

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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000020846-2

Nr. da Autenticação 7A4F154C709A3D22

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190611792
Nome do(a) Examinado(a): Adelman Joaquim dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Av Simplicio F de Souza, 106 Casa
Centro Nossa Senhora da Gloria SE CEP: 49680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 490145
Data local do acidente: [10/09/2018]
Data local do exame: [13/11/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO CALCÂNEO COM ENTORSE DE TORNOZELO À DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE TORNOZELO E CALCÂNEO.
Complicações: BLOQUEIO NO TORNOZELO, RETRO E MESO PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS
Data da Alta: 11/09/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++)/4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, EDEMA DE MODERADO VOLUME NO TORNOZELO E PÉ, DOR E BLOQUEIO NO TORNOZELO, RETRO E MESO PÉ, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 05° / EXTENSÃO 15°
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 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


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

04.03.2019

Nome do Cliente: JOSE ADEMARIO MOTA BARROS
CPF: ***-**-**-**

Endereço: AV SIMPLICIO F DE SOUZA, 106, ANDAR CASA, N. SENHORA DA GLORIA, 49680-000

Grupo/Assinatura/Leitura: 703001/00268 Data de Leitura: 11/03/2019 Medidor: A16N354800 Contribuição Econômica: RES: 1

Leit. Anterior		261		HISTORICO DE CONSUMO	
Leit. Atual		273			
Consumo Faturado (m3)		12		REF.	(m3)
Média de consumo (m3)		10		02/19	00010
Ocorrência de Leitura				01/19	00014
Data da Leit. Anterior		07/02/19		12/18	00011
Dias de Consumo		32		11/18	00010
Média diária (m3)		0,31		10/18	00012
Previsão para Próx. Leit.		10/04/19		09/18	00008

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
COFINS 4,15 PASEP 0,90

Serviços	Valor
AGUA	54,62
ESGOTO	0,00

03/2019 VENCIMENTO: 14/03/2019 Total a Pagar R\$ 54,62

"REAJUSTE TARIFARIO E DE SERVICOS APROVADO E PUBLICADO NO DIARIO OFICIAL EM 31/01/2019 DE 5,89%, A SER APLICADO NAS FATURAS EMITIDAS A PARTIR DE 01/03/2019"

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.565/2010.

CANALIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4028-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Coliformes Totais	Exigência COT
Nº Máximo de Amostragem Exigida	50	10	50		50	
Nº de Amostras Aceitáveis	83	83	83		83	83

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.Pelo exposto, eu João Marcos De O. Rosainscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioAdelmar Joaquim dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 169.944.505,20do sinistro de DPVAT cobertura universalidade da Vítima Adelmar Joaquim dos Santosinscrito (a) no CPF sob o Nº 169.944.505,20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Dos Saneiros</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Residencial</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>J. Sra Da Gloria</u>	Estado: _____
E-mail: <u>marcosdugloria@gmail.com</u>	CEP: <u>49.680-000</u>	Tel.(DDD): <u>49.9918 9207</u>

Local e Data: J. Sra Da Gloria 26.03.19João Marcos De Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 13:19:28

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

10/09/2018 13:19:28

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -**PESO**

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 10/09/2018 13:18 140942**SOLICITAÇÃO DE RAO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

• RX TORNOZELO D 2P

• RX PE D 2P

Promessa para: 14-09-2018**(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)****Atendente:** MAX**Obs:** Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 10/09/2018 13:18 140942**SOLICITAÇÃO DE RAO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

• RX TORNOZELO D 2P

• RX PE D 2P



LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 13:20:39

REVISÃO

1/1

DATA REVISÃO

10/09/2018 13:20:39

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -**PESO**

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO**CONTEÚDO IMPRESSO****APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM TRAMAL + BEXTRA****CLÍNICA ORTHO DAY HOSPITAL**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos Convênio: Particular D. N.: 15/01/1959 Horário: 13:20

Data: 10/09/2018

Recepcionista: MAX

Médico: BCN

MATERIAL / QUANTIDADE

Seringa descart. 10ml _____ und

Algodão _____ bola(s)

Ag. descart. 30x 07 _____ und

Povidine Tópico _____ ml

Seringa descart. 5 ml _____ und

Curativo _____ und.

Outro ⇨ _____

MEDICAMENTO / QUANTIDADE

Bextra _____

Tramal _____

Adrenalina (1mg) _____ amp

Movatec (15 mg) _____ amp

Água Bidestilada _____ amp

Profenid _____ amp

Bicarbonato Sódio _____ amp

Xilocaina 1% s/v(20ml) _____ amp

Depomedrol _____ amp

Xilocaina 2% s/v(20ml) _____ amp

Dexametasona _____ amp

Xilocaina spray _____ ml

Diprosan _____ amp

Soro Fisiologico _____ ml _____ und

Dipirona _____ amp

Outro ⇨ _____

Auxiliar de Enfermagem: _____

Taxa de Procedimento _____

102.265.918/0001-637
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. São João Prado Raimundo, nº 230
Bairro São José - CEP 49.015-200
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 13:43:30

REVISÃO

2/2

DATA REVISÃO

10/09/2018 14:24:32

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -**PESO**

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**IMOBILIZAÇÃO GESSADA - BOTA SEM SALTO****CLÍNICA ORTHO DAY HOSPITAL**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos Convênio: Particular D. N.: 15/01/1959 Horário: 13:42

Data: 10/09/2018

Recepcionista: MAX Local: MID

Médico: CBN

MATERIAL / QUANTIDADE

Atadura Gessada nº ____ und ____

Atadura Gessada nº ____ und ____

Malha Tubular nº ____ cm

Atadura Ortopédica (algodão ortopedico) nº ____ und ____

Salto Ortopédico ____ und ____

Outro ⇒ _____

Auxiliar de Enfermagem: _____

Taxa de Gesso: _____



LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 14:37:48

USUÁRIO

Bráulio Costa Neto

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

10/09/2018 14:38:07

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins de direito, que Adelvan Joaquim dos Santos, foi atendido em caráter de urgência e vítima de fratura do calcâneo direito, necessita fazer uso de cadeira de rodas e 01 par de muletas (tipo canadense) para sua locomoção por 60 dias a partir de hoje.

CID10: S92.0

102.365.918/0001-007
Ortografia e Redação
Rua General Prádo, 100 - Centro, 44000-000
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil
Telefone: (79) 3333-1111

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 13:42:29

REVISÃO

4/4

DATA REVISÃO

01/10/2018 13:43:49

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Símplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade: 15/01/1959****Convênio: Particular****Data: 01/10/2018 13:41 140942****SOLICITAÇÃO DE RAO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

- RX. CALCÂNEO D - 2P

Promessa para: 05/10/2018**(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)****Atendente: MD**

Obs: Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.

ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

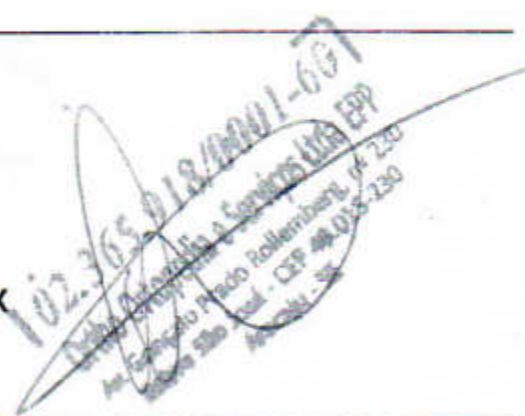
Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade: 15/01/1959****Convênio: Particular****Data: 01/10/2018 13:41 140942****SOLICITAÇÃO DE RAO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

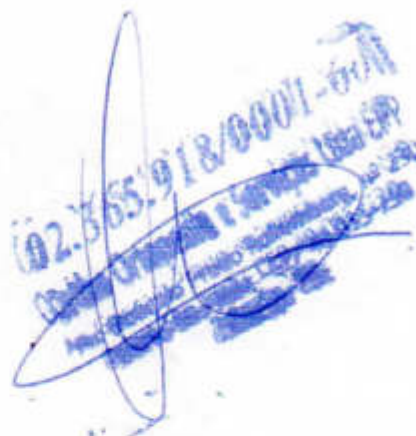
- RX. CALCÂNEO D - 2P

Promessa para: 05/10/2018**(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)**

PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**
01/10/2018 13:37:26**REVISÃO**
3/3
ESPECIALIDADE
-**DATA REVISÃO**
01/10/2018 13:48:18
REGISTRO CONSELHO
CRM SE 1305**USUÁRIO**
Braulio Costa Neto**IDENTIFICAÇÃO****PRONTUÁRIO** 140942
NOME DO PACIENTE Adelfan Joaquim dos Santos
NOME DA MÃE -**DATA NASCIMENTO** 15/01/1959
SEXO Masculino
NATURALIDADE -**ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -**PESO** **ALTURA** **PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO**

Solicito:

Rx.Calcaneo D 2p

Diagnóstico/Relatório: Paciente com artralgia aguda e fratura do calcaneo.
CID 10:M25.5+S92.0

PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 14:12:00

REVISÃO

1/1

DATA REVISÃO

01/10/2018 14:12:00

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

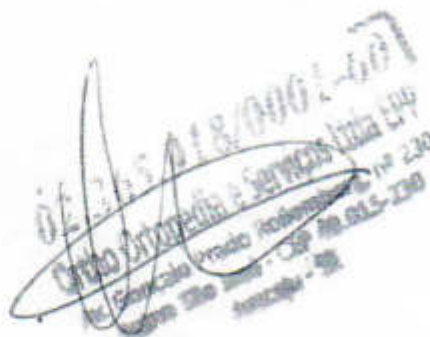
CONTEÚDO IMPRESSO

Imobilização Gessada: Bota Gessada (3.07.12.02-5)

Para Membro Inferior Direito

Diagnostico/Justificativa:Fratura do calcaneo

CID.10:S92.0



RECEITA

DATA INCLUSÃO
10/09/2018 14:19:35
USUÁRIO
Braulio Costa Neto

REVISÃO
3/3
ESPECIALIDADE
-

DATA REVISÃO
01/10/2018 14:01:54
REGISTRO CONSELHO
CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO

PRONTUÁRIO **NOME DO PACIENTE**
140942 Adelvan Joaquim dos Santos
NOME DA MÃE
-

DATA NASCIMENTO **SEXO**
15/01/1959 Masculino
NATURALIDADE
-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO **ALTURA** **PERÍMETRO CEFÁLICO**

CONTEÚDO IMPRESSO

Via Oral
Profenid Entérico _____ 1 caixa(s)
Tomar 01 cp até 2x/dia(12/12hs) se dor aguda ou persistente.

Via Oral
Lisador gts _____ 1 frasco(s)
Tomar até 40 gts até de 6/6hs se dor aguda ou persistente.

Elevar o pé engessado em almofada sempre que possível.
Revisão com 30 dias para trocar o gesso e fazer Rx de controle.
Não pisar com o membro afetado(usar 01 par de muletas).
Tel 999798824

02.365.918/0001-607
Ortão Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. Getúlio Prado Roldenberg, nº 230
Bairro São José - CEP 41.115-230
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**
10/09/2018 14:22:15**REVISÃO**
3/3
ESPECIALIDADE
-**DATA REVISÃO**
01/10/2018 14:09:37
REGISTRO CONSELHO
CRM SE 1305**USUÁRIO**
Braulio Costa Neto**IDENTIFICAÇÃO****PRONTUÁRIO** 140942
NOME DO PACIENTE Adelman Joaquim dos Santos**DATA NASCIMENTO** 15/01/1959
SEXO Masculino**NOME DA MÃE**
-**NATURALIDADE**
-**ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -**PESO**
-**ALTURA**
-**PERÍMETRO CEFÁLICO**
-**CONTEÚDO IMPRESSO****ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins de direito, que Adelman Joaquim dos Santos, foi atendido em caráter de urgência, na data de hoje e necessita de repouso e afastar-se do trabalho por mais 15 (quinze) dias, para tratamento médico, a partir de hoje.

CID10:S92.0+S93.2

102.365.912-0001-0347
Médico (Otorrinolaringologista) CRM 1305
Dr. Bráulio Costa Neto
Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - 49.200-000

LAUDO, ATESTADO, TEXTO

DATA INCLUSÃO
01/10/2018 14:09:40

REVISÃO
1/1
ESPECIALIDADE

DATA REVISÃO
01/10/2018 14:09:40
REGISTRO CONSELHO
CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO

PRONTUÁRIO **NOME DO PACIENTE**
140942 Adelvan Joaquim dos Santos
NOME DA MÃE

DATA NASCIMENTO	SEXO
15/01/1959	Masculino
NATURALIDADE	

ENDERECO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO	ALTURA	PERÍMETRO CEFÁLICO
------	--------	--------------------

CONTEÚDO IMPRESSO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito, que Adelman Joaquim dos Santos, foi atendido em caráter de urgência, na data de hoje e necessita de repouso e afastar-se do trabalho por mais 15(quinze) dias, para tratamento médico, a partir de hoje.

CID10:S92.0+S93.2

[Handwritten signature]

RECEITA**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 14:02:03

REVISÃO

3/3

DATA REVISÃO

01/10/2018 14:10:07

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**Via Oral****Profenid Entérico**

1 caixa(s)

Tomar 01 cp até 2xdia(12/12hs) se dor aguda ou persistente.

Via Oral**Lisador gts**

1 frasco(s)

Tomar até 40 gts até de 6/6hs se dor aguda ou persistente.

Elevar o pé engessado em almofada sempre que possível.

Revisão com 21 dias para trocar o gesso e fazer Rx de controle.

Não pisar com o membro afetado(usar 01 par de muletas).

Tel 999798824

02.365.918/0001-607
Central Ortopédica e Serviços Ltda EPP
Av. General Prudente Riedemann, nº 230
Bairro São José CEP 49.015-230
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 14:15:37

REVISÃO

2/2

DATA REVISÃO

01/10/2018 14:15:46

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -**PESO**

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**IMOBILIZAÇÃO GESSADA - BOTA
CLÍNICA ORTHO DAY HOSPITAL**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos Convênio: Particular D. N.: 15/01/1959 Horário: 14:15

Data: 01/10/2018

Recepcionista: TATIANA

Local: MID

Médico: BCN

MATERIAL / QUANTIDADE

Atadura Gessada nº ____ und ____

Atadura Gessada nº ____ und ____

Malha Tubular nº ____ cm

Atadura Ortopédica (algodão ortopedico) nº ____ und ____

Salto Ortopédico ____ und

Outro ⇒ _____

Auxiliar de Enfermagem: _____

Taxa de Gesso: _____

102.365.918/0001-11-01-1
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda - CNPJ
Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - CEP 49.115-200
Atividade: 88

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

06/10/2018 09:04:35

USUÁRIO

Laudos

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE

Cardiologia

DATA REVISÃO

06/10/2018 09:04:37

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1421

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959

Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos
Idade: 15/01/1959
Convênio: Particular
Médico: Dr. Bráulio Costa Neto
Data: 01/10/2018

LAUDO RADIOLÓGICO**CALCÂNEO D:**

Fratura impactada calcanear.
Osteofitose plantar calcanear.

102.365.918/0001-601
Sociedade Simplicio e Servicos Ltda EPP
Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil
CNPJ 102.365.918/0001-601


Dr. Gilmário Macedo de Oliveira
RADIOLOGISTA
CRM - 602/SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

23/11/2018 11:03:27

REVISÃO

2/2

DATA REVISÃO

23/11/2018 11:04:27

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

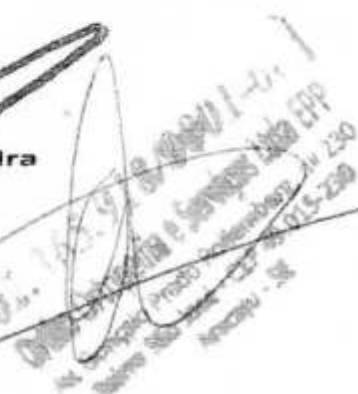
CONTEÚDO IMPRESSO

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos
Idade: 15/01/1959
Convênio: Particular
Médico: Dr. Bráulio Costa Neto
Data: 22/10/2018

LAUDO RADIOLÓGICO**CALCÂNEO D:**

Discreta osteoporose.
Fratura impactada calcanear.
Osteofitose plantar do calcâneo.


Dr. Gilmário Macedo de Oliveira
RADIOLOGISTA
CRM - 602/SE


Ortho Ortopedia e Serviços Ltda
Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil
CEP: 49.100-000
Fone: (79) 315-7200
E-mail: ortho@ortho.com.br
CNPJ: 08.909.011-01

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

26/10/2018 15:12:43

REVISÃO

2/2

DATA REVISÃO

26/10/2018 15:12:45

USUÁRIO

Laudos

ESPECIALIDADE

Cardiologia

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1421

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

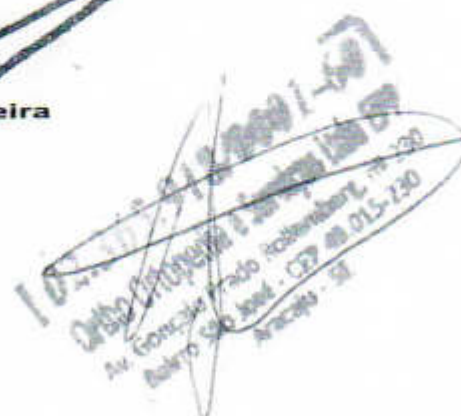
PERÍMETRO CEFÁLICO**CONTEÚDO IMPRESSO**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos
Idade: 15/01/1959
Convênio: Particular
Médico: Dr. Bráulio Costa Neto
Data: 22/10/2018

LAUDO RADIOLÓGICO**CALCÂNEO D:**

Discreta osteoporose.
Fratura impactada calcanear.
Osteofitose plantar do calcâneo.


Dr. Gilmário Macedo de Oliveira
RADIOLOGISTA
CRM - 602/SE



PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**

22/10/2018 12:23:01

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

22/10/2018 12:23:01

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO

Solicito:

Rx.Calcaneo D 2p

Diagnóstico/**Relatório**: Paciente com artralgia aguda e fratura do calcaneo.
CID 10:M25.5+S92.0

02-249/918/0001-001
Ordem de Exame
Dr. Gerson Pedro Rodrigues, nº 230
Bairro São João - CEP 49.065-100
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

22/10/2018 12:26:58

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

22/10/2018 12:26:58

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Símplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -**PESO**

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

Idade: 15/01/1959

Convênio: Particular

Data: 22/10/2018 12:26 140942

SOLICITAÇÃO DE RAIQ X

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX CALCANEQ D 2P

Promessa para: 26/10/2018

(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)

Atendente: MA

Obs: Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.

ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

Idade: 15/01/1959

Convênio: Particular

Data: 22/10/2018 12:26 140942

SOLICITAÇÃO DE RAIQ X

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX CALCANEQ D 2P

102265.918/0001-067
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº 230
Bairro São José - CEP 49.015-230
Aracaju - SE

RECEITA		
DATA INCLUSÃO 22/10/2018 13:03:50	REVISÃO 1/1	DATA REVISÃO 22/10/2018 13:03:50
USUÁRIO Braulio Costa Neto	ESPECIALIDADE -	REGISTRO CONSELHO CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO

PRONTUÁRIO 140942	NOME DO PACIENTE Adelvan Joaquim dos Santos	DATA NASCIMENTO 15/01/1959	SEXO Masculino
NOME DA MÃE -		NATURALIDADE -	

ENDEREÇO RESIDENCIAL
Rua Símplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO -	ALTURA -	PERÍMETRO CEFÁLICO -
------------------	--------------------	--------------------------------

CONTEÚDO IMPRESSO

Uso Externo
Acheflan Spray _____ **1 tubo(s)**
Aplicar 3xdia, 21 dias.

Não pisar por 21 dias e iniciar carga(pisar) a partir de 21 dias de maneira gradativa.
Manter 01 par de muleta por 21 dias e apenas 01 muleta a partir do 22º dia.
Revisão se necessário.
Tel 999798824

02.365.918/0001-607
Centro Ortopedia e Traumatologia SPP
Rua Gonçalves Prado Bulhões, nº 730
Bairro São José - CEP 49.075-230
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO

DATA INCLUSÃO	REVISÃO	DATA REVISÃO
10/10/2018 13:04:52	1/1	22/10/2018 13:04:58
USUÁRIO	ESPECIALIDADE	REGISTRO CONSELHO
Braulio Costa Neto	-	CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO

PRONTUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO	SEXO
140942	Adelvan Joaquim dos Santos	15/01/1959	Masculino
NOME DA MÃE		NATURALIDADE	
-		-	

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Símplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO	ALTURA	PERÍMETRO CEFÁLICO
-	-	-

CONTEÚDO IMPRESSO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito, que Adelvan Joaquim dos Santos,foi atendido em caráter de urgencia,na data de hoje e necessita de repouso e afastar-se do trabalho por mais 15(quinze) dias,para tratamento médico,a partir de hoje.
CID10:S92.0+S93.2

102.165.918/0001-607
Gratidão
Dr. Gonçalo, Médico
Nº 1305 - 127 de 013-250
Aracaju - SE

PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**

06/03/2019 11:43:14

USUÁRIO

Braillo Costa Neto

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

06/03/2019 11:45:48

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO

Solicito:

Rx.Tornozelo D 2p

Diagnóstico/**Relatório**: Paciente com artralgia aguda e sequela de fratura com sinovite, necessitando de avaliação radiográfica para diagnóstico e terapia de urgência.

CID 10: S92.0+M25.5



LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

06/03/2019 11:47:47

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

06/03/2019 11:47:47

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIALRua Símplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -**PESO**

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade: 15/01/1959****Convênio: Particular****Data: 06/03/2019 11:47 140942****SOLICITAÇÃO DE RAO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX TORNOZELO D 2P

Promessa para: 12/03/2019

(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)

Atendente: MA**Obs: Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.****ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade: 15/01/1959****Convênio: Particular****Data: 06/03/2019 11:47 140942****SOLICITAÇÃO DE RAO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX TORNOZELO D 2P

Promessa para: 12/03/2019

(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)

22

DETRAN - SE Nº 014562708162
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 01048542760 R.N.T.R.C. 00049764111 EXERCÍCIO 2018

NOME LATICINIOS SANTA MARIA LTDA

CPF/CNPJ 04.439.255/0001-85 PLACA QKR7460

PLACA ANT./UF QKR7460/SE CHASSI 953658244FRS14041

ESPECIE TIPO CAR/CAMINHÃO ABERTURA GR COMBUSTÍVEL DIESEL

MARCA/MODELO VW/17.280 CRM 4X2 4P ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP/POT/CIL 3P/10,45T/275C CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1 VENC./COTAS 1
P FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS 2
V 3
A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

AL.FIDUCIÁRIO BANCO BRADESUL S.A.

POSSEUIDOR: 20372547000114 OBSERVAÇÕES

MOTOR: 2094026A164025 SERIÉ: 81X05 DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

NOSSA SENHORA LOCAL LUCIANA C. DEB. CHAVES DE MELO DATA 27/11/2018

SE Nº 014562708162 BILHETE DE SEGURO DPVAT

27/11/2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CMT 3500 PBT 1600

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 27/11/2018

VIA ** CPF/CNPJ 04.439.255/0001-85 PLACA QKR7460

RENAVAM 1048542960 MARCA/MODELO VW/17.280 CRM 4X2 4P

ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 10 Nº CHASSI 953658244FRS14041

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 19,49 DENATRA (R\$) 2,16 CUSTO DO SEGURO (R\$) 21,66

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,18 TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO R\$ 47,56

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611792 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO COM ENTORSE DE TORNOZELO À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, EDEMA DE MODERADO VOLUME NO TORNOZELO E PÉ, DOR E BLOQUEIO NO TORNOZELO, RETRO E MESO PÉ, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 05° / EXTENSÃO 15°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611792 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO. P.4,13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.7

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.21 / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190252392

Vítima: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

169.944.505-20

Adelsoam Joaquim dos Santos

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

Nome completo:

Adelsoam Joaquim dos Santos

CPF:

169.944.505-20

Profissão:

Motorista

Endereço:

R. G. S. Monteiro Francisco de Souza

Número:

106

Complemento:

Carla

Bairro:

Centro

Cidade:

R. São João

Estado:

SE

CEP:

49.680-000

E-mail:

monicaadultra@ig.oi.com

Tel (DDD):

49.9918 9207

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3303

CONTA:

20846

2

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 6º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 032386/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/04/2019 09:44 Data/Hora Fim: 23/04/2019 10:10
Origem: Data: 26/03/2019
Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Especial de Atendimento À Grupos Vulneráveis - Nossa Senhora da Glória
Data/Hora do Fato: 26/03/2019 09:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora das Dores (SE)

Bairro: Povoado Bravo

CEP: 49.600-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALDEVAN JOAQUIM DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Vínculo	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Amigo/Colega	José Renilson Rosa	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: JOSÉ RENILSON ROSA (ENVOLVIDO)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Aldevan Joaquim dos Santos	Veículo	Caminhão/Caminhão Trator	Placa QKR7460, Chassi 953658244FR5141, Núm. Motor 2094026A164025, Renavam 01048542960	Exibidor
José Renilson Rosa	Veículo	Caminhão/Caminhão Trator	Placa QKR7460, Chassi 953658244FR514041, Núm. Motor 2094026A164025, Renavam 01048542960	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE POR VOLTA DAS 09H 00 DO DIA 10/09/2018 ESTAVA NA CARROCERIA DO VEÍCULO QKR 1460, CAMINHÃO MUNK DA MARCA VW/17.280, COR BRANCA, CONDUZIDO POR JOSÉ RENILSON ROSA EM DESLOCAMENTO ATÉ O REFERIDO POVOADO, A FIM DE REALIZAR A FUNÇÃO DE DESEMBARQUE DE TANQUES DE REFRIGERAÇÃO, QUANDO DE REPENTE ESCORREGOU DA PLATAFORMA DO VEÍCULO E CAIU AO CHÃO CAUSANDO-LHE LESÃO NO CALCANEIO DIREITO E ENTORSE COM LESÃO LIGAMENTAR AGUDA, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EM ANEXO. A PRESENTE COMUNICAÇÃO TEM POR FINALIDADE A OBTENÇÃO DO SEGURO DPVAT.

Samuel S. de B. Oliveira
Delegado de Polícia
Judiciária



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Diangeles Costa Mesquita
Data de Impressão: 23/04/2019 10:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 032386/2019-A01

ASSINATURAS

Diangeles Costa Mesquita
Responsável pelo Atendimento

Aldevan Joaquim dos Santos

(Comunicante / Vítima)

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

Samuel S. de B. Oliveira
Delegado de Polícia
Judiciária

Samuel Souza de Brito Oliveira

Delegado(a) de Polícia

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: Profissão: Endereço: CPF: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP: E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: 3303 Conta: 208462

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura
2ª Nome: CPF: Assinatura

Local e Data: Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 13:20:39

REVISÃO

1/1

DATA REVISÃO

10/09/2018 13:20:39

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO****APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM TRAMAL + BEXTRA****CLÍNICA ORTHO DAY HOSPITAL**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos Convênio: Particular D. N.: 15/01/1959 Horário: 13:20

Data: 10/09/2018

Recepcionista: MAX

Médico: BCN

MATERIAL / QUANTIDADE

Seringa descart. 10ml _____ und Algodão _____ bola(s)
Ag. descart. 30x 07 _____ und Povidine Tópico _____ ml
Seringa descart. 5 ml _____ und Curativo _____ und.
Outro ⇨ _____

MEDICAMENTO / QUANTIDADE

Bextra _____ Tramal _____
Adrenalina (1mg) _____ amp Movatec (15 mg) _____ amp
Água Bidestillada _____ amp Profenid _____ amp
Bicarbonato Sódio _____ amp Xilocaína 1% s/v(20ml) _____ amp
Depomedrol _____ amp Xilocaína 2% s/v(20ml) _____ amp
Dexametasona _____ amp Xilocaína spray _____ ml
Diprosan _____ amp Soro Fisiológico _____ ml _____ und
Dipirona _____ amp

Outro ⇨ _____

Auxiliar de Enfermagem: _____

Taxa de Procedimento _____

102365-918/0001-607
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda EPP
R. São João Prato Realiz. n.º 230
Bairro São José - CEP 49.000-000
Aracaju - SE