

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05978-1

CONTA: 00000005966-8

Nr. Autenticação

BRADESCO08082019050000000002370597800000005966253125 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190359407 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DA Perna E MALÉOLO, CALO ÓSSEO, ATROFIA RESIDUAL DA PANTURRILHA, EDEMA, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS De FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOCÉLIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA E 03 PARAFUSOS NA FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA; EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/06/2019

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190359407 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DA Perna E MALÉOLO, CALO ÓSSEO, ATROFIA RESIDUAL DA PANTURRILHA, EDEMA, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS De FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOCÉLIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA E 03 PARAFUSOS NA FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA; EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/06/2019

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190359407

Vítima: CARLOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359407 **Vítima: CARLOS DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 21/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: CARLOS DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005978-1

Conta: 000005966-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

588.002.395-87 Carlos Do Jascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:	Carlos Do Jascimento	CPF:	588.002.395-87
Profissão:	barbeiro	Número:	251
Enderço:	Rua do São do Vale	Complemento:	Casa
Bairro:	Área Rural	Estado:	SE
Cidade:	Novo Senhor da Glória	CEP:	49680-000
E-mail:	marcosdegloria@gmail.com	Tel. (DDD):	79-999189002

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

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) CONTA:
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: 59 66
(Informar o dígito se existir) CONTA: 8
(Informar o dígito se existir)

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

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 o requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

INVESTPREV

03 JUN 2019

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 o 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Jossa Senhorada Glória; 29.05.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RODO
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 RODO, 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 REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048378/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2019 13:54 Data/Hora Fim: 07/05/2019 14:03
Delegado de Policia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 21/06/2018 06:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Logradouro: povoado mandacaru

Bairro: Povoado

CEP:49.680-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CARLOS DO NASCIMENTO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 11/05/1972
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA JUSTINA DE JESUS Nome do Pai: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 588.002.395-87

RG - Carteira de Identidade: 1163008

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Nº: RUA F, CASA 33

Logradouro: CONJUNTO ARTUR DIAS

Complemento: CASA

CEP: 49.680-000

Bairro: CENTRO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 694.073.045-15

Placa OEM5907

Renavam 00490358055

Número do Motor KD05E5C024425

Número do Chassi 9C2KD0550CR024425

Ano/Modelo Fabricação 2012/2012

Cor VERMELHA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Nossa Senhora da Glória

Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES

Modelo HONDA/NXR150 BROS ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 17/10/2012

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Delegado de Policia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira

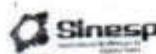
Página 1 de 2

Impresso por: Alfredo José de Oliveira Madeiro

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 07/05/2019 14:03

Protocolo nº: Não disponível



INVESTPREV

03 JUN 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048378/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
CARLOS DO NASCIMENTO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO VINHA GUIANDO A MENCIONADA MOTOCICLETA, MOMENTO EM QUE ESTA "DERRAPOU" PERDEU O CONTROLE E DESCEU PARA O ACOSTAMENTO DA PISTA, VIRANDO-A; QUE SE LESIONOU FISICAMENTE NO TORNOZELO ESQUERDO.

ASSINATURAS

Alfredo José de Oliveira Madeiro
Alfredo José de Oliveira Madeiro
Responsável pelo Atendimento

Carlos do Nascimento
CARLOS DO NASCIMENTO
(Vítima / Comunicante)

"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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

03 JUN 2019

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:

588.002.395-87 Carlos Do Jascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:	Carlos Do Jascimento	CPF:	588.002.395-87
Profissão:	barbeiro	Número:	251
Enderço:	Rua do São do Vale	Complemento:	Casa
Bairro:	Área Rural	Estado:	SE
Cidade:	Novo Senhor da Glória	CEP:	49680-000
E-mail:	marcosdegloria@gmail.com	Tel. (DDD):	79-999189002

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

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) CONTA:
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: 59 66
(Informar o dígito se existir) CONTA: 8
(Informar o dígito se existir)

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

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 o requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

INVESTPREV

03 JUN 2019

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 o 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Jossa Senhorada Glória; 29.05.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RODO
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 RODO, 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.

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO-BE: 360640
CNS:DATA: 21/06/2018 HORA: 09:56 USUARIO: MRMSOUZA
SERVI: 02-CONSULTORIO ADULTO

Alo

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS DO NASCIMENTO
 IDADE: 46 ANOS NASC: 11/05/1972
 ENDERECC: RUA CASTELO BRANCO
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: NOVO HORIZONTE
 MUNICIPIC: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP: 49680-000
 NOME PAI/MAE: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENT/MARIA JUSTINA DE JESUS
 RESPONSAVEL: O MESMO TEL.: 79 9942-8589
 PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIC DE AMBULANCIA: NAO

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

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

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU ABUS TRATO: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Vítima de grande de norte c/ edema e
 dor lombar no tornozelo (E)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:



DIAGNOSTICO:

CID:

PREScriPCAO

HORARIO DA MEDICACAO

- R do tornozelo (E) justificativa da queixa (E)
 - Dorsal lombar (E)

Grau 1/2 p/ ortopedista.

INVESTPREV

03 JUN 2019

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A DENTRO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO MENTORADIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SE SIM)

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS []APOS 48HS

FAMILIA [] IMI ANAT. PATOL

Blaueuslo
 Lavoro de S.A.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Antonio C. Pedrosa Neto
 Clinica Medica
 CRM: 1670
 CNES: 2887



INVESTPREV

03 JUN 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, joão carlito F. Da Silva

RG nº 1048489, data de expedição 22/05/14,

Órgão 6SP/SE, portador do CPF nº 694.073.045-15,

com domicílio na cidade de N.Sra Da Glória, no Estado de

Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Abrahão Carlos Cruz, nº 963

complemento lana, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

carlos do nascimento, cujo o condutor era

carlos do nascimento.

Veículo: moto Modelo: HONDA/NXR 150 Ano: 2012

Placa: 0EM 5907 Chassi: 9E2K00550CR024425

Data do Acidente: 21/06/18

INVESTPREV

03 JUN 2019

Local e Data: N.Sra Da Glória 07.05.19

Assinatura do Declarante

X José Carlito da Silva

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
HENRÍQUE MACIEL
RECONHECIMENTO

Reconheço por autenticidade as firmas indicadas de JOSE CARLITO FRANCISCO DA SILVA, CARLOS DO NASCIMENTO que conferem c/ o padrão reg. neste serventia. Dou fé.

Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de maio de 2019. Dou fé.

Eduardo Alves da Silva
EDUARDO ALVES DA SILVA (Escrivente)
29/05/2019 12:27:49 Valor Total R\$ 17,88
Selo TJSE: 201929574011872, Acessar:
<https://www.tjse.jus.br/xFLJBEG>



CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
HENRÍQUE MACIEL, ANTONÍO HENRIQUE BIANCHI MACIEL SILVA - Notário e Registrador
RECONHECIMENTO

Reconheço por autenticidade as firmas indicadas de JOSE CARLITO FRANCISCO DA SILVA, CARLOS DO NASCIMENTO que conferem c/ o padrão reg. neste serventia. Dou fé.

Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de maio de 2019. Dou fé.

Eduardo Alves da Silva
EDUARDO ALVES DA SILVA (Escrivente)
29/05/2019 12:27:49 Valor Total R\$ 17,88
Selo TJSE: 201929574011871, Acessar:
<https://www.tjse.jus.br/xFLJBEG>



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 546604
CNS:DATA: 21/06/2018 HORA: 12:22 USUARIO: JFSANTOS
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS DO NASCIMENTO DOC...: 1163008
 IDADE.....: 46 ANOS NASC: 11/05/1972 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA F LOTEMANTO ARTU DIAS NUMERO: 33
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-0
 NOME PAI/MAE...: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENT/MARIA JUSTINA DE JESUS
 RESPONSAVEL...: ESPOSA ELISANGELA TEL...: 99839382
 PROCEDENCIA...: NSA SRA DA GLORIA - SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Ficou com mordida de formigao
~~estava~~ Ficou com mordida de formigao

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

~~estava~~ Ficou com mordida de formigao

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Ficou com mordida de formigao
 TTO mordida

INVESTPREV

03 JUN 2019

Dr. Lucas S. Lima
 Ortopedia / Traumatologos
 CRM/SE 4770

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. PAT

Eliangela Souza da Silva
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. SR^{DA} DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HOSPITAL SUS

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Carlos DO NASCIMENTO

SEXO M

NASCIDO EM

11/05/72

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Queda de metade c/ tumore no tornozelo
esquedo c/ edema e dor lumb.

Pr → fistula de fistula (C.)

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO E
CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

→ Diagnóstico. Olhar (Jm)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

AVANÇADO DE ORGANO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

21/06/18

Dr. Antonio C. Pedroso
Clínica Médica
CRMAL 4879
CRMSE 3907

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 360640

DATA: 21/06/2016 HORA: 09:56 USUARIO: MRMSOUZA

CNS:

SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS DO NASCIMENTO DOC...: 498470-M
 IDADE....: 46 ANOS NASC: 11/05/1972 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA CASTELO BRANCO NUMERO: 281
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: NOVO HORIZONTE
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
 NOME PAI/MAE...: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENT/MARIA JUSTINA DE JESUS
 RESPONSAVEL....: O MESMO TEL...: 79 9942-8589
 PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-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 VIGLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Vitime de quele de moto c/ edema e
 dor lombar no tornozelo (C)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

→

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Rx do tornozelo (C) fratura da fibula (C)
 - Dicumarol. obs (S)

Encaminho p/ ORTOPEDISTA.

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS

Assinatura do paciente/Responsavel:

[] FAMILIA [] IMI ANAT. PATOL

Dr. Antonio C. Pedrosa Neto
 Clinica Medica
 CRM/MS 1870
 CRM/MS 3987

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HOSPITAL REGIONAL NOVA ALVES MELLO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE PAC

Data: _____

Horas da classificação: _____
 Quente: Agudo Crônico: _____
 Peso: _____ (Kg)

Profissão: _____
 História Pregressa: DM HAS Cardiopata Clínica Fisiologia
 Alergia Medicamentosa: Não Sim. Especificar: _____
 ESCALA DE COMA DE GLASGOW: _____

ESCALA DE PERTURBAÇÃO DA DOR: _____

1. so de Medicamento: Não Sim. Qual (s)? _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW											
RESPOSTA OBSERVADA											
Alerta	Resposta	Verbal	Motor	Reflexos	Olhos	Respiratória	Cardíaca	Palpebral	Respiratória	Motor	Reflexos
10	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000
9	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000
8	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000
7	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000
6	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000
5	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000
4	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000
3	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000
2	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000
1	123456789	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000	000000000

Horas da classificação: _____
 Data/Hora: _____

Evolução de Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Guto Rabelo Vasconcelos
 Sec. Prof. Dr. Guto Rabelo
 CRF-PR 00404

Vermetivo: Laranja: Amaral: Verde: Azul:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Horas: _____
 FC (bpm): _____
 FR (rpm): _____
 SPO2 (%): _____
 TAC (mmHg): _____
 PA (mmHg): _____
 Glucemia (mg/dl): _____
 Assinatura do profissional: _____

Relatório Médico

O Sr. Carlos do Nascimento
sofreu em 21.06.2018
acidente de motocicleta, em
torno de 30 dias após
foi submetido a fto cirúrgico
p/ correção de fratura
em fibula à Esquerda.

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Antônio Francisco de Souza, 47 - Centro - CEP: 49.680-000 - Nossa Senhora da Glória/SE
Fone: 79 3411.1068 - E-mail: saudegloria.se@gmail.com



INVESTPREV

03 JUN 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Carlos do nascimento (nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Jornalista , portador da cédula de identidade RG nº 1163.008 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 588.002.395-87 , residente na (endereço completo) Rua José Da Vali 251 , na cidade de N.Sra Da Glória , (UF) SE , CEP 49.680-000 , nomeio e constituo meu procurador , (nome do representante) João Marcos O. Rosa (nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Consultor portador da cédula de identidade RG nº 2.233.829 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00 , residente na (endereço completo) Rua 282 Silveira , na cidade de N.Sra Da Glória , (UF) SE , CEP 49.680-000 , a quem confiro amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Carlos do nascimento junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

(local e data) N.Sra Da Glória/SE, 29/05/2019

(assinatura) Carlos do nascimento

(RG) 1163.008

**CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE**

ANTÔNIO HENRIQUE BORGES MACIEL SILVA - Juiz da Registrador
HENRIQUE MACIEL

RECONHECIMENTO

Reconheço por autenticidade a firma indicada de CARLOS DO NASCIMENTO que
confera c/ o padrão reg. neste serventia. Dau fl.
Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de maio de 2019. Dau fl.

EDERALDO ALVES DA SILVA (Exarcebante)
28/05/2019 12:30:15 Valor Total: R\$ 0,00
Selo TJSE: 201929574011673, Acesse:
<http://www.tjse.jus.br/IGCQ3X>

Rua Edécio Vieira da Mello, 20
Centro - Fazenda Nossa Senhora da Glória/SE
CEP 49680-000 - Fone: 79 3411 1385
E-mail: 2gloria@tjse.jus.br



INVESTPREV
03 JUN 2019

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190359407**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

POV JOAO DO VALE , 251, CASA - AREAL RURAL - Nossa Senhora da Glória - SE - CEP 49680-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **1.163.008**

Data e local do acidente: [**21/06/2018**] **NOSSA SENHORA DAS DORES**

Data e local do exame: [**28/06/2019**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DA Perna E MALÉOLO, CALO ÓSSEO, ATROFIA RESIDUAL DA PANTURRILHA, EDEMA, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS De FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA E 03 PARAFUSOS NA FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA; EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

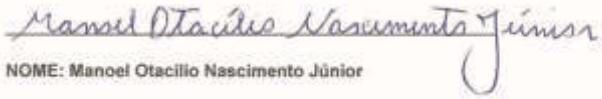
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.


NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE