45

chegada - 1:00

loranista - Maria

e aux. Gilene

01/01/2024
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
PE-21583-0000
CRM-PE 21583

Médico Assinatura/Carimbo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Naoto dos Reis
NIN: 000000000000000000

LEITOR: 06

CONVERSOR: pacote

DATA:

REGISTRAÇÃO:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

69 15

D mu

Campre 1Pc

Mup 12 ev 12/14 28 06

Cefaclor 1gr ev 6L 28 06

Xanax 20mg 28 06

Omnat 10A 28 06

Cefixime 1gr ev 6L 28 06

2

EVOLUÇÃO MÉDICA

Fratura do cotovelo

Uma dose cor

Tachyon da dura

ULAN GZ



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Neu dos Santos
necessita de 06 (MESES) dias de afastamento de suas
atividades Palhinha

a partir desta data.

CID S42.9 Campina Grande, 28, 09, 99

Ass. Médico - CRM


Dr. Delmiro Narciso Borborena

CRM 1883-CPF 131.247.044-34

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU
REPRESENTANTE LEGAL A REGISTRAR O DIAGNÓSTICO
CODIFICADO CID OU POR EXENSO

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

PACIENTE: LIMA CAS. CARLOS SPARCS

CONVENTIONAL

315

SEUS PONTUÁRIO: 956,00/57,23 (0,95) DATA: 06/03/19

CONFIDENTIAL - T-201-CAC

GeTtErVeLo (0)

DATA: 06/03/13

Answers for Chapter 9

第10章

ALUMINUM

ANESTHESIA: The Evolution

CIRCULANTE CECILIO B.

18

WORLDSIDE RECORD: 11.99 FINAL: 13.00

CÓD.	DESCRIMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	03
1890	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROFOPINA	02
265799	BEXTRA	
1802	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	01
122769	CEFAROLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4885	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	01
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2036	FUROSEMIDA	
4288	GARAMICINA	
2048	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5358	HEPARINA	
5380	HIDROCORТИZONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37850	NAUSEDROL 8mg	
69906	OMEPRAZOL 40mg	01
70161	PROSTIGMINE	03
70038	QUELICUM	
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	
CCD:	PROCTER & GAMBLE	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIENAVIX 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
125149	DIMORF 10mg	
59955	DORMONID	01
69230	DORMONID COMP.	
46620	FENOBARBITAL	
8889	HIDANTAL	
9982	KETALAR	
69520	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTRA	
1001	ANESTESIOTÉCICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126333	CBATRACURIO	01
9991	ETOMEDATO	
3042	FENTANIL	01
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% SV	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	01
70750	NEOCAINA 0,5% SV	
1996	NEOCAINA PESADA	
3212	MILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264560	NOVAPUPI SV	
2216	PANICURONIO	

COD.	MATERIAL	QUANT
107329	ADAPTADOR PI SÓRIO	01
110089	AG. RAQUI 2790	
120089	AG. RAQUI 2560	
161281	AG. RAQUI PI OBESO 80	
	AGULHA DESCARTÁVEL N°	03
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	02-03
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA CREPON N°	10
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211656	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÉNIO	01
27850	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25X28	16-17
	DRENO PEHROSE N°	
	DRENO SUCCÃO N°	
	DRENO TÓRAX N°	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	
2615	ESPINADRAPO	
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	10-15
	GAZES	
3425	GELFOAN	
02917	GALETE	
	GUENDEL N°	04
3468	INTRA-CATH	01
	JELCO N°	10
	LÂMINA BISTUR N°	24
132709	LUVAS 6,5	
111209	LUVAS 7,0	
40126	LUVAS 7,5	03
3522	LUVAS 8,0	01
149870	LUVAS 8,5	01
59732	MICROPORE LARGO	500 Un
	SCALPS N°	
3735	SERINGA DE 0100	
3700	SERINGA DE 0500	
3719	SERINGA DE 0500	05
3689	SERINGA DE 1000	05
3697	SERINGA DE 2000	05
341797	SERINGA DE 6000 [Bico longo/fundo]	
	SONDA FOLEY N°	
	SONDA MELATON	
	SONDA NG	
	SONDA RETAL	

COD.	ITEM	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALGODÃO CANP	
	ALGODÃO SIAN	
	CROMADO CAN N°	02
	CROMADO SIA N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
	MONONYLON N°	03
	PROLENE N°	
	VICRYL N°	
COD.	ITEM VÍDEOS	QUANT.
2332	ÁGUA DESINFECTADA	
149217	ALCOOL	02
204000	CLOREXEDINA	02
2631	ESTER	
3669	PVP/DESEMPONTE	02
3811	PVP TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	CASOS HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	01
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOGRAMA	
	INTERFERÍCATOR	
	ESTROBOSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDIACO	
	NITROGÊNIO	
	OXÍDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	21.000
	OXÍMETRO DE PULSOS	
	VÁCUO	
COD.	OUTROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURÍFOL 1000ml	
63661	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
90229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	
9180	S. GLUCOSADO 250ml	
9189	S. GLUCOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	02
154499	VOLUME 25	
COD.	OUTROS	QUANT.
	FILTROS VULCANIZADO	01
	COLAR DE SEDA	01
	KIT ENZIMATICO C.R. 1.1	01
	EVVENTA CIRURGICA	01
	FIO DE RENYI 0.01	04
	N. 4.0	
	FIO DE NYLONICO N. 1.5	01
	FIO DE SEDA 0.01	01
	PLAQUA TÉRMICO	
	PARAFUSO CIRURGICO	02

PACIENTE:	Anna das dues nees		
Nº DO FRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:		
DATA DA OPERAÇÃO:	6/9/19	ENFERMARIA:	LEITO:
OPRADOR:	Gólio		
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:		
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:		
ANESTHESISTA:	Eugenio		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fim do estreito		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Rez am. Fim do estreito		
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO:	O risco		
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:			
EXAME RADIONÓGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO PATOLOGIA: SISTEMA GENITAL MULHER - SUTURA - MATERIA EMPREGADA - ASPECTO - VILCAZ

O interno acesse
O mato é raro
O esvaziado de gás
O pede a hister
O des + mas
O flex

6



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 536980 Prontuário: 344435
 Nome: MARIA DAS DORES SOARES
 Data Nasc: 10/03/1977 Idade: 42 Sexo: FEMININO Cor: PARDAS Religião:
 CPF: RG: 5384207 CNS: 702800675809764
 Endereço: RUA MONSENHOR JOSE BATISTA DAS NEVES Nº: 26
 Bairro: CENTRO Cidade: CACHOEIRINHA Estado: PE
 CEP: 55360000 Fone: 992367898 Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA ANTONIA VILELA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 01/09/2015 21:42 Médico: MÉDICO PLANTONISTA
 Queixa Principal / HDA:

PC: 6/6
 PT: lesão de acidente automobilístico, chega a unidade
 sem óculos, consciente, orientado, não comenta, humor e humor
 no local. Reverte não uso de óculos.

Exame Físico: (1) visão acima parcial sem óculos PA: _____ FC: _____ FR: _____
 (2) PUP: PHT SRA 300 mm Hg, clara sistêmica tránsica
 (3) pulso: clara, sem fáculas, permediamente intensa
 (4) ECG: 15, pulso regular e tetraquátrico
 (5) Abd: levemente distendido, não doloroso à palpação, palpa seca.
 Diag. Provisória: Rotura de óculos em face.

SI: RX (1) Tensão AP (2) cateterismo eletro
 (3) Pálpebra traumática (4) Braço AP/PI (5) pulmão AP/PI
 (6) Dieta: (7) Ortopedia - 2015 RX
 Hora: 21:42

Prescrição: (1) SFG: 1.000 ml EU 7/11
 (2) Paracetamol 250 + PI EU 19/08
 (3) Limpador de óculos
 Data: 01/09/15 Horário: 21:42
 RX - Fratura suspeita condilar
 CP - Internamento para tratamento
 Gabinete: Dr. [Signature]

HAT HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

RELATÓRIO MÉDICO

URUR. SICU-MAXICO-FALHA

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA DO VÍDEO

CIRURGIA MÉDICA

ESTRUCOENDOCRINOLÓGICA

ENDOCRINA

ENDOCRINOLOGIA

ENDOCRINOLÓGICA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

HAD X

STENT

TRAUMATOLOGIA

URGÊNCIA

ATROFIODERMATODISTROFIA

ENDOCRINOPATIA

ENDOCRITICA

ENFERMOS ARQONAUTA

ENDOCRINOPATIA FEM

UT. VULV

Maria das dores Soares
42 A.
Vítima de Acidente
causado ao corte
no rebordo no

DATA: 06.09.2019

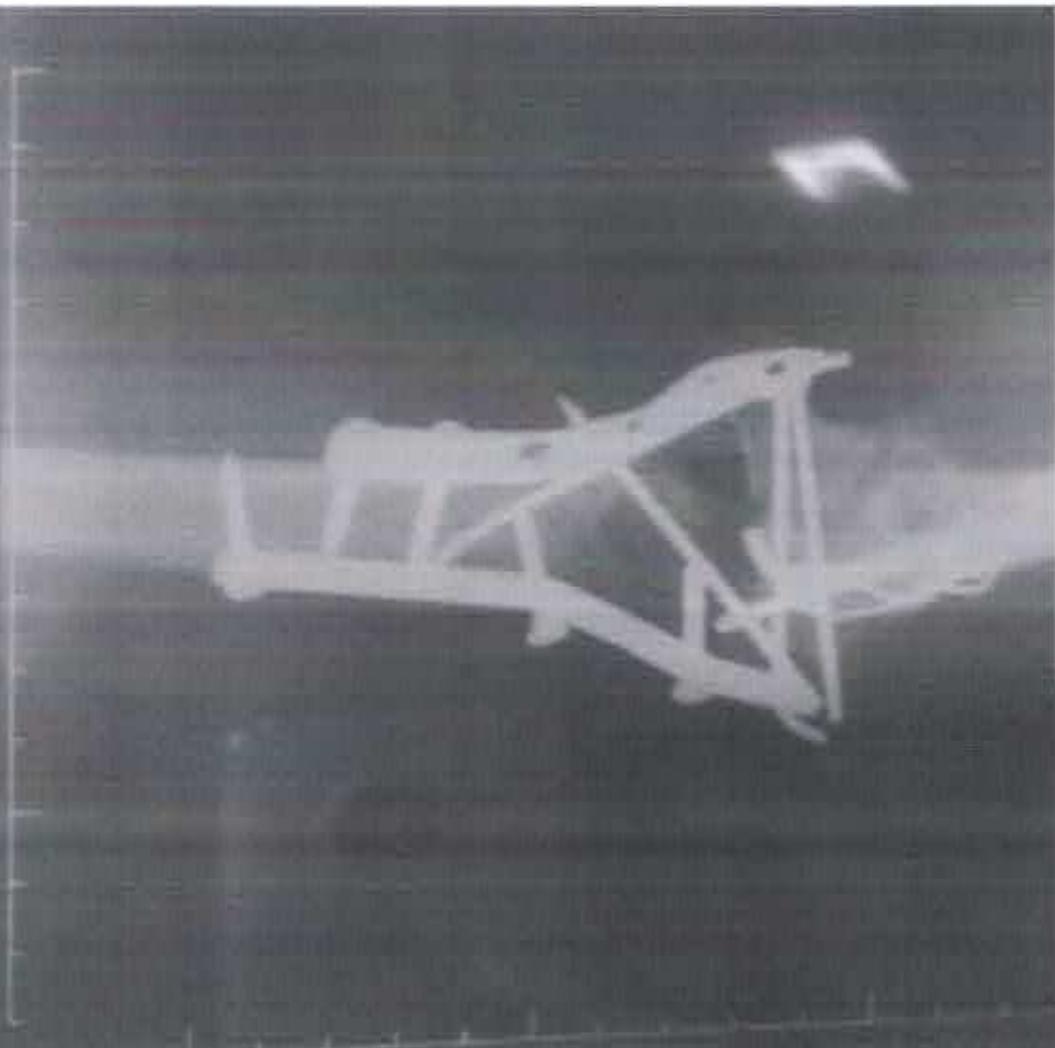
Diagnóstico: Fratura cominu-
tiva do úncus nasal
com perda de substâ-
cia óssea

Prece de
MELHORE SUA LETRACOM *Receita*
Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Demétrio Gouveia, 400 / Centro / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

14.11.19.

956126 MARIA DAS DORES SOARES (F)
06.09.2019
HOSPITAL ANTONIO TARGINO



1
936126 MARIA DAS DORES SOARES F
05/09/2018
HOSPITAL ANTONIO TARGIMO

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

DATA DE EMISSÃO DA DECLARAÇÃO (PROPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

31/9/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

31/9/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Maria das Dores Soárez

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de costela D

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Treatmento cirúrgico de fratura de
costela D - ALTA 6/9/19

ALTA MÉDICA:

SIM NÃO

EXISTE ALGUM DEFÍCIT OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? SIM NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

1) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSIVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE

2) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFFECTADO

1º Perda de prensa membro com edema

2º (t.+14+) hiperemia - prensa viscosa

3º articular com risco de necrose intima e extrema

4º Perda de extensão e flexão

5º Graví

PERÍODO QUE APRESENTE OU DEIXOU A VÍTIMA NO PERÍODO DE: Novembro

Dezembro

23/12/19

DATA

Assinatura e Caráter

ESTADO DE PERNAMBUCO
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUNIL

26
01



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARIA DAS DORES SOARES

Nº da identidade

0246006-57

Endereço

10/08/77



Informações sobre o veículo

Placa: PDG-4322

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 110I

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 109

Cor predominante: BRANCA

Chassi: 9C2JC7000HR300792

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2018/2017

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

IC RESTRIÇÕES

> NADA CONSTA

VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

 Consultar débitos

 Localizar o documento do veículo

**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: 3200000708
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Dores Soares
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pe Neves, 26
Centro Cachoeirinha PE CEP: 55380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5384207
Data local do acidente: [01/09/2019]
Data local do exame: [10/01/2020] CARUARU [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO DISTAL DIREITO COM PERDA ÓSSEA

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

Tratamento: CIRÚRGICO

Complicações: NDN

Data da Alta: VITIMA NAO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

RIGIDEZ EM FLEXÃO DO COTOVELO DIREITO

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

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

Sim Não

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

DANO DO COTOVELO DIREITO

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):

COTOVELO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

Dra. Andrea Rodrigues Madeira
CPF - 846.667.813-15
CRM/PE - 19953


Andrea R. Madeira
CRM-19953

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO DISTAL DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Descrição do exame físico: RIGIDEZ EM FLEXÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO COTOVELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO DISTAL DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Descrição do exame físico: RIGIDEZ EM FLEXÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO COTOVELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9,13.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG.15 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9,13.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG.15 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00