

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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.282,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04478

CONTA: 000000018171-7

Nr. da Autenticação D74161E99161215E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159416 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCA SANTOS **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DA MÃO DIREITA,
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG.7,10,12,14,15,16,19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE

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 RESIDUAL DE JOELHO ESQUERDO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: LAUDOS MÉDICOS, PÁGINAS 01;02;20;21.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			9,5 %	R\$ 1.282,50

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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200159416 **Vítima: ANTONIO FRANCA SANTOS**

Data do Acidente: 22/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FRANCA SANTOS

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\$ 1.282,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ANTONIO FRANCA SANTOS

Valor: R\$ 1.282,50

Banco: 104

Agência: 000004478

Conta: 0000018171-7

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,



MÉDICO ANA

DIAGNÓSTICO 157

GESTANTE () MAIS DE 24H () TRANSFERÊNCIA ()

INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

CÓDIGO 96

1. Identificação do Paciente

Nome: Antônio Franco Santos CPF: 04632765535

Cartão do SUS: 706201593095165 Idade: Estado Civil:

Sexo () Masc. () Fem.

Endereço: Rua Ponta da Areia, Poá, SP Data de Nascimento: 14/03/88

Nome da Mãe: Maria Lúcia Franco Município de Nascimento:

Nome do Pai: Tel.:

Ocupação Profissional:

Acidente: Local: Tipo:

Classificação de Risco/ Atendimento do Enfermeiro Hora:

() Vermelho/Atendimento Imediato () Laranja/Muito Urgente (até 10min) () Amarelo/Urgente (até 60min)
() Verde (até 120 min) () Azul (até 240min) Enfermeiro (assinatura e carimbo):

() Demanda Espontânea () Encaminhamento () SAMU

2. Anotações de enfermagem e/ou queixa principal:

3. Anamnese Médica:

Painel Alveolar, com dor que não cede
C/ Tensão muscular, que desce

4. História Pregressa: () DM () HAS () Cardiopatias () Doença Oncológica () Outros

5. Alergias: () Não () Sim Quais?

6. Tabagista: () Não () Sim Período? Etilista: () Não () Sim Período?

7. Uso de medicações contínuas: () Não () Sim Quais?

8. SINAIS VITAIS PA mmHg: FC: FR: SpO2:

Peso: Temp: Glicemia mg/dl:

9. Anamnese/ Exame físico:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÃO INTESTINAL	REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	RESPIRAÇÃO	PROCEDIMENTOS
Apetite: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Aumentado (<input type="checkbox"/>) Diminuído	Consciência:	(<input type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Cateter	(<input type="checkbox"/>) Medicação (<input type="checkbox"/>) Curativo
Via de Administ: (<input type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Parenteral (<input type="checkbox"/>) Outras	(<input type="checkbox"/>) Alerta (<input type="checkbox"/>) Letárgico (<input type="checkbox"/>) Obrnulado (<input type="checkbox"/>) Torporoso (<input type="checkbox"/>) Comatoso	(<input type="checkbox"/>) Máscara (<input type="checkbox"/>) Eupneia (<input type="checkbox"/>) Dispneia (<input type="checkbox"/>) Taquipneia (<input type="checkbox"/>) Bradipneia (<input type="checkbox"/>) Biot (<input type="checkbox"/>) Cheyne-Stokes (<input type="checkbox"/>) Kussmaul	(<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) Lav.intestinal (<input type="checkbox"/>) Lavagem gástrica (<input type="checkbox"/>) Nebulização (<input type="checkbox"/>) Aspiração (<input type="checkbox"/>) Drenagem (<input type="checkbox"/>) Outros
Presença de: (<input type="checkbox"/>) Náuseas (<input type="checkbox"/>) Vômitos _____ quantidade	ELIMINAÇÃO VESICAL	(<input type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) SVI	
Abdome: (<input type="checkbox"/>) Plano (<input type="checkbox"/>) Globoso (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Doloroso a palpação Elim. Intestinal: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Frequência _____ vezes (<input type="checkbox"/>) Constipação (<input type="checkbox"/>) Diarreia (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Outros:			

10. Passagem de sonda: () Alívio () Folley nº do cateter: _____ () com restrição () sem restrição
Características da diurese: _____ Enf.responsável: _____

11. Preencher ficha de agravos de notificação? () Sim () Não. Qual? _____

12. Dieta: () Normal/Livre () Líquida () Pastosa () Restrita para _____

Pátnur

1 A V.C NÃO ESPECIFICADO	40 DERMATITE DAS FRALDAS	79 FERIMENTO DA CABEÇA	118 MORDEDURA DE GATO
2 ABORTO ESPONTÂNEO	41 DERMATITE SEBORREICA	80 FERIMENTO DO PUNHO E DA MÃO	119 MORDEDURAS E PICADAS DE INSETOS
3 ABSCESSO CUTÂNEO	42 DIABETES DESCOMPENSADA	81 FERIMENTO DO TORNozELO E DO PE	120 NAUSEA E VÔMITOS
4 ABSTINÊCIA	43 DIARRÉIA E GASTROENTERITE	82 FIMOSE	121 OTITE EXTERNA
5 AFECÇÕES DAS UNHAS	44 DIP	83 FLEBITE E TROMBOLEBITIS	122 OTITE MÉDIA
6 ANEMIA	45 DISFAGIA	84 FRATURA D. CLAVÍCULA	123 OXIRIASIS
7 ANEMIA FALCIFORME	46 DISFUNÇÃO DO LABIRINTO	85 FRATURA D. MÉMBO INFERIOR	124 PANCREATITE
8 APENDÍCITE	47 DISÍRIA	86 FRATURA D. MÉMBO SUPERIOR	125 PARALISIA DO NERVO FACIAL
9 ARRITMIAS CARDIACAS	48 DISPEPSIA	87 GASTRITE	126 PARESTESIA EM MEMBROS
10 ARTRALGIA	49 DISPNEIA	88 GECA	127 PÉ DIABÉTICO
11 ASMA	50 DOENÇA CEREBROVASCULAR	89 GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO	128 PICADA DE COBRA
12 AZIA	51 DOENÇA DE BOCA	90 GONCERREI	129 PICADA DE ESCORPIÃO
13 BRENITE / TENOSINOVITE	52 DOENÇA DE MÃO	91 HAS (PIPO) (HIPERTERMICO)	130 PLAQUETOPENIA
14 BRONCOSPOSMO	53 DOENÇA DE PÉ	92 HEMIFLEGI	131 PNEUMONIA COMUNITÁRIA
15 BRONQUIOLITE AGUDA	54 DOENÇA REUMATICA DA VALVA MITRAL	93 HEMORRAGIA DIGESTIVA	132 PNEUMONIA NASOCOMIAL
16 BRONQUITE AGUDA	55 DOENÇAS DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN	94 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	133 POLIARTRITE
17 BURSITE E TENDINITE	56 DOR	95 HEMORRÓIAS	134 PRÉ-ECLAMPSIA
18 CAMPACIOTALGIA	57 DOR ABDOMINAL E PÉLVICA	96 HERNIA ABDOMINAL	135 PRURIDO
19 CAXUMBÁ	58 DOR DE DENTE	97 HERNIA INCUNAL	136 QUEDA DA MESMA ALTURA
20 CEFALÉIA	59 DOR MUSCULAR	98 HERNIA ILEAL	137 QUEDA DE MOTO
21 CELULITE	60 DOR NA COLUNA	99 HERPES SIMPLEX	138 REAÇÃO ALÉRGICA
22 CERUME IMPACTADO	61 DOR TESTICULAR	100 HERPES ZONAL	139 RINITE ALÉRGICA E VASOMOTORIA
23 CERVICALGIA	62 DOR TORÁCICA	101 HIPERGLICEMIA	140 SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL
24 CHIKUNGUNYA	63 DORSALGIA	102 HIPERINÉSE	141 SINCOPE
25 CIRROSE ALCOÓLICA	64 ECLAMPSIA COM HAS PRE EXIGENTE	103 HIPERPLASIA DA PROSTATA	142 SÍNDROME RESPIRATÓRIA (SHRS)
26 COLESTITISE	65 EDEMA AGUDO DE PULMÃO	104 HIPOGLICEMIA	143 SÍNDROME VIRAL AGUDA
27 COLEDOCOLITIOSE	66 EFEITO TÓXICO DO ALCOOL	105 HIPOTENSÃO	144 SINUSITE
28 COLELITIASIS	67 ENFISEMA	106 HORDEOLIS E CALAZIO	145 TOMBROSE VENOZA
29 CÓLICA BILIAR	68 ENXAQUECA	107 IMPÉTIGO	146 TONTURA
30 CONJUNTIVITE AGUDA	69 EPIGASTRALGIA	108 INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO (IAM)	147 TOSSE
31 CONTATO COM INSETOS	70 EPILEPSIA NÃO ESPECIFICADA	109 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	148 TRANSTORNOS FOBICOS ANSIOSOS
32 CONTATO LÍQUIDOS QUENTES	71 EPISÓDIOS DEPRESSIVOS	110 INSUFICIÊNCIA CARDIACA CONGESTIVA	149 TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
33 CONVULSÃO	72 ERISIPELA	111 INTOXICAÇÃO EXÓGENA	150 TUBERCULOSE RESPIRATÓRIA
34 CORPO ESTRANHO OUVIDO	73 ESCABIOSE	112 IVAS	151 ULCERA EM MUL
35 CORPO ESTRANHO TRATO DIGESTIVO	74 ESQUIZOFRENIA	113 LARINGITE E TRAQUEITE AGUDAS	152 URTICARIA
36 CORPO ESTRANHO TRATO RESPIRATÓRIO	75 EXAME LESÃO CORPORAL	114 LUXAÇÃO, INTORSE	153 VARICELA (CATAPORA)
37 DENGUE CLÁSSICO	76 FARIGOGNIGDALIT (AMIDALITE)	115 MENSURUAÇÃO EXCESSIVA	154 VIROSE
38 DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO	77 FEBRE	116 MIASIS	155 VÔMITOS
39 DERMATITE ATÓPICA	78 FEBRE REUMATICA	117 MORDEDURA DE CÃO	156 ZICA

Prescrição / Evolução Médica

O sac. faltou o ur

d um alcool em

- Prolol faltou toal s--

- P. Bals. Pto de o--

- faltou toal

Anotações de Enfermagem

ACESSO VENOSO: ()Scapl nº _____ ()Gelco nº _____ Hora: _____ Responsável: _____

24-15 h. Administrado medicamentos prescritos, mantendo limpeza do local de inserção. *Assinatura de Santos*

2:02 h.

Visto RX tratava do indicador Direito

Inserção tuba?

RX intruso paciente: Resonan cavitativo

En. Cistopedia.

() Óbito () Alta () Unidade de Transferência

Data: ___/___/___ Hora: ___/___/___

Ana Fernanda L. de Moura
Médica
CRM/SP 1004
CRM/F/SP 1004

Assinatura do Responsável

Rx
MS/DATASUS HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIANo. DO BE: 753193 DATA: 23/12/2019 HORA: 18:00 USUARIO: MTSSOUZA
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO FRANCA SANTOS DOC...: 32529937
IDADE.....: 31 ANOS NASC: 14/03/1988 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO....: Povoado PONA DE AREIA NUMERO:
COMPLEMENTO....: BAIRRO:
MUNICIPIO....: PACATUBA UF: SE CEP...: -
NOME PAI/MAE...: AGNALDO SANTOS /MARIA CONCEICAO FRANCA SANTOS
RESPONSAVEL...: O PROPRIO SUS:706201593095165 TEL...:
PROCEDENCIA...: PROPRIA-SE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

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

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

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):

DIA: 11/12/2019 HORA: 18:00 HORA: 18:00 [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

BUSCA ESPONTÂNEA

Ortopedista

 SAMU

Quela Principal:

Avaliação ortopédica

Dermatologia-Duração da Quela: Agudo CrônicoHistória Pregressa: DM Cardiopatias IAS Endoscopia Tabagista **ALÉRGIAS:** nega.

Outros: Acidente motociclistico.

Dados Vitais:

P.A.: X FC: TAx: PR: Glicemias: SPO₂: Peso:

RESPONSÁVEL (ASS. E CARIMBO)

HORA DO ATEND: 18 08

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMENSE

DATA / HORA

Quela de mota entrou com trauma em braço
joelho (E)
Rx: Fr 2º MTC (D)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MÉDICO: AZUL VERDE AMARELO VERMELHO

DIAGNÓSTICO:

Fr Músculo (D)

CID: S02.3

PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA / HORA

(D) Profund. Ocup. (AM)

19.05

APL/

Dr. José Augusto Xavier Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 3802 - CRM/AL 5303

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

DATA / HORA

19.05 Medicado e liberado efusão - refardene 355680



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACATUBA - PACATUBA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008816/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/01/2020 13:38

Data/Hora Fim: 23/01/2020 14:10

Delegado de Polícia: José Luiz Accioly Teixeira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Pacatuba

Data/Hora do Fato: 22/12/2019 21:00

Local do Fato

Município: Pacatuba (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Estrada do Betume

CEP: 49.970-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO FRANCA SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 14/03/1988 Idade: 31 anos
Naturalidade: SE - Pacatuba Profissão: Pedreiro
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: MARIA CONCEICAO FRANCA SANTOS Nome do Pai: AGNALDO SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 046.327.635-35

RG - Carteira de Identidade: 32529937

Endereço

Município: Pacatuba - SE
Logradouro: RUA BELA VISTA
Complemento: CASA
Bairro: AREA RURAL
Telefone: (79) 99837-9530 (Celular)

Nº: 467

CEP: 49.970-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição honda cg titan

CPF/CNPJ do Proprietário 048.065.895-19

Placa QKO4012

Renavam 01018529311

Número do Motor KC16E6F006977

Número do Chassi 9C2KC1660FR006977

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

Cor VERMELHA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Aracaju

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Delegado de Polícia Civil: José Luiz Accioly Teixeira

Página 1 de 2

Impresso por: Rodrigo Freitas Reale

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 23/01/2020 14:10

Protocolo nº: Não disponível



Antônio França Santos

[Signature]



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACATUBA - PACATUBA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008816/2020

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 08/11/2017

Situação do Veículo NADA CONSTA

Envolvimentos

Nome Envolvido

Possuidor

ANTONIO FRANCA SANTOS

RELATO/HISTÓRICO

CITA O DECLARANTE QUE, NO DIA 22/12/2019, POR VOLTA DAS 21:00 HORAS, ESTAVA TRANSITANDO COM A MOTOCICLETA, DE SUA IRMÃO ANDREZA, DE PLACA QKO4012, RENAVAN 01018529311, CHASSI 9C2KC1660FR006977, PELA ESTARDA DO BETUME, QUE LIGA AS CIDADES DE NEÓPOLIS E PACATUBA/SE, QUANDO COLIDIU EM UM BURACO OU EM UMA PEDRA E PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CAINDO AO CHÃO. QUE, COM A QUEDA, BATEU O ROSTO, MÃO DIREITA, JOELHO E PÉ ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDO POR AMIGOS E POR SEU GENITOR, NO CARRO PARTICULAR. QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL PÚBLICO DE NEÓPOLIS/SE, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL PÚBLICO DE PROPRIÁ/SE. QUE TEVE ALTA MÉDICA NO MESMO DIA. QUE NÃO PAGOU PELOS ATENDIMENTOS PRESTADOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS. QUE RECEBEU OITO PONTOS CIRÚRGICOS NO ROSTO, UM NO JOELHO E OS OSSOS DA MÃO FRATURADOS. QUE NÃO PASSOU POR CIRURGIA. QUE FOI INFORMADO QUE ALGUNS OSSOS DA SUA MÃO DIREITA COLARAM ENTRE SI. QUE OS MÉDICOS INFORMARAM QUE O MELHOR É O DECLARANTE NÃO FAZER CIRURGIA E SIM FISIOTERAPIA. QUE NÃO POSSUI GASTOU APROXIMADAMENTE R\$ 500,00 (QUINHENTOS) REAIS COM REMÉDIOS E EXAMES. QUE NÃO POSSUI NOTAS FISCAIS DESSAS GASTOS. QUE É HABILITADO. SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Rodrigo Freitas Reale
Apolo de Policia
Matrícula 1084
Responsável pelo Atendimento

ANTONIO FRANCA SANTOS
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Colunista e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

José Luiz Accioly Teixeira
Delegado de Policia
Matrícula 597

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159416 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCA SANTOS **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DA MÃO DIREITA,
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG.7,10,12,14,15,16,19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE

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 RESIDUAL DE JOELHO ESQUERDO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: LAUDOS MÉDICOS, PÁGINAS 01;02;20;21.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			9,5 %	R\$ 1.282,50