
Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302947

Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

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, contados 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



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302947

Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

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



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302947

Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

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 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: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000741-2

Conta: 0000059707-4

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, 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



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: 004.493.622-21 4 - Nome completo da vítima: Robson Keyzenyem Moura da Silva

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

5 - Nome completo: Robson Keyzenyem Moura da Silva 6 - CPF: 004.493.622-21
7 - Profissão: Diurista 8 - Endereço: Rua Gen. Lebrão Lidelzo 9 - Número: 1218 10 - Complemento: laza
11 - Bairro: Padre Andrade 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60355-572
15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco (237)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0741 2 CONTA: 59707 4
(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 6.194/74), 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 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 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 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.

34

Impressão digital de quem assina o pedido de indenização

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível 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, Fortaleza, 24 Agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1021 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/07/2020 10:23:14**
Data / Hora da Ocorrência: **24/05/2020 23:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV GOVERNADOR LEONEL BROZOLLA EM FRENTE AO NUMERAL 200, JANGURUSSU - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**
Nascimento: **20/03/1991** CPF: **004.493.622-21**
RG: **2004010392983** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA MOURA DA SILVA**
JOSÉ ALBERTO DA SILVA
Endereço: **RUA SENADOR ALVARO ADOLFO, 1218**
Bairro: **PADRE ANDRADE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98582-9916**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POR9474** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810KR255118** Renavam: **1214567026** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AZUL** Proprietário: **LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA NXR 156 BROS ESDD, PLACA POR9474, QUANDO DERRAPOU EM UMA CURVA, AO TENTAR DESVIAR-SE DE UM ANIMAL NA VIA; QUE A PISTA ESTAVA MOLHADA; QUE O VEICULO CAIU POR CIMA DE SUA PERNA ESQUERDA DESTA; QUE A VÍTIMA FRATUROU O TORNOZELO ESQUERDO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Lucas Keywyson Moura da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

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: 004.493.622-21 4 - Nome completo da vítima: Robson Keyzenyem Moura da Silva

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

5 - Nome completo: Robson Keyzenyem Moura da Silva 6 - CPF: 004.493.622-21
7 - Profissão: Médico 8 - Endereço: Rua Gen. Sbrano Lidelzo 9 - Número: 1218 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Padre Andrade 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60355-572
15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco (237)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
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 6.194/74), 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 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 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 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.

34

Impressão digital de quem assina o pedido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível 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, Fortaleza, 24 Agosto 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 03/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00741-2

CONTA: 000000059707-4

Nr. Autenticação

BRDESCO0309202005000000000023700741000000059707253125 PAGO

**Cagece**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Cidadão

Nº de inscrição:

010406565

DADOS DO CLIENTE

LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA
RUA SEN ALVARO ADOLFO, 1218, PADRE ANDRADE
FORTALEZA - CEP: 60355-572

Codificação: 001.039.0116.0766.0000.00.00

Padrão do imóvel: BASTCO

ECONOMIA

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^h	Média Semestral
ÁGUA	A03S358300	913	914	1	2

DATAS

Leitura atual: 17/06/2020 Emissão: 17/06/2020 Lacre água: 053020
Leitura anterior: 18/05/2020 Próxima leitura: 17/07/2020 Lacre esgoto: 154165

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA DESEMPENHO A: 04/2020

Nº de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Análises	264	264	264	263	263
Em conformidade	263	257	238	255	263

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição dos serviços	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	0,00			
ESGOTO	0,00			

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PTIS	0,00	Descrição	
COFINS	0,00	VALOR DO SERVIÇO	0,00
		VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	0,00

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
06/2020	06/07/2020	0,00

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

Esta fatura não precisa ser paga.

Esta isenção é um benefício do
Governo do Ceará para a sua família,
em virtude da pandemia do coronavírus.

**Cagece**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Cidadão

Fatura Mensal

Via da agência
interlocutora

355374090943317 - 0299 0corr:

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 010406565 Mes/ano: 06/2020
Vencimento: 06/07/2020 Total a pagar (R\$): 0,00

CONTA PAGA

Emissão: Immediata, Ime: 355374090943317 Lei L. 0299 Data: 17/06/2020 H: 09:22:20 R: 074 Via: 001

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Lucas Neryton Moura da Silva

vítima de acidente de trânsito, em 25/05/2020, sofreu:

Fratura do peroneo Esq.

CID: S82.6

lesão tendinosa e lesão do sindeísmo

e submeteu-se a tratamento(s):

cirurgias: redução e fixação
do fratura, placa e parafusos
fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Edema crônico no peroneo
esquerdo

bloqueio funcional do peroneo
esquerdo durante

marca claudicante

por realizar movimentos com com
e pisa.

Limitação funcional

permanente do paciente
para a vida ativa

24/08/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/AS

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)33 ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO34 ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO35 ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNIE EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO**AUTORIZAÇÃO**

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

04.885.197/00012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDIMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Cosiho 1578

Mossoró - RN - CEP 59.604-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

CONFERE COM ORIGINAL

2310613000

PACIENTE: <u>Lucas Kennedy Moura</u>		ENFERMARIA	LEITO
DATA OPERAÇÃO: <u>26/05/2020</u>		1º AUXILIAR:	
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA: <u>Dr. Roberto</u>		TIPO DE ANESTESIA: <u>RAQUIDIANÉSE</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>FX no tendão do + 1º e 2º</u>			
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>Tru em FX + 1º e 2º</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO

1) Incisão oblíqua sobre o tendão

2) Incisão

3) Incisão lateral de tendão (1) e drenagem

4) Terminar de os pontos 113 e 114 e os pontos profundos

5) Terminar de os pontos 113 e 114 e os pontos profundos

6) Terminar de os pontos 113 e 114 e os pontos profundos

7) Terminar de os pontos 113 e 114 e os pontos profundos

Dr. Igor de Lucena
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião de Pé e Tornozelo
 TEOR 153047 CRM 16152

Gráf. HDEBO-SP - Oper-003

ANEXO 1
 CONFERE COM ORIGINAL
 23/06/2020

04.885.197/00012-05
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BARROS DE OLIVEIRA
 Av. Jornalista Tomaz Coelho 157,
 Messejana - Cep: 60.964-810
 Fortaleza - Ceará



Prefeitura de
Fortaleza

07
RX
=

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

S

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

OK

DADOS PESSOAIS				
NOME DO PACIENTE LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 5177272	Nº DO RE 402478	
CADUS	NASCIMENTO 20/03/1991(29 ANOS)	SEXO M	RAÇA/COR PARDO	
DOCUMENTOS CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2004010392983		NOME MÃE MARIA MOURA DA SILVA		
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDEREÇO RUA DO PENSAMENTO 44 CONJUNTO PALMEIRAS		
CEP NI	UF CE	CONTATO (96) 72497-66		
OCORRÊNCIA				
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
QUEIXA CAIU DA MOTO POR CIMA DA PERNA ESQUERDA (ESCORIAÇÕES)		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		
SINTOMAS DOR EM PERNA ESQUERDA COM ESCORIAÇÕES		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS				
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO NATANA ABREU DE MOURA		
CLASSIFICAÇÃO VERDE				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 25/05/2020 00:35:14
ÁREA ATENDIMENTO				
ÁREA DE ATENDIMENTO ? - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA				
ATENDIMENTO MÉDICO				
ANAMNESE <i>303/10220 rx uso sp / anti B24 sp / e unimbr sp pomig e brio Intensos para zeb sp spe per</i>				
DIAGNÓSTICO <i>fratura</i>		COD. PROCEDIMENTO <i>91.01.01</i>		CID <i>86.01.01</i>
SADT SOLICITADO <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input checked="" type="checkbox"/> RAIQ-X		<input type="checkbox"/> OUTROS		
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
MÉDICAMENTO <i>crampo para</i>	APRAZAMENTO <i>subire</i>	OBSERVAÇÕES <i>sp - intern para cirurgia</i>		
		Dr. Miguel Ricardo B. Moraes Traumatologista CRM - CE 4299		
TIPO DE ALTA/SAÍDA				
ALTA/SAÍDA <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS				
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO				

Impresso por NATANA ABREU DE MOURA em 25/05/2020 00:35:14

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

CONFERE COM ORIGINAL
23/06/2020

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1579
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA					
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE		2004010392983 SSP CE					
CPF		004.493.622-21		DATA NASCIMENTO		20/03/1991	
FILIAÇÃO		JOSE ALBERTO DA SILVA MARIA MOURA DA SILVA					
PERMISSÃO		ACC		CAT. 3		CE 1843412396	
Nº REGISTRO		05169278746		VALIDADE		13/11/2024	
				1ª HABILITAÇÃO		26/03/2011	
OBSERVAÇÕES							
SEM OBSERVAÇÃO;							
<i>Lucas Keywysom Moura da Silva</i>							
ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO		14/11/2019	
		<i>Lucas Keywysom Moura da Silva</i>		50424168584		CE173508014	
		ASSINATURA DO EMISSOR					
CEARA							

SEGUIR OBRIGATORIAMENTE O PLANO DE MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO, CUIDANDO-SE DE MANUTER OS VEÍCULOS EM BOA CONDIÇÃO DE USO, EVITANDO MANUTENÇÕES DE EMERGÊNCIA, O QUE PODE CAUSAR AUMENTO DO CONSUMO DE COMBUSTÍVEL E DE MANUTENÇÃO, E AUMENTO DO RISCO DE ACIDENTES.

014928518590

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DANI	01	1214567026	0000000000	2015
------	----	------------	------------	------

LUCAS KEYNISON MOURA DA SILVA
+ + + + +
FORTALEZA/CE

FOR 9479

9C2KD081DKRZ5511E

Fig. 10. $\text{PbS}/\text{MOPGTCIO}/\text{MAO}$ TPLTC

MANE/MI/DELO	MI/PAE	MI/PA
HONDA/NXR160 BROS ESD	2019	201
CA/PO/CI/CI	CA/CI/CI/CI	CI/CI/CI/CI/CI
2P/6CV/162CC	PARTIC	AZUL
		CI/CI/CI/CI/CI

COTA UNICA		ENTRADA COTA UNICA		VENDEDOR COTA UNICA	
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43	43
44	44	44	44	44	44
45	45	45	45	45	45
46	46	46	46	46	46
47	47	47	47	47	47
48	48	48	48	48	48
49	49	49	49	49	49
50	50	50	50	50	50
51	51	51	51	51	51
52	52	52	52	52	52
53	53	53	53	53	53
54	54	54	54	54	54
55	55	55	55	55	55
56	56	56	56	56	56
57	57	57	57	57	57
58	58	58	58	58	58
59	59	59	59	59	59
60	60	60	60	60	60
61	61	61	61	61	61
62	62	62	62	62	62
63	63	63	63	63	63
64	64	64	64	64	64
65	65	65	65	65	65
66	66	66	66	66	66
67	67	67	67	67	67
68	68	68	68	68	68
69	69	69	69	69	69
70	70	70	70	70	70
71	71	71	71	71	71
72	72	72	72	72	72
73	73	73	73	73	73
74	74	74	74	74	74
75					

PREMIO TATUADO (ml)	ICE (ml)	PREMIO TOTAL (ml)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	00/00/0000

AL.FID. OMNI S A CREDITO FINANCIAME
NTO E INVESTI, *****

FOR TALENTS

100% Juice
No Artificial Flavors
No High Fructose Corn Syrup

02/12/2019

CE Nº 014928518590 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

00449362221

FOR 9474

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 QZK 1206

014928518590

48334614435

Exercício: DATA EMISSÃO: 02/12/2019
2019

01	00449362221
----	-------------

FOR 9474

ITALIAN	1214567026	HONDA/NXR160 BROS ESDD
AND PAIR	09	9C2KD0810KR255118
AT 1000		
		(CHASSIS)

PRÊMIO TARIFÁRIO

1715 (806)

08

250

401

CUSTO DO PULGETE (R\$) 15

0.32

COTA UNICA

- PADAMENTO -

RECIBIDO	00/00/0000
----------	------------

EXTERNO LINEARE PVAT
LOTE/DOSE 202355/39
MOTOR: KD08E1K235142
1081001-04

JAN-2019

**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: 3200302947

Nome do(a) Examinado(a): LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Senador Álvaro Adolfo, 1218, , Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2004010392983

Data e local do acidente: 24/05/2020 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 31/08/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura da fíbula distal esquerda.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação da fratura com placa e parafusos, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, 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 tornozelo esquerdo.

IV. Nexa 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 em tornozelo esquerdo, com redução da mobilidade.

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 às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Intenso - 75%

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


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico



(/)



Buscar no site





- A COMPANHIA ▾
- SEGURO DPVAT ▾
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE IMPRENSA ▾
- TRABALHE CONOSCO ▾
- CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: POR9474 UF: CE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento				
-	2020	R\$12,30	Quitado					
<table><tr><th>Data Pagamento</th><th>Valor Pago</th></tr><tr><td>30/04/2020</td><td>R\$12,30</td></tr></table>					Data Pagamento	Valor Pago	30/04/2020	R\$12,30
Data Pagamento	Valor Pago							
30/04/2020	R\$12,30							
+	2019	R\$10,87	Quitado					

(*) Motocicleta

- Voltar
- Imprimir

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)

(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

Chat

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302947

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

Data do acidente: 24/05/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da fíbula distal esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, 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 tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura da fíbula distal esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 24/05/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura com placa e parafusos, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, em grau intenso, com redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/08/2020

Conduta mantida:

Observações:

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: 3200302947 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da fíbula distal esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, 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 tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura da fíbula distal esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 24/05/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura com placa e parafusos, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, em grau intenso, com redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/08/2020

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 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: 3200302947 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.3)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: **POUCA DOCUMENTAÇÃO**
@P.1*

DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG. 1 DRºMARDONIO SAMITO CRM 4411 DATA:
24/08/2020.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302947 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS P.3)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **POUCA DOCUMENTAÇÃO**

@P.1 DR. FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA CRM 4411 - DATA 24/08/2020.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG. 1 DRºMARDONIO SAMITO CRM 4411 DATA: 24/08/2020.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237668/20

Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

CPF: 004.493.622-21

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/05/2020

Titular do CPF: LUCAS KEYWYSON
MOURA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA : 004.493.622-21

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: 24/08/2020
Nome: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA
CPF: 004.493.622-21

LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva