

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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000016726-6

Nr. da Autenticação 2FB0F3336C02CD0A

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: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000016726-6

Nr. da Autenticação 64FE6700430D65EA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007598 **Cidade:** São Cristóvão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESPINHA TIBIAL ESQUERDA COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 2/6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007598

Cidade: São Cristóvão

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do acidente: 06/10/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO COM FRATURA POR AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E LESÃO LIGAMENTAR A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PERICIADO EM USO DE MULETA CANADENSE E TENSOR NO JOELHO, DEPOIS DE RETIRADO EVIDENCIAMOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++/+5), DOR, EDEMA RECORRENTE E APÓS DEAMBULAR COM DERRAME ARTICULAR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO EM VIRTUDE DA DOR, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+++/+4), RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 110°
REALIZOU RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA QUE REVELA FRATURA POR AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E LESÃO LIGAMENTAR (LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR), ROTURA DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO LATERAL (ZIPE LESION), LESÃO PARCIAL DAS FIBRAS DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL E FRATURA SUBCONDIAL IMPACTADA NO PLANALTO TIBIAL LATERAL E HEMARTROSE A ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMAM JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Aracaju-Se, 11 de fevereiro de 2020

Ref.:

Sinistro: 3200007598

Vítima: André dos Santos

CPF: 845.759.995-04

À SEGURADORA LÍDER

Prezados Senhores,

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez parcial permanente, solicito que o processo seja reanalisado. Visto que existem sequelas permanentes oriundas da FRATURA AVULSIVA DA ESPINHA TIBIAL; ALTERAÇÃO DE SINAL DO LCA; FRATURA SUBCONDIAL IMPACTADA EM PLANALTO TIBIAL LATERAL E ROTURA MENISCO LATERAL, conforme o relatório médico em anexo.

Onde, fez imobilização e fisioterapias, porém ficaram as seguintes sequelas: CLAUDICAÇÃO; NÃO CONSEGUE CORRER; DIFICULDADES PARA CAMINHAR E SUBIR ESCADAS; SINAL DE GAVETA ANTERIOR POSITIVA INFERINDO ROTURA OU INSUFICIÊNCIA; DORES CONSTANTES.

Meu processo foi pago um valor de R\$ 843,75, porém esse pagamento não está correto, uma vez que minha sequela é superior a 50%. Ligando para o call center fui orientado a enviar uma nova documentação médica relatório com as descrições das lesões.

Sendo assim, solicito que seja agendada uma perícia médica com médico auditor da CNIS para que sejam constatadas as sequelas permanentes existentes.

Certo de vossa atenção e atendimento, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento que seja necessário a plena elucidação do sinistro, através dos telefones citados logo abaixo.

TELEFONES PARA CONTATO: (79)3222-0817 OU (79) 99969-0167

André dos Santos

André dos Santos



Lactise
consultas e exames

Relatório Médico - DPVAT.

- (1) André das Sentes
- (2) Idade 35 anos
- (3) Data do acidente: 06.10.2019.
- (4) Diagnósticos:
 - (a) Fratura avulsiva do espinha tibial
 - (b) Alteração de sinal de LCA.
 - (c) Fratura subcondral impactada em plano alto tibial lateral.
 - (d) Rotura menisco lateral.
- (5) Tratamentos:
 - (a) Imobilização em tala gessada por 15 dias. Fisioterapia 15 sessões

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lacrise
consultas e exames

- (b) medicamentos anti-inflamatórios
- (b) Sequelas após alto definitivo:
- (a) Claudicação
- (b) não consegue correr
- (c) Ainda deveger devido as dores.
- (d) Sinal de gusle anterior posi-
tivo, infringido rotura da insu-
ficiência.
Sequela: 50%

Aracaju, 06/02/2020

[Signature]
Dr. Masayuki Ishi
CRM 1276
CPF: 453.890.478-34

Obs. Este recetário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

NOME DO PACIENTE: ANDRÉ DOS SANTOS
DATA DA ENTRADA: 27/10/2019
DATA DA SAÍDA: 27/10/2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA ☒ UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente de entrada no HUSU vítima de acidente de trânsito, apresentando trauma da coluna cervical, avaliada, internado, e após atendimento clínico por esta instituição.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

/

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tomografia de coluna L5/S1 e L4/L5 e LCP esôfago

MÉDICOS ASSISTENTES:

Enfermeiro JATISTY

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 24 de novembro de 2019

Dr. Silvio C. V. Almolda
SAMA / HUSE
CRM 2510

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 63182 DATA: 06/10/2019 HORA: 18:09 USUARIO: CALIMA
CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANDRE DOS SANTOS DOC...: 1440598
IDADE.....: 35 ANOS NASC: 28/04/1984 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA HENRIQUE DIAS NUMERO: 214
COMPLEMENTO...: 701203059054917 BAIRRO: NOVO PARAISO
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-000
NOME PAI/MAE...: FRANCISCO CARDOSO DOS SANTOS / MARIA ANITA SANTOS
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 799976286
PROCEDENCIA...: NOVO PARAISO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
*Dor no Mto. Usava Capacete. Acidente com moto em via publica -
Certo Vespertino - 8/Quarta-feira 28/04/2019*
Dr. Joao Carlos Bonfatti

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *Dr. Joao Carlos Bonfatti*
Prof. Dr. Joao Carlos Bonfatti (At + PR)
Dr. Joao Carlos Bonfatti (At + PR)

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

Dr. Maria Clara Pereira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27.747-7/RS

Dr. Joao Carlos Bonfatti
Prof. Dr. Joao Carlos Bonfatti (At + PR)

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA.
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HUSE
ELETROCARDIOGRAMA
EXAMES(S) REALIZADO(S):
DATA: 06/10/2019
HORARIO: 18:09
TECNICO: EPR

Dr. Joao Carlos Bonfatti
06/10/2019
Dr. Joao Carlos Bonfatti

Dr. Joao Carlos Bonfatti
06/10/2019
Dr. Joao Carlos Bonfatti

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 7154
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: ANDRE DOS SANTOS
Documento.....: 1440598 Tipo :
Data de Nascimento: 28/04/1984 Idade: 35 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: FRANCISCO CARDOSO DOS SANTOS
Nome da Mae.....: MARIA ANITA SANTOS
Endereco.....: RUA HENRIQUE DIAS 214 (701203059054917) SUS
Bairro.....: NOVO PARAISO Cep.: 49000-000
Telefone.....: 7999762884
Município.....: 2800308 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 63182
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Leito.....: 999.0049
Data da Internacao: 06/10/2019
Hora da Internacao: 22:51
Medico Solicitante: 694.955.055-34 - WAGNER JOSE ANDRADE SANTOS
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: AAOLIVEIRA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:



HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA



LEITO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME	DNDRE DOS SANTOS	IDADE	38
DIAGNÓSTICOS	1.	Data: 07/10/17	

#	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1	Diet = VO Livre	
2	850-94. 600ml W < 24h	
3	D: pipas 2ul + 19 J DO W 6/6h	
4	Prophyl 600mg + 600 J SF W 8/24	
5	Plavix 150mg W 8/24 SOS	
6	clonazepam 1mg SC 1x ao dia	
7	Quetiapina 400mg W 1x ao dia	
8	Paracetamol	
9	Solu i ccc GG	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Dr. Victor Victor
Médico CRM SE 5405



GOVERNO DE BENSIM
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO



Página n° 1

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

U.P.:

Matrícula:[illegible]

**Cernise**
CENTRO DE MEDICINA
INTEGRADA DE SERGIPE**Cemise**
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E
TENSIOGRAFIA COMPUTADORIZADA**Cemise Vida**
CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA**Cemiclin**
MEDICINA SUBSIDIÁRIA**NOS**
Núcleo de Oncologia de Sergipe

Atend. 2922098
 Nome ANDRÉ DOS SANTOS
 RG 1440598 / SSP-SE
 Méd. Sol. WASHINGTON LUIZ SANTOS BATISTA JUNIOR
 Convênio TABELA CEMICLIN

Senha FEX694B1
 Data 14/10/2019
 Hora 09:27
 Idade 35 anos
 Dt. Nasc. 28/04/1984

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO**TÉCNICA DO EXAME:**

Sequências multiplanares, ponderadas em T1 e T2.

RELATÓRIO:

Fratura avulsiva da espinha tibial, local da êntese do ligamento cruzado anterior.

Alteração de sinal das fibras do ligamento cruzado anterior (edema, estiramento).

Fratura subcondral impactada em planalto tibial lateral, mais posterior, com tênue infradesnívelamento da superfície osteocondral.

Rotura longitudinal vertical periférica em cornó posterior do menisco lateral (*zip lesion*).

Sinais de lesão parcial das fibras proximais do ligamento colateral medial.

Derrame articular. Hemartrose.

Edema de partes moles periarticulares.

Sinais de lesão do ligamento meniscomfemoral (porção profunda do LCM).

O menisco medial está de contornos e sinais preservados.

Os ligamentos cruzado posterior e colateral fibular estão de morfologia, espessura e sinais conservados.

As cartilagens de revestimento na femorotibial estão de espessura e sinais habituais, não se individualizando áreas de erosões focais significativas no presente estudo.

Questionável tênue foco de condropatia em faceta lateral da patela.

O ligamento patelar apresenta-se de espessura e sinais preservados.

Os tendões do quadríceps e da pata de ganso estão de aspecto normal.

Ventres musculares analisados com sinais habituais.

Dr. JOÃO PAULO RIBEIRO LISBOA
 CRM 2775
 ASSINADO ELETRONICAMENTE

Obs: O valor diagnóstico do presente exame só é válido quando correlacionado com dados clínicos e outros exames complementares.

Unidades Cemise

cemise.com.br

cemise

cemisemedicina

Cemise

Centro de Medicina Integrada de Sergipe
 Rua Construtor João Alves, 228
 São José - Aracaju/SE
 3304.1000

Cemise

Ressonância Magnética e Tensiografia Computadorizada
 Rua Moacir Rabelo Leite, 138
 São José - Aracaju/SE
 3304.1010

Cemise Vida

Centro de Reprodução Humana
 Rua Guilhermino Rezende, 238
 São José - Aracaju/SE
 3043.1015

NOS

Núcleo de Oncologia de Sergipe
 Av. Pedro Valadares, 550
 Grajeru - Aracaju/SE
 3301.3235

Cemiclin

Medicina Diagnóstica
 Rua Bahia, 1175
 Siqueira Campos - Aracaju/SE
 3304.3050



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DA CAPITAL - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 120550/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 16:07

Data/Hora Fim: 14/11/2019 16:24

Delegado de Polícia: Nalile Bispo de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/10/2019 18:00

Local do Fato

Município: São Cristóvão (SE)

Bairro: Alto De Itabaiana

Logradouro: BR-464

Complemento: em frente à mercearia Alto Santo Antonio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRÉ DOS SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 26/04/1984

Profissão: Técnico de Instalação

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Anita Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 845.759.995-04

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Rua Henrique Dias

Nº: 214

Bairro: Novo Paraíso

Telefone: (79) 99976-2884 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 845.759.995-04	Placa QMB4276
Renavam 01136774227	Número do Motor E3V2E-011825
Número do Chassi 9C6SEB510J0011825	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor CINZA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo YAMAHA/NEO 125
Modelo YAMAHA/NEO 125	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/11/2017	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Andre dos Santos	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Nalile Bispo de Castro
Impresso por: Walisson Pereira Santos Barros
Data de Impressão: 14/11/2019 16:24
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DA CAPITAL, ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 120550/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que sofreu um acidente de moto na data e local supracitados. O comunicante estava andando pela rodovia quando, ao passar por um terreno de escorregadio, veio a cair batendo o joelho esquerdo. Com o impacto teve os ligamentos do joelho rompidos (conforme laudo médico emitido pelo HUSE) e atualmente encontra-se fazendo fisioterapia. Quanto à motociclista sofreu apenas arranhões e teve um retrovisor quebrado. O comunicante registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Walisson Pereira Santos Barros
Responsável pelo Atendimento

Andre dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) o(s) responsável(is) pelas informações acima assentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime do de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200007598
Nome do(a) Examinado(a): Andre dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Henrique Dias, 214 Cs
Novo Paraíso Aracaju SE CEP: 49082-230
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1440598
Data local do acidente: [06/10/2019]
Data local do exame: [18/02/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA DE JOELHO COM FRATURA POR AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E LESÃO LIGAMENTAR A ESQUERDA

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E ORIENTADO REALIZAR A CIRURGIA EM REGIME AMBULATORIAL, POREM O PERICIADO NÃO CONSEGUIU AGENDAR A CIRURGIA SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE,
Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO EM VIRTUDE DA DOR, SINAL DE GAVETA POSITIVO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO
Data da Alta: 09/10/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PERICIADO EM USO DE MULETA CANADENSE E TENSOR NO JOELHO, DEPOIS DE RETIRADO EVIDENCIAMOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUIDA (++/+5), DOR, EDEMA RECORRENTE E APÓS DEAMBULAR COM DERRAME ARTICULAR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO EM VIRTUDE DA DOR, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+++/+4), RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 110°
REALIZOU RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA QUE REVELA FRATURA POR AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E LESÃO LIGAMENTAR (LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR), ROTURA DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO LATERAL (ZIPE LESION), LESÃO PARCIAL DAS FIBRAS DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL E FRATURA SUBCONDIAL IMPACTADA NO PLANALTO TIBIAL LATERAL E HEMARTROSE A ESQUERDA.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

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: 4 - Nome completo da vítima:

845 759.995-04 André dos Santos

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1.000,00 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3045 CONTA: 36726 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ 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

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, Anacapu-SE, 07 novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007598

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE DOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: ANDRE DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001045

Conta: 0000016726-6

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



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007598

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE DOS SANTOS

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANDRE DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001045**

Conta: **0000016726-6**

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



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007598

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

