



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.21.01874808-3** em **15/02/2021 10:49:08**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0275422-54.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.21.01874808-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 15/02/2021 10:49:08

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2783674_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2783674_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-38.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

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: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000003807852-0

Nr. da Autenticação 6B1D58DDDEF8E5FD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333227

Cidade: Horizonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

Data do acidente: 18/08/2019

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta em mão esquerda com lesão de tendão extensor do 3º quirodáctilo esquerdo e fratura exposta no pé esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico da mão esquerda apresenta movimento de pinça palmar alterado, movimento de compressão digital alterado, movimento de pinça lateral alterado, movimento de pinça pulpar alterado, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 80°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 60°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 50°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 70°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 70°, hiperextensão do polegar aos 8°, hiperextensão do segundo dedo aos 6°, hiperextensão do terceiro dedo aos 6°, hiperextensão do quarto dedo aos 6°, hiperextensão do quinto dedo aos 6°. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, cicatriz operatória aparente, 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 leve na mão esquerda. Ao exame físico do 1º dedo do pé esquerdo apresenta sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, flexão alterada, extensão alterada. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no primeiro dedo do pé esquerdo Diminuição da força de preensão palmar associado a hipotrofia tenar e hipotenar e bloqueio de flexo-extensão dos quirodáctilos. Bloqueio grave de flexo-extensão do hálux

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador de fraturas. Tenorrafia de tendão extensor do 3º quirodáctilo. não fez fisioterapia. Alta definitiva em agosto de 2020

Sequelas permanentes: Deficit funcional severo em primeiro pododáctilo esquerdo
Deficit funcional leve em mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/09/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em primeiro pododáctilo esquerdo e em mão esquerda, portanto mantemos a conduta do médico examinador
Nota médico examinador: O periciado apresenta quadro de artrose associado.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333227 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DE ACORDO COM PARECER DA ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL EM 05/03/2020:

Fratura exposta da mão esquerda associado a lesão múltiplas dos tendões extensores e fratura de metatarsos associado a laceração extensa em região dorsal do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: DE ACORDO COM PARECER DA ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL EM 05/03/2020: Como medida terapêutica, restou submetido a tratamentos cirúrgico e medicamentoso. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ainda pendente das lesões sofridas no presente sinistro, ou seja, a vítima permanece em tratamento.

Descrição do exame físico: Periciado ainda não realizou exames de imagem que apontem de forma precisa o diagnóstico das lesões sofridas no presente sinistro, estando assim pendente a apuração das mesmas. Há necessidade, conforme conclusão do exame clínico, de nova avaliação, após a coleta dos resultados obtidos nos exames. Retorno em 60 dias munido de exames de imagem atualizados da mão esquerda e pé esquerdo.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *** CONFORME TRATATIVA OMNI DE 17/09/2020 15:57:50 ***

* VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL EM 05/03/2020, ONDE SEGUNDO O PARECER MÉDICO VÍTIMA EM TRATAMENTO, DEVENDO SER REAVALIADA EM 60 DIAS.

SOLICITADA ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262587/20

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS

CPF: 398.608.253-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

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
Outros

ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES : 398.608.253-00

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: 17/09/2020
Nome: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES
CPF: 398.608.253-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333227 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM MÃO ESQUERDA COM LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS. TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM AGOSTO DE 2020.

Sequelas permanentes: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PRIMEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO E EM MÃO ESQUERDA, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR NOTA MÉDICO EXAMINADOR:O PERICIADO APRESENTA QUADRO DE ARTROSE ASSOCIADO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM PRIMEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO. DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333227 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM MÃO ESQUERDA COM LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS. TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM AGOSTO DE 2020.

Sequelas permanentes: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PRIMEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO E EM MÃO ESQUERDA, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR NOTA MÉDICO EXAMINADOR:O PERICIADO APRESENTA QUADRO DE ARTROSE ASSOCIADO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM PRIMEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO. DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

VÍTIMA PERICIADA E SINISTRO COM PAGAMENTO (VALORAÇÃO MANTIDA) - APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333227

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

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, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333227

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

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 Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333227

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 655

Agência: 000000655

Conta: 000003807852-0

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,



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333227

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 29/10/2020, 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



**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: 3200333227

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

Endereço do(a) Examinado(a): PV PLANALTO DA GALILEIA, , Horizonte/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 20083856026

Data e local do acidente: 18/08/2019 - /CE

Data e local do exame: 23/09/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura exposta em mão esquerda com lesão de tendão extensor do 3º quirodáctilo esquerdo e fratura exposta no pé esquerdo.

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

Tratamento conservador de fraturas. Tenorrafia de tendão extensor do 3º quirodáctilo. não fez fisioterapia. Alta definitiva em agosto de 2020.

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

Ao exame físico da mão esquerda apresenta movimento de pinça palmar alterado, movimento de compressão digital alterado, movimento de pinça lateral alterado, movimento de pinça pulpar alterado, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 80°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 60°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 50°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 70°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 70°, hiperextensão do polegar aos 8°, hiperextensão do segundo dedo aos 6°, hiperextensão do terceiro dedo aos 6°, hiperextensão do quarto dedo aos 6°, hiperextensão do quinto dedo aos 6°. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, cicatriz operatória aparente, 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 leve na mão esquerda. Ao exame físico do 1º dedo do pé esquerdo apresenta sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, flexão alterada, extensão alterada. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no primeiro dedo do pé 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

Diminuição da força de preensão palmar associado a hipotrofia tenar e hipotenar e bloqueio de flexo-extensão dos quirodáctilos. Bloqueio grave de flexo-extensão do hálux.

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.

Mão Esquerda - Leve - 25%

1º Dedo do Pé Esquerdo - Intenso - 75%

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

O periciado apresenta quadro de artrose associado.



A handwritten signature in blue ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text "MÉDICO - CREMEC 9550" in a circular arrangement.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

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:

☒ R. CUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú Unibanco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/76, 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (em 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:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou patrimônio (bens, valores)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

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 presente, ainda, de que qualquer concessão 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Porto Alegre, RS, 03/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Estado do Ceará
Secretaria de Segurança e Defesa Social - SSPDS
Polícia Civil do Estado do Ceará
Delegacia Geral de Polícia Civil
Departamento de Polícia da Capital - DPC
Trigésimo Segundo Distrito Policial

C E R T I D ã O

Antonio Paula da Silva, Escrivão de
Polícia Civil, lotado na Trigésima Segunda
Delegacia Distrital, no uso de suas
atribuições legais, etc...

CERTIFICA que nesta data, compareceu em Cartório o Sr.
ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES, portador do RG 2008385602-6
SSPDS/CE e CPF 398.608.253-00, residente na Rua Juvenal Semeão, nº
133, Planalto da Galileia-Horizonte/CE., onde vem informar que foi
vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 19h, do
dia 18/08/2019, na Rua das Queimadas, Horizonte/CE, quando pilotava a
motocicleta, marca HONDA/CG 125 FSN, COR PRETA, ANO/MOD. 2008/2008, de
PLACA HYG-8337/CE, CHASSI 9C2JC30708R717381, RENAVAM 986342807.
LICENCIADA EM NOME DE: JOSE WILLIAM GOMES DA SILVA, foi trancado por
um veículo de PLACAS e guiador não identificado; QUE perdeu o controle
da referida moto, vindo a cair ao solo, sendo socorrido por populares
para a UPA de Horizonte de onde foi transferido para o I.J.F Centro em
Fortaleza, onde foi submetido a procedimento cirúrgico. O REFERIDO É
VERDADE. DOU FÉ.///

Cartório do 32º Distrito Policial, em 25 de Novembro de 2019.

Antonio Paula da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 97.122

DECLARANTE:

Antonio Joldemir Lopes de Freitas Nunes

Rua LO 2 com rua NS 01, S/Nº, Bom Jardim - Fortaleza, Ceará
Fone: (85) 3101.6105, Fax: (85) 3101.6104
Endereço eletrônico: 32dp@policiacivil.ce.gov.br

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

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:

☒ R. CUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/76, 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (em 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 seguradora/seguros?

☐ 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 concessão 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Porto Alegre, RS, 03/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Nome: MARIA FERREIRA PAULINO ALMEIDA

PC PLUMMER D4 GALINITA 68000
CEN 182 100725012 10082400

Posto 0000 0000
Fator de Potência 0,000

NOME DO RESPONSÁVEL		DATA DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
DATA DE ENTREGA	PREVISÃO PRÓXIMA ENTREGA	VEJA A LEGENDA POR VERSO DESTA CARTA
DATA DE ENTREGA	PREVISÃO PRÓXIMA ENTREGA	VEJA A LEGENDA POR VERSO DESTA CARTA

(CNS) _____
 Área de Cálculo (R\$) Alíquota (Valor do Imposto) _____
 Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual

RELEVADA AO CONTRAFISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Período	Unid. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consum. Tot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
01/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
02/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
03/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
04/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
05/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
06/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
07/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
08/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
09/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
10/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
11/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
12/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
13/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
14/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
15/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
16/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
17/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
18/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
19/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
20/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
21/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
22/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
23/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
24/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
25/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
26/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
27/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
28/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
29/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
30/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
31/01/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000
31/12/2017	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000	0000000000

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
R - TRIMESTRE DO 1º SEM. PREÇO NORMAL	25,36
FALTA DE CARTA SOCIAL - BAIXA PENDA	-23,90
DETA NEGATIVA REF 07/2016	0,00
OUTROS - IMPED. PARTICIPAR	7,78
IN - PREC. COMPLETANDO TABELA - BAIXA P. D.	1,50

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO: **1111200** **3341**
RESTRITO DE CONSUMO (até 12 meses)

[illegible]

CONTAS EM ATRASO

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the current situation and what needs to be changed.

[illegible]

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 20/11/2019 7:22:5

Por: MÂRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 18/06/2019 19:40:39	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 707533646042111	NOME: ANTONIO JOLDIMIR LOPES DE FREITAS NUNES		Registro: 5631481				
CPE: 35880825330	RG: 107791890	DT. NASC: 17/11/1972	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Pardo		
NOME DA MÃE: EDNE LOPES DE FREITAS NUNES		NOME DO PAI: FRANCISCO CHAGAS FREITAS NUNES					
TIPO DE Ocorrência: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SEMEAD PAULINO		Nº: 26	BARRIO: CENTRO			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992195304	MUNICÍPIO: HORIZONTE	UF: CE	CNPJ: 02280303			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSAVEL							
NOME: SAMUELSON COND PAUL MITCH BRENA		PARENTESCO: AMIGA		TIPO DE VÍNCULO:			
Vínculo de Trabalho							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNPJ:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Colisão com um carro, pick up ou caminhão							
QUEIXAS: colisão moto carro, apresenta fx exposta em mão E e pm E, nega tór							
OBSERVAÇÕES: amputação de extremidade, fx exposta							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Estado do Pac: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - 101							
MAE TIRADA							
Exame Físico:							
PELO RÍSTERMA E TUBO							
DATA 20 / 11 / 2019							
MATRÍCULA 5112							
Condição:							
MARCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS							
SERVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Antonio Jeldineir Lopes de Freitas Junior
Idade: anos 1 meses 1
Prontuário: 5631681 Unidade: SM Leito: 1108

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Vitima de trauma em uma queda em casa
de tendões extensores do 3º joelho realizado fisioterapia
dia 14/08/19 por Dr. Jannas Pont. Recebe alta para
acompanhamento ambulatorial.

Diagnóstico Principal: lesões múltiplas tendões extensores joelho

Diagnósticos Secundários:

Seqüelas Apresentadas:

Procedimentos Cirúrgicos:

- 1- Cirurgia realizada: Uddi ☒ Não ☐ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____
Tipo de anestesia/Sedação: _____
2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____
Tipo de anestesia/Sedação: _____
3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____
Tipo de anestesia/Sedação: _____
4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____
Tipo de anestesia/Sedação: _____
5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____
Tipo de anestesia/Sedação: _____
6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____
Tipo de anestesia/Sedação: _____

Procedimentos Invasivos/Exames ☐ Sim ☐ Não

- 1- _____ Data: ____/____/____
2- _____ Data: ____/____/____



3- _____ Data ____/____/____
4- _____ Data ____/____/____
5- _____ Data ____/____/____
6- _____ Data ____/____/____

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado ☒ Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: () Ambulatório em ____/____/____ Dr.(a) Dr. Yeli com 04 semanas

Observações: 1) Manter foto cassada até retornar

2) Seguir prescrição médica

3) Usar curativo segunda/ sexta no peito

4) Retirar pontos com 12 dias no peito direito

Data: 14 / 08 / 2019

Médico

CRM/Carimbo





H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Antônio plácido L. Freitas

Solicito fisioterapia
p/ mão E (30us)
prot. de palanges
consolidadas.

24/10/19

Dr. Josué Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 8255

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



3-	Data	/	/
4-	Data	/	/
5-	Data	/	/
6-	Data	/	/

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado ☒ Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: () Ambulatório em / / Dr.(a) Dr. Melli com 04 semanas

Observações: 1) Manter data cassada até retorno

2) Seguir prescrição médica

3) Usar curativo sempre/sexta no posto

4) Retirar pontos com 12 dias no posto de saúde

Data: 19 / 08 / 2019

Médico

CRM/Carimbo



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA

RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS Idade: 48 ano(s)
NUNES
Endereço: RUA SEMEAO LOPES DE FREITAS, 28 - ZONA RURAL - HORIZONTE/CE
R

USO ORAL

1) CEFALEXINA 500 MG

TOMAR 1 COMP DE 6/6 H

(06:00, 12:00, 18:00 e 00:00)

40 COMP

Dr. Josafá Fernandes
Farmácia Ortopédica
CREMEX 5253

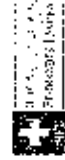
Fortaleza/CE, 26 de August de 2019

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM/CE 5253

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA

RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS Idade: 48 ano(s)
NUNES
Endereço: RUA SEMEAO LOPES DE FREITAS, 28 - ZONA RURAL - HORIZONTE/CE
R

USO ORAL

1) CEFALEXINA 500 MG

TOMAR 1 COMP DE 6/6 H

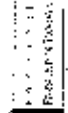
40 COMP

Dr. Josafá Fernandes
Farmácia Ortopédica
CREMEX 5253

Fortaleza/CE, 26 de August de 2019

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM/CE 5253



RECEITUÁRIO SIMPLES



USE DRA!

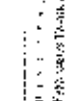
12

~~(2) Universal Terminals
Universal - Onopozita
CREMEC 5253~~

FRANCISCO J. GARCIA-FRANZINDES

65-30860

- Fix externa dia 18 de Maio 1918
 - Substituto de 2 de dias
 - Substituição de partes com 1
 - Substituição de 30 5/19 ao
 - Substituição para retirada do



RECEITUÁRIO SIMPLES



R.

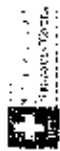
100

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

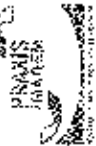
CRMICE 5253

SECRET

15 dias
8 h
hávia infundimento
fixação externa.



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES portador do documento nº necessita de 60 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

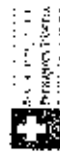
CID: S925

FORTALEZA/CE, 26 de August de 2019

JOSAFÁ

CRM/CE 5255

Josafá Fernandes
Médico - Otorrinolaringologista
CRM/CE 5255



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES portador do documento nº necessita de 60 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S925

FORTALEZA/CE, 26 de August de 2019

JOSAFÁ

CRM/CE 5255

Josafá Fernandes
Médico - Otorrinolaringologista
CRM/CE 5255

10:00H DDI - DELEGADO



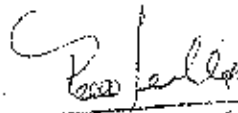
ENCAMINHAMENTO

Do: Núcleo de Serviço Social - IJF

Para: Setor de Probulo

Endereço: R. Juvenal Simões, S/N - PL.
da Colônia - Horizonte

Solicitação de A.G. p/ Sr. Antônio J. J. J.
cooper de Facetas Naves com possível
transferência do Hosp. Fernandes
Torres, residente em Horizonte.


Assistente Social

Maria Wânia A. Mota Alves
Assistente Social
CRPS 4973

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
Rua: Barão do Rio Branco, 1316 - Centro.
Fortaleza-Ceará.
Telefone: (85) 3255 5037

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Fortaleza, 10 de janeiro de 2020.

Declaro que o Sr. (a) ANTÔNIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES, CPF 39860825300, admitido (a) para atendimento fisioterapêutico, com diagnóstico médico de fratura de falanges da mão esquerda e pé esquerdo em virtude de acidente de moto, realizou avaliação cinético funcional onde apresentou queixas de dor e limitação de movimento dos membros referidos.

De acordo com o quadro clínico, observou-se que a região afetada apresenta edema, aderência, bloqueio articular, presença de rubor. No exame físico apresentou diminuição da amplitude de movimento (ADM), fraqueza muscular da mão e pé esquerdo, apresenta quadro álgico grau 10 ao realizar esforço de acordo com a Escala Visual Analógica (EVA) e comorbidades em ambos os membros.

Apresenta como diagnóstico funcional: edema, bloqueio articular, redução da amplitude de movimento, comorbidades e intenso quadro álgico.

Os objetivos propostos para o seu tratamento foram: diminuição do edema e quadro álgico, ganho de força muscular e amplitude de movimento.

Plano de tratamento proposto consistiu em crioterapia, analgesia, terapia combinada com ultrassom terapêutico, neuroestimulação elétrica transcutânea, fortalecimento isométrico e ganho de ADM dos movimentos funcionais da mão e pé esquerdo.

Ao final do tratamento o paciente obteve melhora do quadro clínico, porém continua com comorbidades na mão e pé esquerdo.

Bruna Lima Lopes
Fisioterapeuta
CREPITO 233605-F

*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2417897/2020

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

11/02/2020 10:57:38

*Dados do reclamante***Segurado:**

ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

398.608.253-00

*Formas de contato***E-mail:**

felipe.pavat@hotmail.com

Telefone:

(85) 99761-8930

Celular:

(85) 99761-8930

Endereço:

rua barao do rio branco 1779

Bairro:

CENTRO

CEP:

60.025-061

Cidade:

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3190/686274 ,onde foi enviado toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma veio a negar o processo sem ao mesmo avaliar ,negaram por base em documentação médica, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007), dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º , preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, estando até hoje com dificuldades de movimentação devido esta lesão. SOLICITO que seja agendado de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Detalhe de Sinistro

Sinistro

Histórico

Preexistência

ASL: ASL-0057231/20

Nº do sinistro: 3200070420

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

Dependência: 004

CAPEMISA (DPSEG) Seguradora ...

Num. Sequência: 2

☐ Prioritário

Natureza do sinistro: Invalidez

Status: Cancelado

DADOS SINISTRO

Data da reclamação: 11/02/2020

Data do último documento entregue *: 11/02/2020

Data do sinistro: 18/08/2019

Horário:

DADOS DA VÍTIMA

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

CPF: 398.608.253-00

CPF de: Próprio

Data de nascimento: 17/11/1972

Sexo *: Masculino

Titular do CPF: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

AVALIAÇÃO

Data da AMD: 13/02/2020

Valor a pagar da AMD: 0,00

Data da última carga: 11/02/2020

Sinistro em processo de regulação. Não é possível receber documentos.

ações

Exibir Documentos

Cancelar

Ratificação de Cancelamento - Vítima em tratamento

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário:

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 9-8870-1298

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: dpvataquiportal2@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: SUSCIP

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PEÇO AOS SENHORES ANALISTAS PARA QUE DEÊM ANDAMENTO AO MEU PROCESSO DO SEGURO DPVAT CUJO SINISTRO 3200084482, FOI NEGADO, ALEGANDO QUE EU ESTAVA AINDA EM TRATAMENTO, O QUAL NÃO ESTOU! SENDO ASSIM, PEÇO QUE AGENDEM MINHA PERÍCIA MÉDICA, PARA QUE EU POSSA COMPROVAR MINHAS SEQUELAS PERMANENTES DESSE ACIDENTE.

Fortaleza 15 de Setembro 2020

Local e Data

* Antonio Jaldemir Lopes de Freitas

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

BRASIL

*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2465380/2020

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

15/09/2020 16:17:28

*Dados do reclamante***Segurado:**

ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

398.608.253-00

*Formas de contato***E-mail:**

denuncieaki123@gmail.com

Telefone:

(85) 8870-1298

Endereço:

RUA BARÃO DO RIO BRANCO 1779

Bairro:

CENTRO

CEP:

60.025-060

Cidade:

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez, onde foi enviado toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma veio NEGAR o meu processo com base na documentação médica, em que não descreve o grau das minhas lesões, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, locais onde obtive atendimento, e tudo que recebi enviei para seguradora. Na qualidade de segurado tenho direito de receber a devida indenização, visto que me encontro com sequelas devido este acidente sem poder fazer minhas atividades diárias e estou precisando urgente desse dinheiro para me manter, pois, devido esta sequela permanente não consigo trabalhar. Já recebi alta, mas ainda estou dificuldades de movimentação devido esta lesão. SOLICITO que seja atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, NÃO ESTOU DE ACORDO COM ESSA NEGATIVA para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial, tendo em vista que me encontro com sequelas permanente devido este acidente, e não estou de acordo com a negativa indevida.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
------	--------	----------

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279,		15/09/2020 16:17:28

de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susen

Barra GovBr



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262587/20

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS

CPF: 398.608.253-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: LOPES DE FREITAS NUNES

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
Outros

ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES : 398.608.253-00

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: 17/09/2020
Nome: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES
CPF: 398.608.253-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

ANDERSON DE SOUZA LEITE



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200333227

Data da solicitação: 27/10/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Antonio Jaldemir Lopes Freitas Nunes

CPF do beneficiário: 398.608.253-00

Nome do solicitante: Antonio Jaldemir Lopes Freitas Nunes

CPF do solicitante: 398.608.253-00

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 9-8870-6298 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: dpvotaguijontal2@gmail

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fortaleza/ce 27/10/2020

Local e Data

Antonio Jaldemir Lopes Freitas Nunes

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262587/20

Número do Sinistro: 3200333227

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS

CPF: 398.608.253-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 27/10/2020

Nome: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

CPF: 398.608.253-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/10/2020

Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

CPF: 041.838.663-32

ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333227 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta em mão esquerda com lesão de tendão extensor do 3º quirodáctilo esquerdo e fratura exposta no pé esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico da mão esquerda apresenta movimento de pinça palmar alterado, movimento de compressão digital alterado, movimento de pinça lateral alterado, movimento de pinça pulpar alterado, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 80°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 60°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 50°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 70°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 70°, hiperextensão do polegar aos 8°, hiperextensão do segundo dedo aos 6°, hiperextensão do terceiro dedo aos 6°, hiperextensão do quarto dedo aos 6°, hiperextensão do quinto dedo aos 6°. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, cicatriz operatória aparente, 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 leve na mão esquerda. Ao exame físico do 1º dedo do pé esquerdo apresenta sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, flexão alterada, extensão alterada. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no primeiro dedo do pé esquerdo Diminuição da força de preensão palmar associado a hipotrofia tenar e hipotenar e bloqueio de flexo-extensão dos quirodáctilos. Bloqueio grave de flexo-extensão do hálux

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador de fraturas. Tenorrafia de tendão extensor do 3º quirodáctilo. não fez fisioterapia. Alta definitiva em agosto de 2020

Sequelas permanentes: Deficit funcional severo em primeiro pododáctilo esquerdo
Deficit funcional leve em mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/09/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em primeiro pododáctilo esquerdo e em mão esquerda, portanto mantemos a conduta do médico examinador
Nota médico examinador:O periciado apresenta quadro de artrose associado.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333227 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DE ACORDO COM PARECER DA ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL EM 05/03/2020:

Fratura exposta da mão esquerda associado a lesão múltiplas dos tendões extensores e fratura de metatarsos associado a laceração extensa em região dorsal do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: DE ACORDO COM PARECER DA ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL EM 05/03/2020: Como medida terapêutica, restou submetido a tratamentos cirúrgico e medicamentoso. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ainda pendente das lesões sofridas no presente sinistro, ou seja, a vítima permanece em tratamento.

Descrição do exame físico: Periciado ainda não realizou exames de imagem que apontem de forma precisa o diagnóstico das lesões sofridas no presente sinistro, estando assim pendente a apuração das mesmas. Há necessidade, conforme conclusão do exame clínico, de nova avaliação, após a coleta dos resultados obtidos nos exames. Retorno em 60 dias munido de exames de imagem atualizados da mão esquerda e pé esquerdo.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *** CONFORME TRATATIVA OMNI DE 17/09/2020 15:57:50 ***

* VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL EM 05/03/2020, ONDE SEGUNDO O PARECER MÉDICO VÍTIMA EM TRATAMENTO, DEVENDO SER REAVALIADA EM 60 DIAS.

SOLICITADA ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262587/20

Número do Sinistro: 3200333227

Vítima: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS

CPF: 398.608.253-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 27/10/2020

Nome: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

CPF: 398.608.253-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/10/2020

Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

CPF: 041.838.663-32

ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA