

**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: **3190656793**

Nome do(a) Examinado(a): **SIDNEY ALCANTARA MACIEL**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sebastião da Silva Costa, 675, 5, 62.860-000, Centro, Pindoretama/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 2009010428580**

Data e local do acidente: **30/05/2019 - Pindoretama/CE**

Data e local do exame: **12/12/2019 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura luxação da clavícula esquerda

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

A avaliação do estágio clínico atual demonstra que após a realização dos tratamentos com cirurgia e osteomelite, necessidade de nova cirurgia. Resta apurada a existência de sequela permanente no ombro esquerdo, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 20°, abdução aos 40°, adução aos 15°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do ombro 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"

("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 ás regiões corporais acometidas.

Ombro Esquerdo - Intenso - 75%

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


Dr. Gracine Freitas Covalente
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656793

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDNEY ALCANTARA MACIEL

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

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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656793

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SIDNEY ALCANTARA MACIEL

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



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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190656793 **Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL**

Data do Acidente: 30/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDNEY ALCANTARA MACIEL

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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: **SIDNEY ALCANTARA MACIEL**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000000716-1**

Conta: **0000031984-8**

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.

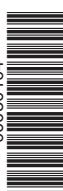
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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



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, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190656793 **Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL**

Data do Acidente: 30/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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: **60433921358** CPF da vítima: **60433921358** Nome completo da vítima: **SIDNEY ALCÂNTARA MACIEL**

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

Nome completo: **SIDNEY ALCÂNTARA MACIEL** CPF: **60433921358**

Profissão: **VENDEDOR TV: SEBASTIÃO DA SILVA COSTA** Número: **075-51**

Bairro: **CENTRO** Cidade: **PINDORETAMA** Estado: **CEGRA** CEP: **62.860-000**

E-mail: **SIDNEYBAS523@GMAIL.COM** Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: **0716** CONTA: **31984** **8**

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

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 atende 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 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 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 (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 de aqueles 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

1º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Nome: **SIDNEY ALCÂNTARA MACIEL** CPF: **60433921358**

2º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 573 - 1185 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
 Data / Hora da Comunicação: 27/09/2019 13:36:11
 Data / Hora da Ocorrência: 30/05/2019 18:05:00
 Endereço da Ocorrência: ROD CE 040, ZONA RURAL - CAPIM DE ROÇA
PINDORETAMA/CE
 Ponto de Referência: ENTRADA DO MANGUEIRAL

Dados da(s) Vítima(s)

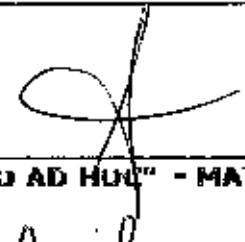
Nome: SIDNEY ALCANTARA MACIEL
 Nascimento: 12/02/1993 CPF: 604.339.213-58
 RG: 2009010428580 Orgão Emissor: SSPDS UF: CE
 Filiação: FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA
FRANCISCO CIRINEU MACIEL
 Endereço: TRAVESSA SEBASTIÃO DA SILVA COSTA, 675 CASA
 Bairro: CENTRO
 Município: PINDORETAMA/CE CEP:
 País: BRASIL Telefone: (85) 98538-2907

Histórico

Que estava pilotando a motocicleta de PLACA PMF-7384, CHASSI 9C2KE1670FR205611, ANO 2015, COR PRETA, MODELO HONDA CG 150 START EM NOME DE SIDNEY ALCANTARA MACIEL, quando perdeu o controle da moto ao bater em um cachorro que atravessou a rodovia; Que foi socorrido pela ambulância do hospital de Cascavel-ce, sendo levado para hospital de Pindoretama-ce com fratura na Clavicular esquerda; Que diante a exposta procurou esta DPC para comunicar o ocorrido.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:


 "ESCRIVÃO AD HOC" - MAT:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Sidney Alcantara Maciel

VISTO DO DELEGADO(A):

CESAR EDILACIO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1

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:		
	60433921358	SIDNEY ALCÂNTARA MACIEL		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	60433921358	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
VENDEDOR TV: SEBASTIÃO DA SILVA COSTA	075-51			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEGRA 62.860-000	
CENTRO	PINDORETAMA	Tel. (DDD):		
E-mail: SIDNEYBAS523@GMAIL.COM				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:	<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: 31984 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE
 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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 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

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 (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 de aqueles 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: PINDORETAMA 30/05/2019
 Nome: SIDNEY ALCÂNTARA MACIEL
 CPF: 60433921358

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Sidney Alcantara Maciel
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) 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 intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 000000031984-8

Nr. Autenticação

BRADESCO20122019050000000002370071600000031984253125 PAGO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:

2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **SIDNEY ALCANTARA MACIEL**

PRONTUÁRIO:

5620724

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

708603024823683

8 - DATA NASCIMENTO:

12/02/1993

9 - SEXO

()M ()F

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI:

FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

N.I

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, N°, BAIRRO):

SEBASTIAO DA SILVA COSTA 575 CENTRO

16 - MUNICIPIO:

PINDORETAMA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

JUSTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE CLAVICULA**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FX. CLAVICULA

24 - CID 10

S420

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVICULA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408010150

29 - CLÍNICA:

TRAUMATO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGÊNCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS () CPF

32 - N° DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

0408010150

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:

09/06/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

0408010150

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - N° DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43- CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR:

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1^a via- SMS e 2^a via - Prontuário do paciente

FICHA DE INTERNACAO

— I ADMISSAO —

Numero: 201921062298 Data: 09/06/2019 Hora: 17:31 Convênio: PRAXIS Classificação: SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento: ELETIVO SISREG: ATB

Origem do Paciente: CLINICA/ESTRANHIDADE LIP
Médico Solicitante: CLINICA CIRURGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA

5253 - FRANCISCO JOSAFAT FERNANDES Médico Responsável: 5253 - FRANCISCO JOSAFAT FERNANDES

Procedimento solicitado: 8408018150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA Dias: 2

— I IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE —

Nome: STONIE ALCANTARA MAGIEL Sexo: MASCULINO

Nascimento/Idade: 12/02/1993 26 Anos Raca/Cor: PORDA Estado Civil: SOLTEIRO(A) Religião: NAO INFORMADO

Mãe: PAULINA DE SOUZA FERREIRA

FRANCISCO CIRNE MAGIEL Responsável: FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA

Conjuge: ROSTIVALDO ALVES DO NASCIMENTO Profissão: PROFISSIONAL

CRS: 763663024823683 Registro: 201902570002481 Documento: RG: 2889810428588 Emissão: 12/07/1993

País: BRASIL Município de Naturalidade: PINDORETAMA/CE CEP: 62860-000

Município de Residência: PINDORETAMA/CE Logradouro: RUA SEBASTIAO DA SILVA COSTA

Número: Complemento: 575 Bairro: CENTRO

Fone: Móvel: (85)9919 54818 Fone: Fixo: (85)99846 32128 Porto de Referência:

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão (CBO): EMPREGADO FORMAL / VENDEDOR DE COMERCIO VAREJISTA

— I CONTATO/ACOMODAÇÃO —

Em caso de urgência avise: ROSTIVALDO ALVES Acomodação/Leito: 224/3

Tipo de Acomodação: Clínica Posto de Enfermagem: POSTO DE ENFERMAGEM 03

Afendente: Retena Data: 09/06/2019 Hora: 17:36:33 Temps: 00:04:48

— I TERMO DE RESPONSABILIDADE —

ROSTIVALDO ALVES DO NASCIMENTO, abaixo assinado, responsável pelo paciente STONIE ALCANTARA MAGIEL, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do Hospital Distrital Dr. Fernandes Tavares, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA/CE, 09 de junho de 2019

RESPONSÁVEL: ROSTIVALDO ALVES DO NASCIMENTO

TESTEMUNHAS:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Date: 10 / 06 /19

Nome do paciente: Sidney Alcantara Maciel	
Nº Prontuário: 2451401	Categoria:
Clinica: Cirúrgica	Leito:
Cirurgião: Dr. Cláudio	
Anestesista: Dr. Paulo	
Tipo de Anestesia: Bloq + Sed.	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: Elisabeth	
Circulante: Army	
Diagnóstico Pré-Operatório: Lesão de útero de fundo G1	
Tipo de Operação/ Código: LGE5 negat 050 60 10 185	
Diagnóstico Pós-Operatório:	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	

	Inicio da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia	
	Inicio do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio	
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo		

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Dr. Paulo Fernando Silveira Cruz
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-F 3332

Assinatura Anestesista



Data: 10/06/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente:

Sidney Alencaras PSC/ET

Nº Prontuário:

2453401

Nº Controle:

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Dr. Claudio

Tempo de Seta:

Tempo de Oxiôxido:

IDADE:

26

PESO:

65

ALTURA:

170

SEXO:

M

TEMP:

36.5

PULSO:

80

RESP.:

16

PR. ART.

MAX/MIN

TIPO SANGUÍNEO:

A+

HEMÁCIAS:

13.5

HEMOGLOBINA:

10.5

HEMATÓCRITO:

32.5

GLICEMIA:

100

UREIA:

10

URINA:

Normal

Alergia a medicamentos:

Al. Glucosidase local: negativo

Al. Glucosidase: negativo

Anestesias Anteriores:

Medicação Pré-Anestésica:

Aplicada às:

Efeito:

Agentes Anestésicos:

Líquidos:

CÓDIGO P. Arterial O. Pulso O. Respiração:

P. Arterial O. Pulso O. Respiração:

20

200

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO:

AGENTES:

TÉCNICA:

OPERAÇÃO:

CIRURGIOS:

ANESTESISTAS:

TEMPO DE ANESTESIA: Dura:

Anestesista:

Ama Bronquite

E.C.G.

Alergia:

Estado Mental:

Esturaxícos:

Concoides:

Hipotensores:

Outras Drogas:

INDUÇÃO:

Salter

Exal

Tosse

Laringospasmo

Lenta

Náuseas

Vômitos

Outras

MANUTENÇÃO:

↓ - Desce o

de: pleura

base gástric

↓ - seca e

↓ - desce

↓ - Dr. Paulo Fernando Silveira Braga

MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

MÉDICO DO TRABALHO

CRM-CE 3332

Anestesias Satisfatórias:

SIM NÃO

DESPERTAR

Reflexos na S.Q.

Obstr.

Exal.

Vômitos

Outros

Para o leito com cânula

SIM NÃO

Condições:

Perda sanguínea aprox.

Volume sanguíneo repouso

ml ml

MODELO 2.1

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-CE 3332

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921002898 09/06/2019 17:31 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFA FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFA FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clinica	Posto de Enfermagem
224/3	ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome	Sexo			
SIDNEY ALCANTARA MACIEL	MASCULINO			
Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	Registro
12/02/1993	26 Anos	NÃO INFORMADO	2451401	201902570002481

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA
Procedimento Realizado
0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
Data Hora Motivo
11/06/2019 15:48 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente SIDNEY ALCANTARA MACIEL, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 11 de junho de 2019

Responsável/
Representante Legal

Karoline Pontes
Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Karoline Pontes

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 11/06/2019 Hora: 15:49:02

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

anterior

os e anal sef

franc

Elon Gue

los cipol

Rede

gran

gran

los cipol

franc

carimbo

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

MODELO 8.1

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 07/2019

DATA: 27/06/2019

Num AIH: 231910257038-9 ✓ Situação: APURADA Tipo: B1-INICIAL Apresentação: 07/2019 Data de Emissão: 09/06/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0224 ✓ Leito: 0083 ✓ Doc autorizador: 980016883261132 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clin.: 210158059320008 Doc médico solic: 281591461720008 CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 708683024023663

Paciente: SIDNEY ALCANTARA MACIEL ✓ Prontuário: 2451491 ✓ Laudo: ✓

Data Nasc.: 12/02/1983 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2009910428588

Responsável pac.: SIDNEY ALCANTARA MACIEL Nome da Mae: FRANCISCO CIRINEU MACIEL ✓

Endereço: SEBASTIAO DA SILVA COSTA, 575 - CENTRO Raça/Cor: PARDA

Município: 231085 - PINDORETAMA UF: CE CEP: 62866-000 Telefone: (65)9840.32128

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S431-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar: Causa Obito: -

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 09/06/2019 Data saída: 11/06/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓

---[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)]---

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo com a previdência: - CBO: -

---[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]---

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1 04.00.01.018-5	281591461720008	1 225278	201591461720008	3969800	1 062019 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATUR
2 04.00.01.018-5	181084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1 062019 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATUR
3 04.00.01.014-2	281591461720008	1 225278	201591461720008	3969800	1 062019 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR /IN
4 04.00.01.014-2	181084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1 062019 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR /IN
5 08.02.01.001-6	✓	8	3969800	3969800	✓ 2 062019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PENO
6 04.01.01.001-5	281591461720008	8 225278	201591461720008	3969800	✓ 1 062019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7 02.02.02.038-0	6913326	8	6913326	3969800	✓ 1 062019 HEMOGRAMA COMPLETO ✓
8 02.02.01.069-4	6913326	8	6913326	3969800	✓ 1 062019 DOSAGEM DE UREIA ✓
9 02.02.01.031-7	6913326	8	6913326	3969800	✓ 1 062019 DOSAGEM DE CREATININA ✓
10 02.02.01.063-5	6913326	8	6913326	3969800	✓ 1 062019 DOSAGEM DE SODIO ✓
11 02.02.01.060-0	6913326	8	6913326	3969800	✓ 1 062019 DOSAGEM DE POTASSIO ✓
12 02.02.02.013-4	6913326	8	6913326	3969800	✓ 1 062019 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TRÔMBOPLASTINA
13 02.02.02.014-2	6913326	8	6913326	3969800	✓ 1 062019 DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PRO
14 02.04.04.006-8	3969800	8	3969800	3969800	✓ 2 062019 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ✓

---[VALORES DA PRÉVIA]---

Forma de Organização	+- Serv. Hospitalar +----- Serviço Profissional -----+ +-----						
	+--- Direto -----+ +--- Direto -----+ +--- Rateado -----+ +-----		Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro +----- Total +-----				
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS		32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	32,48
04.00.01 CINTURA ESCAPULAR		437,91	0,00	0,00	0,00	235,42	673,33
08.02.01 DIARIAS		16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,00
	Total Geral:	486,31	0,00	0,00	0,00	235,42	721,73

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mórtos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

*De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO

DIRETOR DO HOSPITAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenação de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DÉ AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600110574
NÚMERO DA AIH: 2319102570389

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IIF INSTITUTO DR JOSE FRÓTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 12/02/1993 - 26 anos

SEXO: MASCULINO

NOME DA MÃE: FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 886437345

ENDEREÇO: RUA SEBASTIÃO DA SILVA COSTA

BAIRRO:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231085 - PINDORETAMA

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: 3420 - Fratura da clavícula

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408010150-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 709704046322290 - ALEXANDRE JOSÉ MONTALVERNE SILVA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 09/06/2018 - 15:13 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 14/06/2018 - 11:29

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

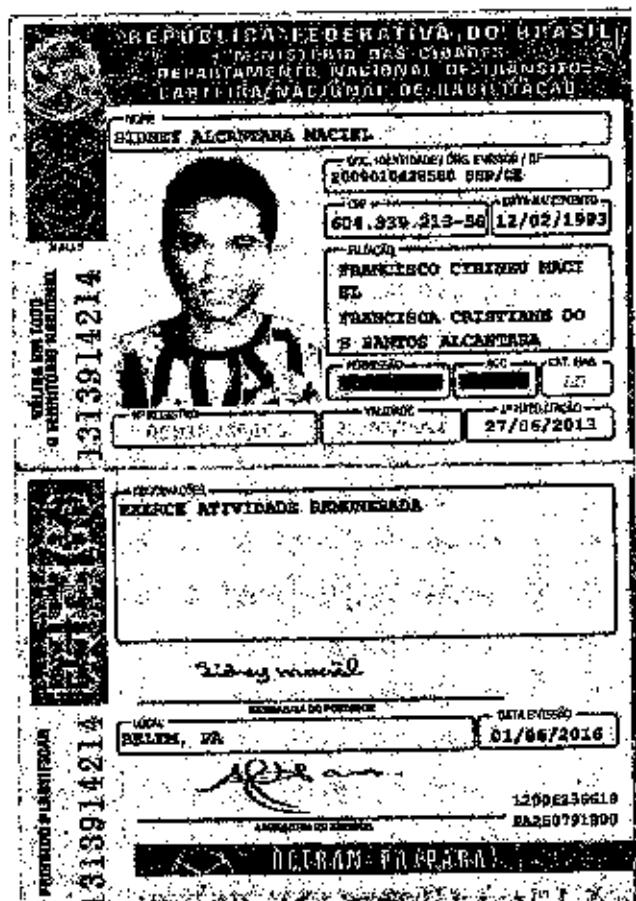
unisusweb.com.br

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Ateste para os devidos
fins, que Sidney Alcântara
Molim foi vítima de oxi-
dente de fósforo agendado
no dia 05/05/2008 Acônico-Uberlândia
G.A.P. Foi submetido à tra-
ciméria. Apresenta alto de-
grado de queimadura 3º grau nos mu-
cos, óticas e pele do
M.S G.A.P.. Pertence, com se-
gundo permanente.

01
02
20

Francisco Rodrigues Filho
Ortopedista - Traumatologista
CRF-CE 212230373-00 CRM-CE 6308



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415192/19

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

CPF: 604.339.213-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SIDNEY ALCANTARA MACIEL : 604.339.213-58

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: 25/11/2019
Nome: SIDNEY ALCANTARA MACIEL
CPF: 604.339.213-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415192/19

Número do Sinistro: 3190656793

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

CPF: 604.339.213-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 06/02/2020
Nome: SIDNEY ALCANTARA MACIEL
CPF: 604.339.213-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656793 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação da clavícula esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 20°, abdução aos 40°, adução aos 15°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, fratura luxação da clavícula esquerda. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos com cirurgia e osteomelite, necessidade de nova cirurgia. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou alteração de mecanismo acromio clavicular. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no ombro esquerdo.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, grau intenso.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/12/2019

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25