



Número: **0036975-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------|
| JOAO ANTONIO DA SILVA NETO (AUTOR) | | EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) | | | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | | |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 68150 790 | 17/09/2020 16:52 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |



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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109193

Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

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,

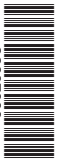
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15603377

Pag. 01869/01870 - carta_01 - INVALIDEZ

00020935





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, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109193

Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01255(01256 - carta_02 - INVALIDEZ

00050628



Carta nº 15620437





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, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109193

Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004753

Conta: 0000018835-0

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, retorne 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

Pag. 00773/00774 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou AGL: _____ 3 - CPF da vítima: 066.590.524-09 4 - Nome completo da vítima: JOÃO ANTONIO DA SILVA NETO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: JOÃO ANTONIO DA SILVA NETO 6 - CPF: 066.590.524-09

7 - Profissão: RECURSOU 8 - Endereço: RUA JOSE FIRMINO 9 - Número: 22 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RIBEIRÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: _____

15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: (81) 99710-9292

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATE R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4753 CONTA: 18835 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:
 - NÃO há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Sobito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autoavaliação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (embrão)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/viúvos vivos? Sim Não

Esta é a lista de quem a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte (seus beneficiários que se apresentaram e provarem esta condição), estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34 - _____ 35 - Nome legal de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIBEIRÃO - PE 06/02/20

João Antonio da Silva Neto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FFS 001 V002/2019





1753





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - 2ª DELEGACIA DE POLICIA
MURIBECA - DIM/6ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E4141000247**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/06/2018** às **11:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/2/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA EIXO DE INTEGRACAO, 01** - Bairro: **MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GRACILIANO ALVES DE COUTO (OUTRO)
JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO**

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

JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DULCILEIDE ANTÔNIA DA SILVA** Data de Nascimento: **29/10/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA JOSE FIRMINO, RIBEIRÃO - RIBEIRÃO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO, 22, RUA JOSE FIRMINO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIBEIRÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

GRACILIANO ALVES DE COUTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA PDP-3733 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GRACILIANO ALVES DE COUTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

CAMINHÃO HYUNDAI PLACA DESCONHECIDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**,



que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE TRANSITAVA EM UMA MOTO, DE PLACA PDP-3733, PELA AVENIDA EIXO DA INTEGRAÇÃO, EM MURIBECA, QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA DESCONHECIDA EFETUOU UMA CONVERSÃO, ONDE A VÍTIMA COLIDIU LATERALMENTE NO REFERIDO VEÍCULO DESCONHECIDO, VINDO A CAUSAR-LHE LESÕES. INFORMA TAMBÉM QUE FORA SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE NÚMERO S-436697, SENDO ENCAMINHADO PARA A UPDA DA IMBIRIBEIRA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

João Antônio da Silva Neto
JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO
(VÍTIMA)

Claudio Diego Rocha Martins Pereira
B.O. registrado por: **CLAUDIO DIEGO ROCHA MARTINS PEREIRA** - Matrícula: **297029-7**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 064.590.524-09 4 - Nome completo da vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO 6 - CPF: 064.590.524-09
7 - Profissão: RECEIPIANTE 8 - Endereço: RUA JOSE FERMINO 9 - Número: 22 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RIBEIRÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 99710-9292

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4753 CONTA: 18835
(Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle)

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, compreendendo, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas autorizadas, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascido(s) criança(s)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (à roga): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (à roga): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (à roga): _____
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIBEIRÃO - PE 06/02/20
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
FPS 001 0002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04753

CONTA: 000000018835-0

Nr. da Autenticação CE1AAA6966D0F062



Queixa Principal / História

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO CARRO-MOTO REFERINDO DOR NO PUNHO DIREITO

Antecedentes

DM: SIM NÃO

HAS: SIM NÃO

Alergia: SIM NÃO

Medicamentos: SIM NÃO

Exame Físico

| | | | |
|----------|------------|-------------------------|------------|
| EG Bom | Consciente | Orientado e Conversando | Hidratado |
| Nutrido | Corado | Acianótico | Anictérico |
| Eupnéico | Afebril | Sem Edemas | |

ACV: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AR: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AD: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

SN: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADO

SQU: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

ORL: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

Pele: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AP. Locomotor: EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T AL. (cm) SAT O₂

20





UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 07-02-2018 18:44

| | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome Paciente: | JOAO ANTONIO DA SILVA NETO |
| Cód. Paciente: | 501676 |
| Data de Nascimento: | 29/10/1986 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 33 |
| Senha: | A0226 |
| Convênio: | 2 - SUS - AMBULATORIO |
| Atendimento: | 1049169  |
| SAME: | |

Período: 07-02-2018 18:46 - 07-02-2018 18:47

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU JABOATÃO (BÁSICA 3) EM MACA, PRANCHA RÍGIDA, COLAR CERVICAL, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO (COLISÃO MOTO X CARRO), HÁ 2H, APRESENTA ESCORIAÇÃO EM PUNHO D, E REGIÃO TROCANTERICA DIREITA, NEGA VÔMITOS E PERDA DE CONSCIÊNCIA.

Observação:

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5

- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância

Observação

- NEGA ALERGIAS -



Acolhido(a) por: RICARDO JOSE OLIMPIO - COREN: 7362 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05-02-2020 11:03

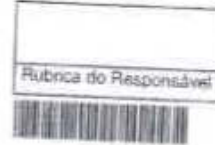
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Prescrição.: 1450799 Data: 07/02/2018 19:01
Usuário.: ANTONIOMSCF
Atendimento: 1049169 Dt Nasc: 29/10/1985 (31a 7m 27d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 801676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
Peso.: Altura: Sup. Corpora:
Internação.: 07/02/2018 18:50 0 Dias(a) int
Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leto.: Cobertura:
Cid.: 5602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

| | Cid | Unidade | SN | ApI | Frequência | Datas/Horários |
|---|---------------------------------------------------|---------|----|-----|------------|----------------|
| 1 | RX PUNHO DIREITO A P. / PERFIL : Exame: 272303 | | | | | |

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição: 1450792 Data: 07/02/2018 19:13
Usuário: ANTONIOMSCF
Atendimento: 1049199 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 27d)
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Paciente: 501576 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
Peso: Altura: Sup. Corpórea:
Internação: 07/02/2018 18:50 0 Dias(a) int
Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Inf.: ATENDIMENTO-SPA Leito: Cobertura:
Cid.: S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Cidc.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS

| | Qty | Unidade | SN | Apf | Frequência | Datas/Horários |
|------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 1 C.C. CETOPROFENO IV PO/SOL. INJ.100MG | 1 | FA | | IV | Agora | |
| -> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA | 1 | UN | | | | |
| -> ESCALPE N. 21 | 1 | UN | | | | |
| -> AGUA BIDESTILADA SOL. INJ. 10ML | 1 | AMP | | | | |
| Obs. | | | | | | |
| -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL | 1 | UN | | | | |
| 2 C.C. DIPHENYDRAZINA SOL. INJ. 1G - 2ML | 1 | AMP | | IV | Agora | |
| -> ESCALPE N. 21 | 1 | UN | | | | |
| -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL | 1 | UN | | | | |
| -> AGUA BIDESTILADA SOL. INJ. 10ML | 1 | AMP | | | | |
| -> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA | 1 | UN | | | | |



Prescrição.: 1480793 Data: 07/02/2018 19:13
Usuário...: ANTONIOMSCF
Atendimento: 1049165 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 27d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 501676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
Peso...: Altura: Sup. Corpora:
Internação.: 07/02/2018 18:50 0 Dias(a) int
Médico...: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid...: S602 CONTUSÃO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MÃO Cido.../ /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

2 CURATIVO TRAUMA

| Qtd | Unidade | SN | Appl | Frequência | Datas/Horários |
|-----|---------|----|------|------------|----------------|
| | | | | Agora | |

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1450794 Data: 07/02/2018 19:14
Usuário.: ANTONIOMSCF
Atendimento: 1049169 Dt Nasc: 29/10/1995 (31a 7m 27d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 501676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
Peso.: Altura: Sup. Corpora:
Internação.: 07/02/2018 18:50 0 Dias(s) int
Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid int.: ATENDIMENTO SPA Leito.: Cobertura:
Cid.: 5602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Cto.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

| | Ord | Unidade | SN | Apr | Frequência | Data/Horário |
|--------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|--------------|
| 3 C.C. TALA GESSADA AXILO PALMAR M | | 1 | | | | |
| -> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11 FIOS | | 1 UN | | | | |
| -> ATADURA CREPE 10CM X 4,5M 11 FIOS | | 4 UN | | | | |
| -> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11 FIOS | | 2 UN | | | | |
| -> ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA | | 1 UN | | | | |
| -> ATADURA GESSADA 20CM X4,0M BRANCA | | 1 UN | | | | |



Prescrição.: 1450827 Data: 07/02/2018 20:03
Usuário.: SAULPRM
Atendimento: 1049169 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 27d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 501875 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
Peso.: Altura: Sup. Corpora:
Internação: 07/02/2018 18:50 0 Dias(s) Int
Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS - CRM 21129
FUNÇÃO MEDICO(A) Serviço: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
Unid Int.: ATENDIMENTO-SPA Lello.: Cobertura:
Cid.: S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG

1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

| | Qtz | Unidade | SN | Apt | Frequência | Datas/Horários |
|-------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 4 C.C. APARELHO GESSADO AXILO PALMAR ENGLUBANO POLEGAR G | | 1 | | | | |
| -> ATADURA GESSADA 15CM X4,0M BRANCA | | 3 UN | | | | |
| -> ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA | | 6 UN | | | | |
| -> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11 FIOS | | 1 UN | | | | |

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
[Handwritten Signature]
Dr. Marcello JCS



ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) JOAO ANTONIO DA SILVA NETO, que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000501676 e número de atendimento 01049169 apresentando diagnóstico FRATURA DE ESCAFOIDE DIR para AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA.

Observação:

FRATURA FECHADA DE FUNHO
GESSO AXILOPALMAR + POLEGAR
FRATURA DE ESCAFOIDE
MANTER GESSO ATÉ 2ª ORDEM;
REVISÃO COM 3 SEMANAS;
MEDICADO E ORIENTADO;
AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA.

Recife, 07 de Fevereiro de 2018

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS
MARTINS
CRN: 21129

11/2/2018
16:52:06
MARCCELLO JCS

Dr. Marcello JCS

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 09/02/2018 07:28:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

RG:

PESO:

IDADE: 31 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 29/10/1986

PRESTADOR ASSISTENTE: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

DATA DE ATENDIMENTO: 07/02/2018 18:50:28

ATENDIMENTO: 1049169

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

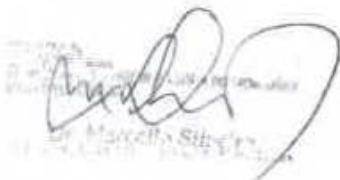
DIAGNÓSTICO INICIAL: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs




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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|
| DATA DO ACIDENTE: | 07/02/2018 | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: | 07/02/2018 |
| NOME COMPLETO DA VÍTIMA: | JOÃO ANTONIO DE SILVA NETO | | |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: | # Fratura do Punho Direito - Fratura Esostor de dia. | | |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): | # Hc Conservador na imobilização deitada | | |
| ALTA MÉDICA? | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | |
| EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: | <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | |
| COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: | <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA. | | |

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

| | SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO |
|----|-------------------------------------|
| 1° | Membros superiores direito ± 60% |
| 2° | Reduzir muscular |
| 3° | Deficiência funcional MSD. |
| 4° | |
| 5° | |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|----------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASSIM QUE ASSISTI/EU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE | 26/07/19 | DATA | 26/07/19 | ASSINATURA E CARIMBO |  João Antonio de Silva Neto Ortopedia / Traumatologia CRM 17142 |
| 26/07/19 | E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS. | | | | |
| LOCAL | Enxada | | | | |



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
 INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

VALIDA EM TODA A TERRITÓRIA NACIONAL
1107199125

Nome
 JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Sexo
 M

Estado Civil
 SOLTEIRO

Profissão
 MANUELO ALVES DA SILVA

Nome da Mãe
 SUCICLEIDE ANTONIA DA SILVA

CPF
 0380789688

Data de Nascimento
 23/09/2000

Data de Registro
 18/08/2008

Observações
 Mãe Fome Perigosa
 Mãe Coletiva
 Mãe Ativ Reconhecida

Quilômetro de base zero

Local
 JARDIM DOS GUARANAPES - PE

Data de Registro
 24/08/2018

Postulante
 PROCURADOR

1107199125



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN/PE

CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO VIA INTERNET

VIA _____ CDD RENAVAM _____ R.T.B. _____ EXERCÍCIO _____
 *** ***** **** **

 ***** NOME / ENDEREÇO _____

 ***** CPF / CDD _____ PLACA _____
 POP3733

 PLACA ANTERIOR/UF _____ CHASSI _____
 9C2KD0800FRD17789

 ESPÉCIE TIPO _____ COMBUSTÍVEL _____
 PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

 MARCA/MODELO _____ ANO FAB _____ ANO MOD _____
 HONDA/NXR150 BROS ESD 2015 2015

 CAP / POT / CL _____ CATEGORIA _____ COR.PREDOMINANTE _____
 2/0/182 PARTIC PRETA

I _____ COTA ÚNICA (R\$) _____ VENC.COTA ÚNICA _____ VENC./COTAS _____
 P _____ FAIXA I.P.V.A _____ PARCELAMENTO / COTAS _____ 1ª *****
 V _____ 3 x 0,08 _____ 2ª *****
 A _____ 3ª *****

 PRÊMIO LÍQUIDO (R\$) _____ ISOF _____ PRÊMIO TOTAL (R\$) _____ DATA DE PAGAMENTO _____

 RESTRIÇÕES: OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

Baixa do gravame autorizado pelo Sistema Nacional de Gravames. Agende a vistoria e posterior atendimento de veículo para realização do serviço de Baixa de Gravame apresentando CRV original, fotocópias da identidade e CPF, comprovantes de pagamentos de taxas e multas, se houver. Não sendo o proprietário, apresentar a procuração dentro das normas existentes.

No caso de Leasing, antes dos passos anteriores, siga as orientações do Banco/Financeira, bem como, obtenha os documentos para realizar a Transferência de Propriedade do Veículo.

VEICULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109193 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: fratura de escafoide punho direito

Descrição do exame físico: vítima com bloqueio articular de punho direito, realiza flexão a cerca de 45 graus, extensão a 60 graus, sem prejuízo na função da mão.

Resultados terapêuticos: tratamento conservador com imobilização gessada, não fez fisioterapia. evoluiu sem complicações
Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/03/2020

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 dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086647/20

Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

CPF: 064.590.524-09

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 07/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO ANTONIO DA SILVA NETO : 064.590.524-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020
Nome: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
CPF: 064.590.524-09

JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



**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: **3200109193**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO ANTONIO DA SILVA NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE FIRMINO, 22 - Ribeirão - PE - CEP 55520-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **7174840**

Data e local do acidente: [**07/02/2018**] **Jaboatão dos Guararapes, PE**

Data e local do exame: [**20/03/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de escafoide punho direito

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

vítima com bloqueio articular de punho direito, realiza flexão a cerca de 45 graus, extensão a 60 graus, sem prejuízo na função da mão.

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

[] Sim [] Não

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

tratamento conservador com imobilização gessada, não fez fisioterapia. evoluiu sem complicações Alta médica.

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

[] Sim [] Não

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

Limitação funcional do punho 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 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):

Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

