

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

[Reanálise]

GE - 1 Via - 9001111524113



Parecer Médico

Análise

PRESTADORA: Amorim e Mattos Serviços Médicos Especializados Ltda
NOME DA VÍTIMA: DEYVSON DE ARAGAO
NÚMERO DO SINISTRO: 2009/136975
DATA DO ACIDENTE: 11/10/2008
UF: PE
SEGURADORA: FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
REGULADORA: Antoneli Regulação de Sinistros Ltda

DATA DO ÚLTIMO DOCUMENTO: 08/08/09.

DATA LIMITE PARA LIQUIDAÇÃO: 03/09/09.

DIAGNÓSTICO:

TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

SEQÜELAS PERMANENTES:

[M] LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO MARCHA CLAUDICANTE CICATRIZES

VALOR PLEITEADO / PERCENTUAL:

R\$ 9.450.00 / 70%

VALOR AVALIADO / PERCENTUAL

R\$ 1.687.50 / 12.5%

PERÍCIA MÉDICA:**DOCUMENTO(S) COMPLEMENTAR(ES)****PARECER:**

JOELHO 50%

OBSERVAÇÕES:**DATA DA ANÁLISE**

08/08/2009

DATA DO ENCAMINHAMENTO

08/08/2009

DR JOSÉ ARTUR F. AMORIM

CRM 52.314/74-2

AMORIM MATTOS

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Seg/Reg: FEDERA VIA / ANTONET
Sinistro nº 0009/136975

PROCEDIMENTO	Processo nº 100 / <u>122 837</u> / 2009 / <u>002</u>
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos () Aval.IP () Reaval.IP () Legitimidade () Investigação	
PROCEDIMENTO	Processo nº 100 / _____ / 2009 / _____
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos () Aval.IP () Reaval.IP () Legitimidade () Investigação	
PROCEDIMENTO	Processo nº 100 / _____ / 2009 / _____
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos () Aval.IP () Reaval.IP () Legitimidade () Investigação	
Obs.: <u>REAVALIACAO</u>	

Liberado para pagamento ☐

Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista/Fabrica: **Luís Fernando**

Data : 30/07/2009

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo

PRI

Curitiba, 22 de junho de 2009.

DPVAT

Ilmo(a) Sr.(a): ****Deyvson de Aragão*****

REF: SEGURO DPVAT - nº 2009/136975

Sinistro de IPA - Vítima: Deyvson de Aragão

Prezado(a) Senhor(a),

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recebemos o processo acima mencionado, o qual foi alvo de nossa maior atenção. O mesmo foi encaminhado à SEGURADORA LÍDER/Consórcio-DPVAT, para análise de praxe e finalização. Nesta data o Consórcio nos retornou o processo com o seguinte parecer:

-Devolvemos o processo para suas providências, tendo em vista constar divergência quanto a data do acidente aos autos. No B.O nº. 08E0095009184 e nos documentos médicos, constam data de 11/10/2008 e na declaração do Samu de 11/11/2008. Solicitamos esclarecimentos para tal divergência.

Lembramos que a exigência acima se pauta no disposto na Lei 8441/92, Art. 5º. §4º.

Diante do exposto, informamos que ficaremos no aguardo de referido(s) documento(s) para retornarmos o processo ao Consórcio/DPVAT.

Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela SEGURADORA LÍDER/Consórcio-DPVAT. Certos de sua compreensão, ficamos a disposição para esclarecimentos que julgue necessários.

Atenciosamente

Federal Vida e Previdência



Rio de Janeiro, 12/06/2009
DPVAT/SIN - 24017/2009

Para: Federal Vida e Previdência S/A

A/C:Antoneli Reguladora / Sr. Jaaziel de Castro

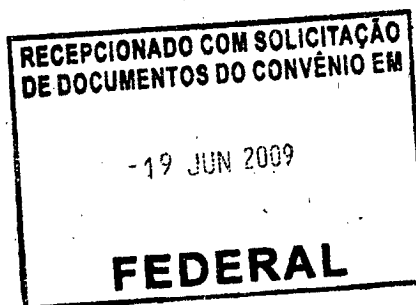
REF: Sinistro(s) 2009/136975. Vítima: Deyvson de Aragão.

Devolvemos o processo para suas providências, tendo em vista constar divergência quanto a data do acidente aos autos. No Boletim de Ocorrência nº 08E0095009184 e nos documentos médicos, constam data de 11/10/2008 e na declaração do Samu de 11/11/2008. Solicitamos esclarecimentos para tal divergência.

Cumprida a exigência, atualizar no sistema a data do último documento.

Atenciosamente,


Andreia Cinelli Cordeiro
Coordenadora de Sinistro



P- 100/122837/2009-001
SPB
Anexo: conf. texto

Seg/Reg: Federal / Antonieli

Sinistro nº 09/136975

240A7

PROCEDIMENTO	Processo nº 100 / <u>122837</u> / 2009 / <u>01</u>
Prestador: () CNIS () MS  Visão Médica () Amorim e Mattos	
(X) Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação	
PROCEDIMENTO	Processo nº 100 / _____ / 2009 / _____
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos	
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação	
PROCEDIMENTO	Processo nº 100 / _____ / 2009 / _____
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos	
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação	
Obs.: PE	

Liberado para pagamento ☐

Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista/Fabrica: Safantha

Data 10/6/2009

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo

PRI

=====

* Megadata Computacoes D.P.V.R.F. 02/06/2009 14:12:40 *

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *

* DPV010T ***** CONSULTA POR INQUERIO DO SINISTRO ***** 0003 / DPV016P *

=====

ANO / MUN. / LANC - 2009 / 136975 / 01 COD. DEPEND .. - 007

COD. SEG. - 1147 TIPO DOCUMENTO - 7 EX -

MUN. DOCUMENTO - 0000000000 DT.CADAST.PARC. - 30 / 04 / 2009

CATEGORIA - 00 DT. SINISTRO - 11 / 10 / 2008

DT. CADAST.... - 02 / 06 / 2009 DT. RATEIO ... - 00 / 00 / 0000

MATUREZA - 2 CPF VITIMA - 06462681470

NOME DA VITIMA - DEYSSON DE APAGAO

DT. NASC. - 05 / 08 / 1965 VALOR INDENIZ. -

SEQUENCIA - 001 VLR COR.MON/JUR- 0,00

COD. REC/RECL. - 1 DT. PAGAMENTO - 00 / 00 / 0000

NOME RECEBEDOR -

CPF/CGC RECEB. - 0000000000000000 DT. ATUALIZ... - 02 / 06 / 2009

PROCURADOR/INT.-

CPF/CGC PROC/INT- BOLETIM - 0095009184/0

DELEGACIA - CASA AMARELA UF DELEGACIA - PE

REGULACAO - 0 SUB-JUDICE ... - DT. RECEB.

DT. RECLAMACAO - 30 / 04 / 2009 CONF. PGTO - / /

=====

ENTER = CONTINUAR

PF03 = FIM

PF07 = VOLTA MENU

=====

* Megadata Computacoes D.P.V.A.T. 30/04/2009 15:39:58 *

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *

* D252/DPV252T U008 / DPV252P *

=====

*** AVISO DE SINISTRO PARCIAL ***

SEGURADORA: 1147 DEPENDENCIA: 007

NOME DA VITIMA: DEYVSON DE ARAGAO

NATUREZA: 2 (1 = MORTE 2 OU 4 = INVALIDEZ 3 = DMS)

STATUS: 0 (0 = PENDENTE 1 = COMPLETO 2 = CANCELADO)

DT. CADAST.PARCIAL.: 30/04/2009

DATA ATUALIZACAO...: 30/04/2009

***** RESPOSTA *****

* NUMERO DO SINISTRO PARCIAL *

* 2009/136975 *

===== AVISO CADASTRADO COM SUCESSO - TECLA ENTER =====*

ENTER = CONTINUAR PF03 = FIM PF07 = VOLTA MENU

Autorização de Pagamento
Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT

Nº do Sinistro 09/136975
Eu, NEYVSON DE ARAGÃO portador(a) do R.G. Nº 6864341
expedido por SDS - PE em 11/03/2002 e CPF 06462681470 CNPJ _____ na
qualidade de favorecido(a) / beneficiário(a) do valor referente a indenização / reembolso do seguro obrigatório
DPVAT da vítima O MESMO, Autorizo a SEGURADORA **FEDERAL - Vida e Previdência**
a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo indicada:



CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO: 001 AGÊNCIA: 3108-9 C/C: 15101-7



CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO: 237 AGÊNCIA: _____ C/P: _____



CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL S/A

Nº BANCO: 001 AGÊNCIA: _____ C/P: _____



CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO: 104 AGÊNCIA: _____ C/P: _____

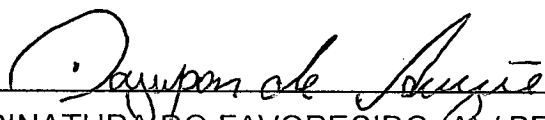


CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ S/A

Nº BANCO: 341 AGÊNCIA: _____ C/P: _____

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade. Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da Indenização do Sinistro de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitação o valor da referida indenização.

Recife 27/03/2009
LOCAL / DATA


ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

Obs: - Marcar somente uma opção de pagamento.

- Jamais indicar conta corrente de terceiros ou conta conjunta. Não são aceitas pelo Consórcio – DPVAT guias rasuradas, com dados incorretos ou nomes abreviados.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 5A. CIRCUNSCRICAO - CASA AMARELA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 08E0095009184

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/10/2008 às 09:17

ATROPELAMENTO - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 11/10/2008 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DO ARRAIAL, 1 - Bairro: CASA AMARELA - Município: RECIFE - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL - Ponto de Referência: EM FRENTE AO SÍTIO DA TRINDADE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (SUSPEITO)
DEYVSON DE ARAGAO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DEYVSON DE ARAGAO**

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

(VITIMA) - DEYVSON DE ARAGAO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **EDNA DE ARAGAO**; Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **5/8/1985**; Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documento: **6864341/SDS/PE (RG), 06462681470 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**;
Profissão: **ELETRICISTA**; Telefone de Contato: **32657521**; Telefone Celular: **86063662**

Exame pericial (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA SANTINAS, 437, 52081270, VASCO DA GAMA, RECIFE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**
Dados Comercial: **NÃO INFORMADO**

(SUSPEITO) - **DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **NÃO INFORMADO**; Pai: **NÃO INFORMADO** Data de Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO**
Estado Civil: **NÃO INFORMADO**; Escolaridade: **NÃO INFORMADO**; Profissão: **NÃO INFORMADO**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **NÃO INFORMADO**
Endereço Residencial: **NÃO INFORMADO**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**
Dados Comercial: **NÃO INFORMADO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL / FIAT / PALIO** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NÃO INFORMADO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** - Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)**

Descrição: PLACA KKF - 4411

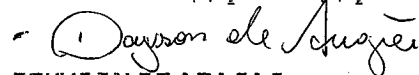
BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): DEYVSON DE ARAGAO, que estava em posse do(a) Sr(a): DEYVSON DE ARAGAO

Categoria/Marca/Modelo: BICICLETA / ZUMMI / NÃO INFORMADO - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO
Cor: VERDE - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

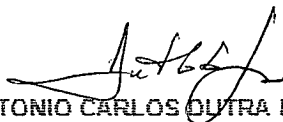
Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU NESTA DP PARA PRESTAR QUEIXA QUE FORA ATROPELADO PELO VEICULO ACIMA MENCIONADO; QUE O CONDUTOR DO VEICULO, EVADIU-SE SEM PRESTAR SOCORRO AO MESMO; QUE A O MESMO FORA SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU, COM DIVERSAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE SUA BICICLETA FICOU TOTALMENTE DANIFICADA. PELO ESPOSTO SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS.

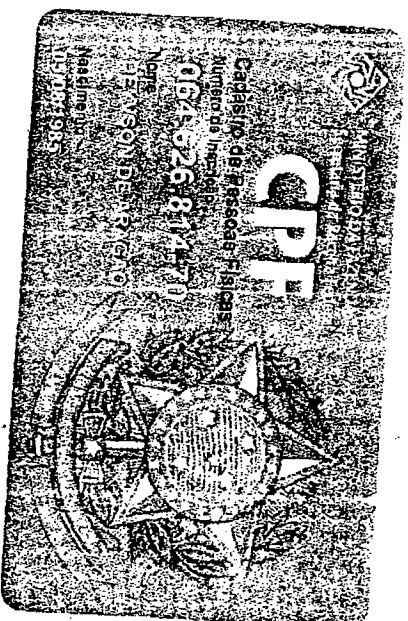
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



DEYVSON DE ARAGAO
(VITIMA)



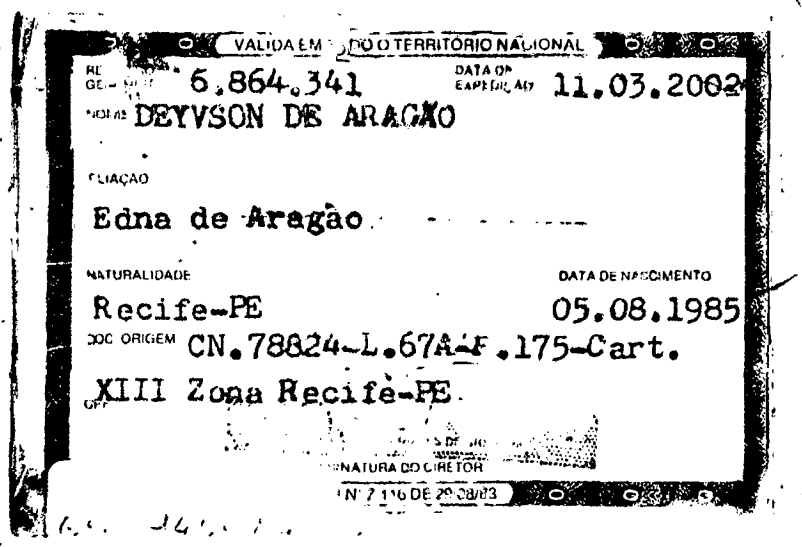
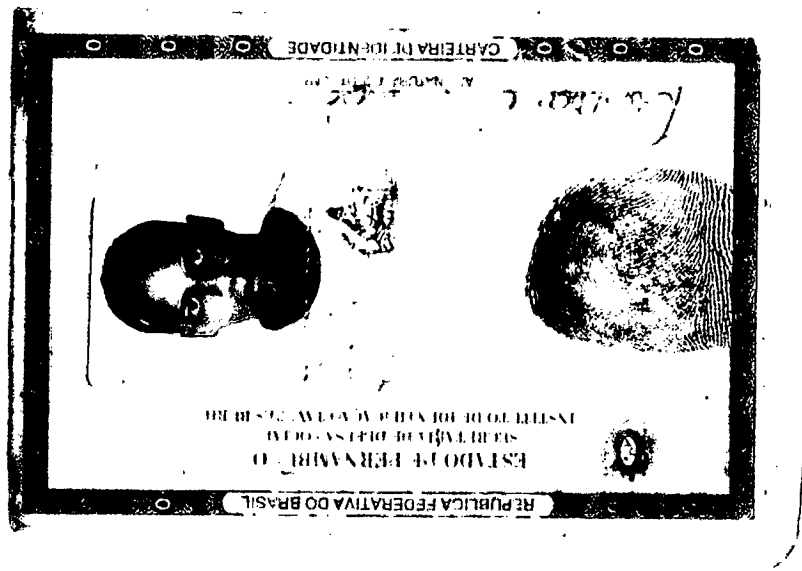
B.O. registrado pelo policial: ANTONIO CARLOS DUTRA DA SILVA - MAT. 130214-0



→ CPF: 064.626.814-70

Olegerson de Araújo

DOCUMENTO
RECEBIDO EM
29.05.2009
FEDERAL



Contatos:

- (81) 9219 0525
- (81) 9219 4693
- (81) 3431 8823
- (81) 3491 0360

Declaração de Residência

Beneficiário: Deynison de Aragão

Endereço R. Santinas n: 437 Vaseo da
Gama - Recife

Declaro para a seguradora LIDER, que eu Resido no endereço
acima citado.

Deynison de Aragão

Olinda, 26 de Março de 2009



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

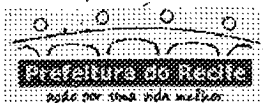
DA Nº. 005.12.2008
EM: 02.12.2008

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **DAYVSON DE ARAGÃO**, RG Nº. **6.864.341** SDS-PE, **declaramos** que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº. **249.954**, do dia 11 de Outubro de 2008, onde foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU – Recife, por volta das 14h20min, vítima de colisão em acidente de trânsito com bicicleta, na Estrada do Arraial, em frente ao Sítio da Trindade, no bairro de Casa Amarela, e, em seguida, sendo removido ao Hospital Getúlio Vargas. Recife, 30 de junho de 2009.


Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

**DOCUMENTO
RECEBIDO EM**
19,07,2009
FEDERAL



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 005.12.2008
EM: 02.12.2008

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **DAYVSON DE ARAGÃO**, RG Nº. **6.864.341** SDS-PE, **declaramos** que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº. **249.954**, do dia **11 de Novembro de 2008**, onde foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU – Recife, por volta das 14h20min, vítima de colisão em acidente de trânsito com bicicleta, na Estrada do Arraial, em frente ao Sítio da Trindade, no bairro de Casa Amarela, e, em seguida, sendo removido ao Hospital Getúlio Vargas. Recife, 02 de Dezembro de 2008.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sérgio Parente Costa
Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

192

HGV
Pront Same: 705769
Pront Int: 0
680100 DEYVSON ARAGAO
INTERCAO DEGENCIA APÓS 24h
Nascimento: 05/08/1985 Idade: 23
Mãe: EDNA DE ARAGAO

2008/IE005287

Senha:

SUS:

Enf: CORREDOR AO LADO

Leito:

Informações prestada pelo paciente

Paciente

Nascimento

Documento

Endereço

Filiação

Accomp:
RUA SANTINAS 47
VAGDO DA GAMA

RECIFE

Reg: CATARINA 12/10/2008 14:32:00

Fone: NT

FE 52061-270

Imp: CATARINA 12/10/2008 14:32:55

Nº 010

Hora de Chegada

Hora de Saída

Atendimento Médico:

Data: 11/10/08 Hora: 14h Médico: CRM: 1
Queixa Principal: Acidente automobilístico com trauma na cabeça e
na região cervical, sangramento de ferida aberta.

História do Trauma:

Perda da Consciência:	Sim	Não	Episódio Emético:	Sim	Não	Acidente de Trabalho:	Sim	Não
Acidente de Trânsito:	Sim	Não	Tipo:					
Colisão:	Sim	Não	Tipo:	Motorista: Passageiro:				
Atropelamento:	Sim	Não	Local do Impacto:					
Vítima de Ferimento:	Sim	Não	Tipo:	Sofreu Queda: Sim Não Altura: m				
Queimadura:	Sim	Não	Por:	Transporte realizado por:				
Condições de imobilização adequadas:	Sim	Não				Por que:		
Observações:								

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: X mm

Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD

MSE

MID

MIE

Pupilas: Isocóricas

Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular

Escore:

Hora:

Glasgow: Resposta Verbal

Escore:

Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

E: Abdômen *reflexo de Tinel positivo*

Diagnóstico Inicial: *em rx baba A; hema e tempo de coagulação*

Exames Solicitados: 1-Patologia Clínica: *Alta de Cir. Geral*

Exames Solicitados: 2-Especializados: *Revisar da Trauma*

Resultado dos Exames: *13/10/08*

Tratamento/Procedimentos: *Proceder clamp IM agora*

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ **Motivo:**

Evolução de Enfermagem: *Fratura - luxação tornozelo esq.*

*CD - *Tala gessada bota em MIE.*

Diagnóstico Definitivo: *Aumentou-se 12:00*
Aguarde redução 20:00.
Cirurgia eletiva depois.

Definição do Caso:

Internamento	Cirurgia	Óbito	Transferido para:	Curado	Melhorado
			Ortopedia - Traumatologia	Intervenção	Piorado

Informações do Serviço Social:

Confirmação do Nome: ☐ **Assist. Social**

Confirmação do Endereço: ☐

Providências: Alta ☐ Transferência ☒ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐ **Assist. Social**

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: ☐ **CRM:** ☐ **Data:** 13-10-08 **Hora:** 16:30

Termo de Responsabilidade para Internamento:

-Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: ☐ **Nome completo legível:** ☐

Nº da Identidade: ☐ **Assinatura:** ☐

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

-Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: ☐ **Nome completo legível:** ☐

Nº da Identidade: ☐ **Assinatura:** ☐

Cadastramento: ☐ **Impressão:** *Paulo César Aguiar de Azeite*

14/10/08.

- 01:50 Proceder clamp IM

Fratura de tibia

após redução e fixação

fratura de tibia

até de artro

+ ombro.

Tala bota

Dr. André Coimbra

Ortopedia - Traumatologia

CRM: 12926

HGV: 244589-1

Manuel Rodrigues Neto

Ortopedia - Traumatologia

CRM: 12926

HGV: 244589-1

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME DO PACIENTE:

REGISTRO Nº

CLÍNICA:

LEITO Nº

Deyvson Aragão

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

11/10/08

17:35

cirurgia geral

Realizada sutura em antebraço e braço esquerdo do paciente.

Lavagem extensiva, anestesia local, Sutura e curativo.

- ALTA DA CIRURGIA GERAL.

- Aos cuidados do traumatologista.

- Orientado a realizar VAT.

CRM 9112
Médico
Dr. Henrique Malheiros

12/10/08

SOT

Fôrmio esquerdo tornozelo hemidito
paciente edem. visível.

ECG, aspiril, sumico.

exonados em tornozelo + edema
2+ / 5+

Perfusão preservada.

ed. total braço esquerdo tornozelo
hemidito convênio

Dr. Renato Lial
Médico

13/10/08

SOT

Perf. apresentando vaga na extremidade
do HOSPITAL de convênio.

(SOT perfusão perfusão)
Medicado

Henrique Malheiros Jr.
Traumatologista
CRM 9112
Mat 229.932-1

HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA S/A

Paulista, 15 de janeiro de 2009.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Sr^o DEYVSON ARAGAO deu entrada nesta unidade no dia 13 de outubro de 2008, com fratura no tornozelo, vítima de acidente em bicicleta. No dia 20 de outubro do ano acima citado paciente foi submetido a procedimento cirúrgico de fratura+luxação no tornozelo esquerdo, recebendo alta melhorado no dia 21 de outubro de 2008.

Cordialmente,


Francisco de Assis B. Filho
Traumato - Ortopedia
CRM 9372

HCP

HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA

DECLARAÇÃO DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Declaro para os devidos fins que o Segurado(a):

Deiziane Araújo da Silva

portador da Carteira Profissional nº _____
série _____. Esteve internado(a) neste
Hospital no período de 13/10/08 a
21/10/08, tendo submetido-se a
intervenção cirúrgica de aneurisma de

Torção de R
no dia 20/10/08, tendo alta em
21/10/08.

Paulista, 21 de 10 de 2008

Francisco de Assis B. Filho
Traumato - Ortopedia
CRM 9372

Médico/CRM

Av. Dr. Rodolfo Aureliano – Vila Torres Galvão
Paulista/PE Fone: (81) 3437-1200/ 3437-1903



27/03/09
15:34

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

LAUDO TRAUMATOLÓGICO - Nº. 7393 / 09

REQUISITADO POR: 6º CIRC. CORDEIRO Ofício nº. 121 Data: 19 de Fevereiro de 2009

ENCAMINHAR PARA :

Os Médicos Legistas abaixo assinados, cumprindo determinação do Diretor do Instituto Médico Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinado às 15:15 horas do dia 27 de março de 2009, na Seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de: **DEYVSON DE ARAGÃO**, filho(a) de **EDNA DE ARAGÃO** e **PAI NÃO DECLARADO** de cor **parda**, sexo **masculino**, cabelos **castanhos ***, barba ***** ***, estado civil **solteiro**, aparentando a idade de **23** anos, peso **70 Kg**, com **175 cm** de estatura, residente à **RUA DA SANTINA nº 437**, bairro **VASCO DA GAMA**, município **RECIFE**, Estado **PE**, natural de **RECIFE / PE**, nacionalidade **BRASILEIRO**, documento apresentado **RG Nº 6864341**, profissão ******; vestes ******, sinais particulares ******, local da ocorrência ******, verificaram o que, a seguir, descrevem, pelo que respondem a estes quesitos:.

1º Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado? **SIM.**

2º Qual o instrumento ou o meio que a ocasionou? **INSTRUMENTO CONTUNDENTE.**

3º Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar) **SIM. INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE 30 (TRINTA) DIAS E DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

4º Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar) **SIM. DEFORMIDADE PERMANENTE.**

***** HISTÓRICO** – Periciando refere que sofreu acidente automobilístico no dia 11/10/2008, enquanto andava de bicicleta. Diz que foi atendido no Hospital Getúlio Vargas e depois transferido para o hospital de Paulista, onde foi submetido a cirurgia ortopédica. Traz declaração do segundo hospital acima citado, que diz: "...fratura de tornozelo...foi submetido a procedimento cirúrgico de fratura-luxação no tornozelo esquerdo...".

***** DESCRIÇÃO** – Apresenta marcha claudicante, limitação na flexo-extensão do pé esquerdo e cicatrizes nas faces medial (60 milímetros) e lateral (110 milímetros) do tornozelo esquerdo, ambas cicatrizes hipertróficas. Solicito documentação fotográfica.

***** EXAMES SOLICITADOS / RESULTADOS –**

***** DISCUSSÃO / CONCLUSÃO –**

Lido e achado correto o médico legista que assina Dr^(a). **FERNANDO AUGUSTO DE MENDONÇA NETO**
- CRM 8541



NOTAS DE OLINDA
- Entregue cópia fotostática
- documento original que me foi
O referido e aprovado: dou fé.
1 de verdade: deute.

Perito

Chefia de Cartório

Dig. IT

Sinistro

Protocolo

Seguro Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos
INVALIDEZ PERMANENTE

Seguradora Líder dos
Contratantes do Seguro DPVAT
www.segumtoralider.com.br

CLASSIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 11/10/08 Vítima Weysson de Aragão

Seguradora

CLASSIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome Weysson de Aragão

Endereço para Correspondência R. Santinias

437 Complemento Barro Vasco da Gama

Cidade Recife

UF PE

CEP

Telefone para contato

☒ Vítima ☐ Representante Legal

Preencha com ☒ para documentação entregue
Preencha com ☐ para documentação faltante

DOCUMENTOS BÁSICOS

☐ Registro da Ocorrência expedido pela autoridade policial

☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima

☐ CPF da vítima

☐ Comprovante de residência da vítima

☐ Autorização de Encaminhamento / Crédito de Indenização (preencher no modelo anexo)

Em caso de vítima com falecimento, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatório

☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima

☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública informando a inexistência do IML na localidade do evento

☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou de tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma

☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental

☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

☐ Procuração

☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador

☐ CPF

☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

O presente formulário de documentação deve ser entregue integralmente à seguradora para a documentação ser enviada para a companhia seguradora.
O prazo para o pagamento da indenização é de 60 dias, contados a partir da entrega da documentação completa para a seguradora.
Para mais informações, consulte o site www.dpvt.com.br ou Ligue 0800-0221204.
A indenização por invalidez permanente é de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) por ano de incapacidade, limitada ao valor de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) por vida.
Seguradora Líder dos Contratantes do Seguro DPVAT

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 24/04/09

Nome Julyana Canvalho

Identidade 6.419.456 SDS PE

Contatos:

(81) 92190585 (81) 34318883

(81) 92194693 (81) 34910360

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☐ Documentação recebida e encaminhada

FEDERAL SEGUROS DPVAT

Data 1 / 1 / 1

Nome

29 ABR 2009

Identidade

Sujeito a Conferência
Assinatura

Curitiba, 28 de Maio de 2009.

DIVLAR - DPVAT

Ilmo(a) Sr.(a): DEYVSON DE ARAGÃO

REF: SEGURO DPVAT - nº 2009/136975

Sinistro de IPA - Vítima: DEYVSON DE ARAGÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado nesta data, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresetados constatamos a necessidade de documento (s) complementar(s), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Apresentar cópia simples do CPF da vítima.

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referido documento para darmos andamento ao processo.

Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Lider/Consórcio-DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo inicial de 30 dias que teríamos para nos pronunciar quanto à indenização.

Certo de sua compreensão, ficamos a disposição para esclarecimentos que julguem necessários.

Atenciosamente,

Federal Seguros

Curitiba/Pr, 04 de Maio de 2009.

Ilmo(a) Sr.(a)
Deyvson de Aragão
Recife - PE

REF: SEGURO DPVAT - 2009/136975
Sinistro de **INVALIDEZ**
Vítima: Deyvson de Aragão

Prezado(a) Senhor(a),

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recebemos seu processo o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados, constatamos a necessidade de documentos complementares para poder encaminhar seu processo à Líder/Consórcios - DPVAT. Abaixo citamos os documentos:

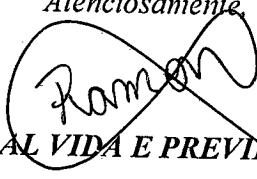
- Apresentar cópia do CPF da Vítima.
- Apresentar Autorização de Pagamento, indicando o número da conta corrente exclusiva do beneficiário(a) em qualquer Banco ou Conta Poupança (Itaú / Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal ou Bradesco).

Diante do exposto, ficaremos no aguardo do referido documento para darmos andamento ao processo.

Tal solicitação esta em conformidade com normas estabelecidas pela Líder/Consórcios - DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo inicial de 30 dias que tínhamos para nos pronunciar quanto à finalização do processo.

Atenciosamente,


FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA