
Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158193

Vítima: RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

Data do Acidente: 19/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

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

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:

685.544.862-34

4 - Nome completo da vítima:

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

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

5 - Nome completo:

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

6 - CPF:

685.544.862-34

7 - Profissão:

RECUSO-ME

8 - Endereço:

ESTRADA DA FLORESTA

9 - Número:

1893

10 - Complemento:

11 - Bairro:

FLORESTA

12 - Cidade:

RIO BRANCO

13 - Estado:

ACRE

14 - CEP:

69.912-452

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(68)99922-8705

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)

AGÊNCIA:

3022

8

CONTA:

7907

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (Lei nº 6.194/74), 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 Líder 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.

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 (ou nascos)?

☐

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RIO BRANCO AC 27/04/2020

Rodrigo Bernardo Mustafa Alves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

R. MANIFE (CENTRO SOCIEDUCATIVO ACRE)

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

06 HORA DA OCORRÊNCIA

08:21

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

11/05/16

09 DIA DA SEMANA

Quinta

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

COLISÃO ☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1

MOLHADO ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

II

15 N° DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☒
COM VÍTIMAS ☐

VEÍCULO / CONDUTOR
VI

16 NOME CONDUTOR

SUVENEL CORREA DA SILVA

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

09/09/70

19 ENDEREÇO

EST. DAS MARTINS N: 5186 / CS. UNIVERSITARIO / TEL: 9958-2255

20 1ª HABILITAÇÃO

25/10/9993

21 CATEGORIA

AE

22 PRONTUÁRIO

00830984986

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ NÃO ☒ 3

27 MARCA

MMC/L200

28 ESPÉCIE

ESP

29 PLACA

MET9831

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

IACY GOMES SOUZA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

93XHNK7409C852764

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

36 AVARIAS

SGROR FRONTAL

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

NORTE/SUL

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

37 CARRO

X 

39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

VEÍCULO / CONDUTOR
VII

42 NOME CONDUTOR

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

29/09/80

45 ENDEREÇO

R. ANDARAIA N: 150 / CS. OURICURE / TEL: 9922-8705

46 1ª HABILITAÇÃO

18/03/2005

47 CATEGORIA

AC

48 PRONTUÁRIO

03551672220

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☒ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☒ NÃO ☐ 3

53 MARCA

VAMAH/LANDERXT220

54 ESPÉCIE

PAS

55 PLACA

QLY8312

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

966KG0210E0066738

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

62 AVARIAS

SGROR ANTERIOR ESQUERDO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

SUL/NORTE

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

63 CARRO

X 

65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

TESTEMUNHAS

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE N°

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE N°

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

VÍTIMAS	82 NOME	83 SEXO	84 NASCIMENTO	85 ENDEREÇO	86 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS	87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº	88 USAVA CINTO
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA	92 SEXO	93 NASCIMENTO	95 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS	96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº	97 USAVA CINTO
	91 NOME	92 SEXO	93 NASCIMENTO	95 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS	96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº	97 USAVA CINTO	
	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS	96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº	97 USAVA CINTO			
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA					

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

INFORMO A V. S.ª QUE A COLISÃO DA SUSTEIGA VOLANTE
OCCORRER NO LOCAL E FORMAÇÃO ACORDADO ENTRE O CONDUTOR DA
CARA COM SEUS PROPRÍOS DANOS, CONFORME PROCESSO Nº 080
630-14.2016; DESPACHO DE COMPETÊNCIA Nº 58.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
VI	VII	Jonathas Araújo da Silva
105 NOME	106 NOME	Ag. Trânsito - Matr. 9300619
JULIANA L. DA SILVA	RODRIGO; ALVES	
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
[Assinatura]	Rodrigo Benedito Mustafa Alves	[Assinatura]
111 LOCAL	112 DATA	
BRASO BRANCO	19/05/16	

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:

685.544.862-34

4 - Nome completo da vítima:

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

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

5 - Nome completo:

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

6 - CPF:

685.544.862-34

7 - Profissão:

RECUSO-ME

8 - Endereço:

ESTRADA DA FLORESTA

9 - Número:

1893

10 - Complemento:

11 - Bairro:

FLORESTA

12 - Cidade:

RIO BRANCO

13 - Estado:

ACRE

14 - CEP:

69.912-452

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(68)99922-8705

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: _____

AGÊNCIA: 3022

8

CONTA: 7907

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 (Lei nº 6.194/74), 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 Líder 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.

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 (ou nascos)?

☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RIO BRANCO AC 27/04/2020

Rodrigo Bernardo Mustafa Alves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Nº da Conta: 00001301119235
Mês de referência: 02/2020
Período: 21/01/2020 a 20/02/2020
Data de emissão: 21/02/2020

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Travessa Campo do Rio Branco, 450
CEP: 69905-022 - Rio Branco - AC
I.E.: 101363100177
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0023-78

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES
ESTRADA ESTRADA DA FLORESTA 1893
FLORESTA
69912-452 R BRANCO - AC

Vencimento
06/03/2020

Total a Pagar
R\$ 54,99

Aguarde informações
referentes ao Vivo Valoriza

Seus Números Vivo
68-99922-8705

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Planos Anatel

116/POS/SMP - VIVO CTRL DIGITAL NOVO 4GB

O que está sendo cobrado de 21/01/2020 a 20/02/2020	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CTRL DIGITAL NOVO 4GB	1	1	54,99	-	-	54,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
BÔNUS CONTA DIGITAL	1	1	0,00	500MB	-	0,00
PCT INTERNET CONTROLE 1GB 12M	1	1	0,00	1,00GB	-	0,00
Subtotal Serviços Contratados						54,99

TOTAL A PAGAR

54,99

MENSAGEM PARA VOCÊ

A conta detalhada está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitada impressa, de forma permanente ou não.
No app Meu Vivo além de ativar conta digital, você acompanha seu consumo de internet e solicita 2ª via de conta.
Você também pode ser atendido através do WhatsApp. É muito simples. Adicione o número 11 999 15 15 15 e fale com Vivo.

Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.
ANATEL 1331 e 1332 para deficientes auditivos. Recurso de atendimento Vivo: ligue com o protocolo em mãos para 1058 e 142 para pessoas com deficiência de fala/audição.



Nome do Cliente

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

Vencimento

06/03/2020

Total a Pagar - R\$

54,99

Cód. Débito Automático 1301119235-8

Nº da Conta 00001301119235

Mês Referência 02/2020

846900000007

549900531001

013011192351

920025336073

Autenticação Mecânica





Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: MURIB

Para: Dr. Vitor

Nome do paciente: Rafael Bernardo Mendes Alves

Hipótese diagnóstica: Lesão contusa do joelho

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atender na urgência
(No consultório)

7

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1241

DATA: 11/11/16

ASSINATURA



Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho e Artroscopia



Dr. Rodrigo Minuano C. R. Santos
CRM 745-AC SBOT 8.406

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia - CRM 1241-AC

PROGRAMA DE FORTALECIMENTO MEMBROS INFERIORES

- 1 - Bicicleta com banco elevado/ cuidado para não colocar o pé rodado externo ou interno no pedal.
- 2 - Fortalecimento de quadríceps com exercícios de cadeia fechada (leg press agachamento), não flexionar o joelho mais de 70 graus nos exercícios, cuidado não colocar os pés rodados no aparelho ou valgizar os joelhos ao realizar os movimentos.
- 3 - Fazer exercícios de cadeia aberta somente o final da extensão (mesa romana).
- 4 - Fortalecimento da panturrilha.
- 5 - Fortalecimento de abdutores.
- 6 - Fortalecimento de flexores do quadril, rotadores externos e glúteo médio.
- 7 - Alongamento da banda íleo tibial/ e isquiotibiais flexores do joelho.
- 8 - Não fazer esteira, subir escadas, ladeiras e ficar muito tempo sentada com joelhos flexionados.
- 9 - Ao dirigir colocar assento do veículo o mais distante possível dos pedais.
- 10 - Exercícios na água a vontade.
- 11 - Após diminuir os sintomas iniciar corrida leve no plano.

Rodrigo Minuano C. R. Santos
Ortopedia E traumatologia
Cirurgia do Joelho E Artroscopia
CRM 745-AC SBOT 8406

Assinatura do Médico com CRM

Dr. Rodrigo Minuano C. R. Santos
CRM 745-AC SBOT 8.406

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia - CRM 1241-AC

Rio Branco Acre, 11 / 11 / 16



Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho e Artroscopia



A O A A

Dr. Rodrigo Minuano C. R. Santos
CRM 745-AC SBOT 8.406

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia - CRM 1241-AC

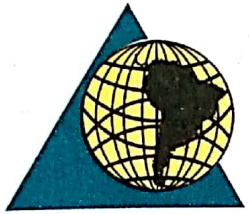
RECEITUÁRIO MÉDICO

Bo Induqueto

Indueto para Rodrigo Bernardo M. Plus
15 dias de uso com oitocinco dias de
parada, recitório postoluto e
atualização.

7/11/11/16

Rodrigo Minuano C. R. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho e Artroscopia
CRM 745 - AC SBOT 8406



Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho e Artroscopia



A O A A

Dr. Rodrigo Minuano C. R. Santos
CRM 745-AC SBOT 8.406

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia - CRM 1241-AC

RECEITUÁRIO MÉDICO

Rauo meduso

Uao mltto:

© ARPADOL 400mg — 2 doses

Taxon © 1g de 12/12 horas

7/11/11/15

Rodrigo Minuano C. R. Santos
Ortopedia E traumatologia
Cirurgia do Joelho E Artroscopia
CRM 745-AC SBOT 8406



Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: Rodrigo Bernardo Montenegro Alves

O paciente supracitado apresenta Do de antebraço
do pulso a partir de 16/09/17

ou há 10 dias, tendo sido tratado com procedimento
cirúrgico no pulso

No momento, encontra-se melhor para atividades
laborais por 60 dias

Rodrigo Minuano C. R. Santos
Ortopedia E traumatologia
Cirurgia do Joelho E Artroscopia
CRM 745 AC BBOY 8406

CID:

M82.915B32

26/09/17



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: Rodolfo B. Montenegro Alves

Uma unidade:

① Dipirona 500 mg — 60 gms

Taxon @ 1q de 6/6 h

② Nimulide 100 mg — 30 gms

Taxon @ 1q de 12/12 h

DATA: 15/09/12

Rodrigo Miranda C. R. Santos
Otorrinolaringologista
CARIMBO do João de Barros, 2014
CRM 745 - RJ - 2014/08

ASSINATURA



Governo de Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: RODRIGO BELUANO MACHADO SANTOS

O paciente supracitado apresenta PO TUMOR DE OSTEOCONDROPLASTIA

NO JOELHO (E) a partir de 10/09/17

ou há 6 SEMANAS, tendo sido tratado com OSTEOCONDROPLASTIA

E IMMOBILIZAÇÃO

No momento, encontra-se NO REPOSIÇÃO, SENDO

QUE POSSUE INCAPACIDADE PARCIAL DOMINATIVA

DO LEME A MODERADA PARA O JOELHO (E)

CID: S83.2 / M77.4

Dr. Rodrigo Minuano C. R. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho Artroscopia
CRM 745 AC TEST 8408

Médico

10/11



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: DOMINGOS BEVENATO MUSTARDAS PEREIRA

Uso interno:

① CLINDAMICINA 300mg — 42g

Tamoxifeno 20mg de 2/2 dias

DATA: 30/10/11

Dr. Rodrigo Miruano C. R. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho Artroscopia
CRM 745 - AC TEOT 8406

ASSINATURA



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: Adelys Buxxelo

Vao xello:

① Mobility — 90°/0°

Tumor @ 1°/0° 1x/1do

DATA: 20 / 10 / 14

CARIMBO
Dr. Rodrigo Miruano C. R. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho Artroscopia
CRM 74516 ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

* FUNBESA
* UPA DO
TUCUMÃ
* UNINORTE
* POSTO
RONEY
MEIRELES
* FAMETA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE <i>It</i>			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Rodney Raimundo Meireles</i>			Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO MASC.() FEM.()
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Miosturnus</i>	CID 10	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CID	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CID	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CID	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CID	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CID	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>- Lúo caudal deca / Po ortuandicidote</i>		CID 10 PRINCIPAL	
OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO <i>19/09/17</i>	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		<i>[Assinatura]</i>

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2512243 DATA: 04/12/2017 HORA: 17:48 USUARIO: GRACIETE
CNS: 700403444409843 SETOR: 01-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RODRIGO BERNARDO MUSTAFA DOC.: NT
IDADE: 37 ANOS NASC: 29/09/1980 SEXO.: MASCULINO
ENDERECO: RUA ANDORINHA CASA 2 Q 46 NUMERO: 650
COMPLEMENTO: BAIRRO: PLACAS
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.: 69900-000
NOME PAI/MAE.: /MARIA DAS GRACAS BERNARDO MUST
RESPONSAVEL: TIA -MUSTAFA TEL.: 99922 8705
PROCEDENCIA: PLACAS
ATENDIMENTO: CONSULTA/PRESCRICAO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE.: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

EXAM.COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

2ª 4ª 6ª

MS / DATASUS
POLICLINICA TUC

SSAME 13.0.0.0

=====
* CARTAO DE INSCRICAO
=====

Paciente N. 00078131 CNS:70040344440984

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

Pront.	Data de Nascimento
00	29/09/1980

Cadastrado em 19/09/2017
Por : CLAUDINEY

=====
25-09-2017 8:00 fisioterapia
=====



**SISTEMA
FUNDHACRE**

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

RETORNO AMBULATORIAL

Médico

TOGA

Paciente

Retorno em: *4 dias* Dias/CID: _____

Observações

Rodrigo Minuano C. R. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho e Artroscopia
CRM 140

ASSINATURA

DATA

05, 08, 12



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COMPROVANTE DE CADASTRO

NOME DO PACIENTE: Rodrigo Bernardo Murtas

ESPECIALIDADE: Ortopedia Joelho

MUNICÍPIO: Rio Branco

DATA DE ENTRADA: 26/09/17

ATENDENTE: Renan

OBS: O original do encaminhamento ficará retido nesta unidade. O paciente deverá trazer este comprovante ao comparecer nesta unidade para retirar o comprovante de marcação da consulta.

Ortopedia e Artroscopia

ASSINATURA

DATA 10 / 17



SISTEMA

FUNDHACRE

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

RETORNO AMBULATORIAL

Médico

TOGAHO

Paciente

Retorno em: 4 semanas Dias/CID:

Observações

Redrigo Minuano C. R. Santos
Ortopedia E traumatologia
Cirurgia do Joelho E Artroscoopia

ASSINATURA

DATA

10 17



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COMPROVANTE DE CADASTRO

NOME DO PACIENTE: Rodrigo Bernardo Murtel

shes

ESPECIALIDADE: Ortopedia Joelho

MUNICÍPIO: Rio Branco

DATA DE ENTRADA: 05/12/17

ATENDENTE: Dimayma

OBS: O original do encaminhamento ficará retido nesta unidade. O paciente deverá trazer este comprovante ao comparecer nesta unidade para retirar o comprovante de marcação da consulta.

ESTADUAL DO ACRE

AL

ASSINATURA

DATA 05/12/17



SISTEMA
FUNDHACRE

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

RETORNO AMBULATORIAL

Médico

Teodoro

Paciente

Retorno em: *4 Semanas* Dias/CID: _____

Observações

Dr. Rodrigo Miranda C. R. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho e Artroscopia
CRM 11.0405

ASSINATURA

DATA *05/12/14*



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COMPROVANTE DE CADASTRO

NOME DO PACIENTE: Rodrigo Bernardo Mustoso

Alves

ESPECIALIDADE: Ortopedia - Joelho / Minuano

MUNICÍPIO: Pinó Branco

DATA DE ENTRADA: 30 / 10 / 17

ATENDENTE: Jura

OBS: O original do encaminhamento ficará retido nesta unidade. O paciente deverá trazer este comprovante ao comparecer nesta unidade para retirar o comprovante de marcação da consulta.

ACRE

**SISTEMA
FUNDHACRE**

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

RETORNO AMBULATORIAL

Médico

TOQUHO

Paciente

Retorno em: 4 SEMANAS **Dias / CID:** _____

Observações

Dr. Rodrigo Minuano C. R. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho Artroscopia
CRM 8406

CRM ASSINATURA

DATA

30 / 10 / 17



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COMPROVANTE DE CADASTRO

NOME DO PACIENTE:

Rodrigo Bernardo Mustafa Alves

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIA - JOELHO

MUNICÍPIO:

Rio Branco

DATA DE ENTRADA:

08 / 05 / 18

ATENDENTE:

Alce Martins

OBS: O original do encaminhamento ficará retido nesta unidade. O paciente deverá trazer este comprovante ao comparecer nesta unidade para retirar o comprovante de marcação da consulta.

Observações

Dr. Rodrigo Minuano L. R. Santos

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia do Joelho Artroscopia

CRM 743 AC, FERT 8406

ASSINATURA

DATA

08 / 05 / 18

ACRE



SISTEMA

FUNDHACRE

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

RETORNO AMBULATORIAL

Médico

João

Paciente

Retorno em: 05 dias/CID: _____

Observações

Dr. Rodrigo Minuano L. R. Santos

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia do Joelho Artroscopia

CRM 743 AC. FERT 8406

ASSINATURA

DATA

07.05.18



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COMPROVANTE DE CADASTRO

NOME DO PACIENTE: RODRIGO
BERNARDO MUSTARD A.

ESPECIALIDADE: R. MINUANO

MUNICÍPIO: ED

DATA DE ENTRADA: 27.8.18

ATENDENTE: [assinatura]

OBS: O original do encaminhamento ficará retido nesta unidade. O paciente deverá trazer este comprovante ao comparecer nesta unidade para retirar o comprovante de marcação da consulta.

TAL ESTADUAL DO ACRE

ORIAL

/ CID: _____

CRM 134
[assinatura]
ASSINATURA

DATA 27.08.18



**SISTEMA
FUNDHACRE**

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

RETORNO AMBULATORIAL

Médico

TOURAO

Paciente

Retorno em: 3 meses Dias / CID: _____

Observações

Dr. Rodrigo Minuano C. R. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho Artroscopia
CRM 745 - AC

ASSINATURA

DATA

27 08, 18

Nome: RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

Idade: 35 A

Exame :RM JOELHO ESQUERDO

Atendimento: 36234

Data: 23/06/2016

TÉCNICA:

Exame realizado com imagens obtidas em T1 e DP, em aquisições multiplanares, sem a administração de contraste intravenoso.

RELATÓRIO:

Lesão osteocondral no terço inferior da faceta medial da tróclea, com fragmento osteocondral medindo 1,8 x 1,3 x 0,6 cm e lâmina líquida interposta entre o fragmento e osso subcondral de 0,2 cm. Associa-se edema da medula óssea subjacente.

Contusões ósseas no terço anterior do planalto tibial lateral e posterior do planalto tibial medial.

Fissura condral profunda na faceta medial da patela, sem alterações do osso subcondral.

Cisto sinovial/gangliônico em íntima relação com a cápsula posterior da articulação tibiofibular proximal, multiloculado, parcialmente caracterizado, medindo pelo menos 3,9 x 2,1 cm

Espessamento cicatricial das fibras proximais do ligamento colateral medial.

Moderado derrame articular com espessamento sinovial reacional.

Patela tópica.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Demais superfícies condrais regulares, sem fissuras ou erosões evidentes.

Degeneração do corno posterior do menisco medial, sem roturas.

Menisco lateral com forma, contornos e sinal preservados, sem sinais de lesão.

Ligamentos cruzados e colateral lateral com continuidade, espessura e sinal conservados.

Tendões quadricipital e patelar sem particularidades.

Sinais de cisto de poplíteo roto, caracterizado por lâmina líquida interposta entre o subcutâneo e a fáscia periférica do gastrocnêmio medial.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Lesão osteocondral instável no terço inferior da faceta medial da tróclea. Associa-se edema da medula óssea subjacente.

Contusões ósseas no terço anterior do planalto tibial lateral e posterior do planalto tibial medial.

Cisto sinovial/gangliônico em íntima relação com a cápsula posterior da articulação tibiofibular proximal, multiloculado, parcialmente caracterizado.

Fissura condral profunda na faceta medial da patela, sem alterações do osso subcondral.

Espessamento cicatricial das fibras proximais do ligamento colateral medial.

Moderado derrame articular com espessamento sinovial reacional.

Sinais de cisto de poplíteo roto, caracterizado por lâmina líquida interposta entre o subcutâneo e a fáscia periférica do gastrocnêmio medial.


DRA. MÁIRA SANTIAGO
CRM/AC 1502



Nome: RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

Idade: 37 A

Exame :RM-JOELHO ESQUERDO

Atendimento: 109786

Data: 07/12/2017

TÉCNICA:

Realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1, T2 e DP.

RELATÓRIO:

Leve espessamento crônico da porção proximal dos ligamentos colaterais, mais evidente do lateral.
Discreta alteração degenerativa do ligamento cruzado anterior, sem roturas.
Ligamento cruzado posterior íntegro.
Discreta alteração degenerativa do corno posterior do menisco medial, sem roturas.
Menisco lateral de morfologia e sinal habituais.
Fissura condral que delamina até a camada profunda na faceta medial da patela, sem alterações subcondrais.
Afilamento e irregularidades da cartilagem que reveste a faceta medial da tróclea, que pode estar relacionado a manipulação cirúrgica prévia, com irregularidades e pequenos cistos subcondrais.
Tendão quadríceps e ligamento patelar sem alterações.
Moderado edema da gordura infrapatelar lateral, por hipersolicitação do mecanismo extensor.
Moderada tendinopatia e leve peritendinite do gastrocnêmio medial e semimembranoso, sem roturas.
Discreta peritendinite da pata anserina.
Pequeno derrame articular com leve sinovite e pequeno corpo livre condral junto a porção superior da gordura de Hoffa, de 0,6 cm.
Cisto de Baker alongado e lobulado, com sinais de rotura parcial e pequeno extravasamento líquido nos planos mioadiposos da fossa poplíteia.
Estrias fibrocatriciais na gordura de Hoffa, por manipulação cirúrgica prévia.
Demais estruturas ósseas, superfícies condrais e planos miotendíneos preservados.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Leve espessamento crônico da porção proximal dos ligamentos colaterais, mais evidente do lateral.
Discreta alteração degenerativa do ligamento cruzado anterior.
Discreta alteração degenerativa do corno posterior do menisco medial.
Condropatia patelar. Sinais de condroplastia na faceta medial da tróclea.
Sinais de moderada hipersolicitação do mecanismo extensor.
Moderada tendinopatia e leve peritendinite do gastrocnêmio medial e semimembranoso.
Discreta peritendinite da pata anserina.
Pequeno derrame articular com leve sinovite e pequeno corpo livre condral junto a porção superior da gordura de Hoffa.
Cisto de Baker alongado e lobulado, com sinais de rotura parcial.

DRA. MÁIRA S. P. PARENTE

MÉDICA RADIOLOGISTA

CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA



Nome: RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

Idade: 38 A

Exame :RM-JOELHO ESQUERDO

Atendimento: 168470

Data: 06/02/2019

TÉCNICA:

Realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1, STIR/T2 fat sat e DP.

RELATÓRIO:

Discreta ruptura horizontal na periferia da transição entre o corpo e o corno posterior do menisco medial, com extensão para a superfície externa desta região.

Discreto espessamento do ligamento colateral medial, mais evidente no seu terço proximal, de aspecto cicatricial.

Menisco lateral de aspecto discoide recobrimdo parcialmente o platô tibial correspondente, com intensidade de sinal preservada.

Ligamentos meniscocapsulares de aspecto habitual.

Estruturas tendíneas e ligamentares que compõem o canto posterolateral sem alterações evidentes.

Patela normoposicionada, segundo índice de Caton-Deschamps, sem inclinação significativa.

Alteração de sinal na cartilagem articular do terço médio da faceta medial da tróclea caracterizada por áreas de baixo sinal em todas as sequências e que acometem toda sua espessura condral, associada a foco de edema do osso subcondral.

Nota-se superfície condral nesta topografia sem desnivelamento significativo.

Observa-se também discreta alteração de sinal na cartilagem articular da faceta medial da patela, sem alterações subcondrais evidentes.

Tendões dos quadríceps e patelar sem alterações evidentes.

Alteração de sinal difusa no ligamento cruzado anterior, com áreas de discreto alto sinal nas ponderações em T2, mais evidentes no seu terço distal, onde observa-se discreto espessamento.

Ligamento cruzado posterior em topografia habitual, com orientação de suas fibras e intensidade de sinal preservadas.

Cisto de Baker medindo cerca de 1,1 x 0,8 cm no plano axial.

Demais estruturas ligamentares e musculotendíneas de aspecto habitual.

Derrame articular de pequeno volume.

Nota-se derrame articular tibiofibular proximal de moderado volume associado a provável cisto sinovial, parcialmente visualizados no presente exame.

Feixes neurovasculares sem alterações.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Sinais de ruptura horizontal no menisco medial.

Alterações do ligamento colateral medial de aspecto cicatricial.

Menisco lateral discoide parcial, sem evidências de lesões.

Alterações na cartilagem articular da faceta medial da tróclea associadas a discreto foco de edema do osso subcortical/subcondral, que podem estar relacionados à manipulação cirúrgica prévia.

Necessário correlação com antecedentes e tempo cirúrgicos.

Condropatia patelar inicial, sem evidências de lesões condrais.

Alterações no ligamento cruzado anterior, que podem estar relacionadas a degeneração e/ou lesão parcial.

Necessário correlação clínica.

Cisto de Baker.

Derrame articular de pequeno volume.

Derrame articular tibiofibular proximal de moderado volume associado a provável cisto sinovial, parcialmente visualizados no presente exame.



DRA. MÁIRA S. P. PARENTE

MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES
Médico (Solicitante): Dr.(a) RODRIGO MINUANO
Data: 06/02/2019 Sexo: Masculino
Convênio: SUS SESACRE

Ident. 168480

Idade: 38a, 4m, 8d

RX-JOELHO ESQUERDO CARGA

RELATÓRIO:

Discreta redução do espaço articular tibio-femural associada a osteofitose incipiente os côndilos femurais.

Ausência de fratura, erosão ou destruição óssea.

Patela com inserção alta.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

OS ACHADOS RADIOGRÁFICOS DESCRITOS REVELAM:

- SINAIS DE GONARTROSE GRAU 1.
- PATELAR COM INSERÇÃO ALTA.

RIO BRANCO – AC, 18 de fevereiro de 2019



DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

Polgar Direito

Rodrigo Bernardo Mustafa Alves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
NOME

351499

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11/02/2016

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

FILIAÇÃO

BISMARCK ALVES DA SILVA

MARIA DAS GRAÇAS BERNARDO MUSTAFA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

RIO BRANCO - AC
DOC. ORIGEM

29/09/1980

CERTD NASC 17.920 FLS 297 LIV 15-A

2 DE RIO BRANCO-AC

CPF

685.544.862-34

2 VIA

SANRDO ROBERTO GUINIA RODRIGUES
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123120/20

Vítima: RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

CPF: 685.544.862-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/05/2016

Titular do CPF: RODRIGO BERNARDO
MUSTAFA ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES : 685.544.862-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES
CPF: 685.544.862-34

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123120/20

Vítima: RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

CPF: 685.544.862-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/05/2016

Titular do CPF: RODRIGO BERNARDO
MUSTAFA ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES : 685.544.862-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES
CPF: 685.544.862-34

RODRIGO BERNARDO MUSTAFA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA