

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180249205 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO PATRICIO DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180249205

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDINALDO PATRICIO DA SILVA

Data do acidente: 07/12/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (+/- 100 GRAUS), OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA, EDEMA E CREPITAÇÃO EM JOELHO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR DO QUÁDRICEPS COXA ESQUERDA COM DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto de Castro Costa

CRM do médico: 11730

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180249205

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDINALDO PATRICIO DA SILVA

Data do acidente: 07/12/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA + LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EDINALDO PATRICIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180249205**

Vítima: **EDINALDO PATRICIO DA SILVA**

Data do Acidente: **07/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180249205**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12900607



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: EDINALDO PATRICIO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180249205
Vitima: EDINALDO PATRICIO DA SILVA
Data do Acidente: 07/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180249205**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12903052



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: EDINALDO PATRICIO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180249205
Vitima: EDINALDO PATRICIO DA SILVA
Data do Acidente: 07/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180249205**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13120878



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDINALDO PATRICIO DA SILVA**

Sinistro: **3180249205**
Vítima: **EDINALDO PATRICIO DA SILVA**
Data do Acidente: **07/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180249205** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 735.936.054-49	Nome completo da vítima EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA	CPF titular da conta 735.936.054-49	Profissão AUTOMÓVEL
Endereço TEMPERHO TEMPORAL	Número 1115 Sin	Complemento 10m/14/14
Bairro P.H.A. JOUQUIM	Cidade PAUJOALHO	CEP 55825-000
Email	Estado PE	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 4739 -		D/V 013		CONTA NRO. 00008447 -		D/V 7	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PAUJOALHO, 06 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Edinaldo Patrício da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:21:45

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:21:45

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:21:45

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:21:45

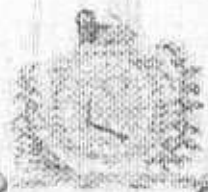
ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:21:45



EXCELSIOR SEGUROS
12 MAR 2018
SEGURO DE VIDA

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:21:45

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:21:45



ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:08:27

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:08:27

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO
DP-47-CIRC DINTER/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0137000423

Ocorrência registrada em data posterior a 07/03/2018 às

Complemento o BO Número: 18E0137000423

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Consumado
que aconteceu no dia 7/12/2017 às 18:00

Ocorrência no endereço: MUNICÍPIO DE PAUDALHO
PERNAMBUCO, BRASIL

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:08:27

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:08:27

Pessoas envolvidas na ocorrência:
- VÍTIMA (AUTORIDADE)
JOSE PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
EDNALDO PATRÍCIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na ocorrência) - que estava em posse do(a) Sr(a):
EDNALDO PATRÍCIO DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na ocorrência) - em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

EDNALDO PATRÍCIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino
MARIA FRANCISCA RODRIGUES PEREIRA (presente no plantão) - Sexo: Feminino
21/12/1972 Nacionalidade: GLÓRIA DO GOIÁS / PERNAMBUCO - Brasil Documentos:
3551783/SSD/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO
Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:
1548445

Endereço: MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, ENGENHO TABOÃO
CENTRO - PERNAMBUCO, BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Não informado
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO, BRASIL

JOSÉ PEREIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO, BRASIL

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

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:08:27

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) JOSÉ PEREIRA DA SILVA
do(a) Sr(a) DESCONHECIDO
CATEGORIA/MARCA/MODELO: MOTOCICLETA HONDA/CG 150
QUANTIDADE: 0 (UNIDADE NÃO IDENTIFICADA)
Placa: ABC-123456789
Ano Fabricação/Modelo: 2010/150
GASOLINA

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:08:27

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) DESCONHECIDO
do(a) Sr(a) DESCONHECIDO
CATEGORIA/MARCA/MODELO: AUTOMOVEIS
QUANTIDADE: 0 (UNIDADE NÃO IDENTIFICADA)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NO DIA 07/12/17 PILOTAVA A MOTOCICLETA EM TELA
SENTIDO CHÁ DE CONSELHO PAUDALHO, QUANDO UM VEICULO DE MODELO E
PLACA NÃO IDENTIFICADA O TRANCOU, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA
MOTOCICLETA E CRIU, A VITIMA FOI PARA A SUA RESIDENCIA E NO DIA 09/12/17 FOI
PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO.

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:08:27

Assinatura da(s) vítima(s) presente nesta unidade policial
EDNALDO PATRÍCIO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: RAPHAEL DA VEIGA PIOTO - Matrícula: 273828



ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:08:27

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:08:27

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA

CPF da Vítima

735.930.054-49

Data do Acidente

07/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Pelo(s) PAI de 06 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Atendimento: 854472

Senha da Classificação:

P0028

Data e Hora: 09/12/2017 09:16

Especialidade:

Paciente: 92400 EDINALDO PATRICIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/12/1972 Idade: 44 anos

Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA RODRIGUES

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: JOÃO BOSCO LUCENA BATISTA ACIOLI R (CRM: 20265)

Endereço: SÍTIO PLANALTO

PAUDALHO

Bairro: CENTRO

Idade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 99812212

URN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

paciente refere queda de 2 metros com
trauma no pulso esquerdo
logo após o acidente

Exame Físico

trauma no pulso esquerdo
edema no pulso esquerdo
limite de movimento reduzido
dor no pulso esquerdo

Suposto Diagnóstico

fratura da base do 5º metacarpo

Conduta Terapêutica

analgesia + tala + compressão + elevação

Prescrição Médica

Tala com...
A nota querrela
e a tala...
de... com... e...
de... com... e...

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

HGP

Ara:

Senha:

Carimbo/Médico

Unidade Triagem:

ATESTADO

TRATAMENTO PRECÍSSA

() SIM () DIAS
() NÃO



João Bosco Aciole
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20265

CARTA

PAUDALHO, 05/07/2018.

À: SEGURADORA LIDER DPVAT

DE: EDINALDO PATRÍCIO DOS SILVA - CPF: 735.936.054-49

**ASSUNTO: ESCLARECIMENTOS DO FATO OCORRIDO
(RELATO)**

PREZADOS,

Venho por meio desta esclarecer a dinâmica do acidente e os fatos ocorridos:

1. O acidente ocorreu no dia 07/12/2017 (noite);
2. O acidente ocorreu em zona rural e de difícil acesso;
3. Fui socorrido (2) dois dias após 09/12/2017, conforme registro em "B.O" e ficha de atendimento da UPA SÃO LOURENÇO;
4. Fui encaminhado para o Hospital Getúlio Vargas (HGV), permaneci entre 09/12/2017 à 12/12/2017;
5. Por ultimo fui transferido para o Hospital Santa Casa de Misericórdia, onde fui submetido a tratamento cirúrgico de fratura cominutiva com fragmentação múltipla e perda óssea extensa + reconstrução ligamentar;
6. Do tratamento: dia 13/12/2017 síntese da patela com parafusos canulados + banda de tensão com fio de cerclagem com quadricepsplastia e reinserção em patela, recebendo alta no dia 14/12/2017.

Diante destes esclarecimentos, solicito encarecidamente que finalizem a análise do processo que se protela por algum tempo, desde já coloco-me a disposição para ser submetido a uma pericia e/ou auditoria médica de Vossa competência.

Aguardo!

EDINALDO PATRÍCIO DOS SILVA
CPF: 735.936.054-49

EXCELSIOR SEGURO.

10 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

Atendimento: 854472

Senha da Classificação:

P0028

Data e Hora: 09/12/2017 09:16

Especialidade:

Paciente: 92400 EDINALDO PATRICIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/12/1972 Idade: 44 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA RODRIGUES

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: JOÃO BOSCO LUCENA BATISTA ACIOLI F

CRM: 20265

Endereço: SÍTIO PLANALTO

— PAUDALHO

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ADRIANA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 99812212

URN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

*Doença reumática, queda de peso de 2 kg com
fraqueza em geral e
dor no TCE com dores nas pernas*

Exame Físico

*Porta de entrada em geral e. Pericardio
estendido por recesso. Sem febre
limitada de recesso. Adesão
A-L: presença de parafuso*

Suposição Diagnóstica

Infecção de parafuso

Conduta Terapêutica

Analgesia + tola ortopédica + tratamento

Prescrição Médica

*Tolo com. parafuso
A tola querrela
Lêta Dire.
Tratamento com analgésicos e antibióticos*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

HGV

Outra:

Senha: 5319778

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

TRATAMENTO () SIM () DIAS
() NÃO



854472
João Bosco Aciole
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14780
CRM-PE 20265

EXCELSIOR SEGUROS
10 JUL 2018
SEGURO PRIVAT

EXCELSIOR SEGUROS
12 MAR 2018
SEGURO PRIVAT

Ana Paula da Costa
Téc Imob. Ortopédica
Cred 0762-ASTGO-PE
Mat 14011 09 40

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 11:31:18

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 11:31:18

CEPE
Grupo Nabeim

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei nº 10.090, de 2000
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
R. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
FONE 51.835.932/0001-08 (Vias: Fax: 0800943-83) www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOÃO PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
EG TAM-CORAJA

CPF 255.572.894-53

PAULALHOÇA DO OURO
PAULALHO PE
55075-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Número 1

CONTA CONTRATO 4002228900
MÊS 12/2017

Nº DA NOTA FISCAL 001840003
DATA 29/05/2018

DATA DE VENCIMENTO 16/01/2018

APRESENTAÇÃO 10/12/2017
Nº DO CLIENTE 2013641009
DATA DE INSTALAÇÃO 22/09/04

TOTAL A PAGAR R\$ 15,57

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PESO (KG)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	30,000000	15,57		
Acrescimo Barbara VERMELHA		1,21		
Multa por atraso NF 001731507 - 17/11/17		0,29		
Juros por atraso NF 001731507 - 17/11/17		0,02		
Compensação DMC 10/17		-1,12		

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 11:31:18

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 11:31:18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Furação	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CONSTANTES	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
4074021	CAI	29/05/2017	5.947,26	16/12/2017	5.977,30	31	1,2264	20,04

HISTÓRICO DE CONSUMO		HISTÓRICO DE TENDÊNCIA		COMPARAÇÃO DE CONSUMO	
02/17	20	02/17	20	02/17	20
03/17	20	03/17	20	03/17	20
04/17	20	04/17	20	04/17	20
05/17	20	05/17	20	05/17	20
06/17	20	06/17	20	06/17	20
07/17	20	07/17	20	07/17	20
08/17	20	08/17	20	08/17	20
09/17	20	09/17	20	09/17	20
10/17	20	10/17	20	10/17	20
11/17	20	11/17	20	11/17	20
12/17	20	12/17	20	12/17	20
01/18	20	01/18	20	01/18	20
02/18	20	02/18	20	02/18	20
03/18	20	03/18	20	03/18	20
04/18	20	04/18	20	04/18	20
05/18	20	05/18	20	05/18	20

RECORRENDAÇÃO DE PREÇO
180C 0004 3C34 031F 057E-433A 85AB C550

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As tarifas de energia elétrica são reajustadas anualmente em 1º de janeiro. O reajuste é baseado no Índice de Preços do Consumidor (IPC) publicado pelo IBGE. O reajuste é aplicado a partir de 1º de janeiro de cada ano.

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 11:31:18

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 11:31:18

DISTRIBUIÇÃO DE PRODUÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA				MÉDIA DE TENDÊNCIA	
PRODUTORES	PRODUTORES	PRODUTORES	PRODUTORES	PRODUTORES	PRODUTORES
02	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
03	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
04	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
05	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
06	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
07	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
08	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
09	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
10	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
11	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
12	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
13	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
15	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
16	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
17	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
18	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
19	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
20	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
21	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
22	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
23	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
24	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
26	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
27	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
28	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
29	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
30	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:27:38

Nota Fiscal
Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Sá, 111 - São José (Santo), Pernambuco - CEP 52060-902
CNPJ 15.835.832/0001-01 Tel: 3226948-83 www.celpe.com.br



DADOS DO CLIENTE
EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

CPF: 047.338.974-00

CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDENCIAL
BENEFICIAL

DATA DE EMISSÃO
29/05/2018

DATA DE VENCIMENTO
29/05/2018

DATA DE PAGAMENTO
29/05/2018

DATA DE RECEBIMENTO
29/05/2018

DATA DE LIQUIDACÃO
29/05/2018

DATA DE CANCELAMENTO
29/05/2018

DATA DE RESCISÃO
29/05/2018

DATA DE ENCERRAMENTO
29/05/2018

DATA DE EXPIRAÇÃO
29/05/2018

DATA DE VALIDADE
29/05/2018

DATA DE CANCELAMENTO
29/05/2018

DATA DE RESCISÃO
29/05/2018

DATA DE ENCERRAMENTO
29/05/2018

DATA DE EXPIRAÇÃO
29/05/2018

DATA DE VALIDADE
29/05/2018

DATA DE CANCELAMENTO
29/05/2018

DATA DE RESCISÃO
29/05/2018

DATA DE ENCERRAMENTO
29/05/2018

DATA DE EXPIRAÇÃO
29/05/2018

DATA DE VALIDADE
29/05/2018

DATA DE CANCELAMENTO
29/05/2018

DATA DE RESCISÃO
29/05/2018

DATA DE ENCERRAMENTO
29/05/2018

DATA DE EXPIRAÇÃO
29/05/2018

DATA DE VALIDADE
29/05/2018

DATA DE CANCELAMENTO
29/05/2018

DATA DE RESCISÃO
29/05/2018

DATA DE ENCERRAMENTO
29/05/2018

DATA DE EXPIRAÇÃO
29/05/2018

DATA DE VALIDADE
29/05/2018

DATA DE CANCELAMENTO
29/05/2018

DATA DE RESCISÃO
29/05/2018

DATA DE ENCERRAMENTO
29/05/2018

DATA DE EXPIRAÇÃO
29/05/2018

DATA DE VALIDADE
29/05/2018

DATA DE CANCELAMENTO
29/05/2018

DATA DE RESCISÃO
29/05/2018

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:27:38

SITUAÇÃO DO CLIENTE
PAIDALHO PE
55825-000

CODIGO FISCAL	4005758701	12/2017
DATA DE EMISSÃO	28/12/2017	18/01/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	100,57	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO ENERGIA	0,59681727	59,50
CONSUMO ENERGIA		5,74
CONSUMO ENERGIA		0,65
CONSUMO ENERGIA		0,61
CONSUMO ENERGIA		1,37
CONSUMO ENERGIA		1,33
CONSUMO ENERGIA		0,63
CONSUMO ENERGIA		0,46
CONSUMO ENERGIA		0,10
CONSUMO ENERGIA		0,35

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:27:38

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:27:38

DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL
29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI

DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL
29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI

DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL
29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI

DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL
29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI

DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL
29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI

DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL
29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI

DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL
29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI

DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL
29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI

DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL	DATA	TIPO DA FISCAL
29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI	29/05/2018	CAI

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDINALDO SANTAS DE ALMEIDA JUNIOR inscrito (a) no CPF/CNPJ 041.238.974 - 160 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 735.936.054 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura WVLA122 da Vitima EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o nº 735.936.054 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Paulo do mont</u>		Número <u>180</u>	Complemento <u>ASA</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>PAU D'ALHO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55825-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(11) 9.8582.2248</u>

PAU D'ALHO 05 de Febrero de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raianne Barbosa

RG nº 2365129 SSP-PE data de expedição 1/1

Órgão SSP-PE portador do CPF nº 694886634 com

domicílio na cidade de Paudalho, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Profeta Rito Cavalcante, nº 133

complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Edinaldo Patrício de Souza cujo o condutor era

Edinaldo Patrício de Souza

Veículo: motocicleta

Modelo: CG 150 Fan GSI

Ano: 2010/2010

Placa: KFA 3797

Chassi: 902NE1530AR081261

Data do Acidente: 27-12-2017

Local e Data: Paudalho 30-01-2018

Raianne Barbosa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Service Notarial de Paudalho Mônica Machado Campos - Tabelião Titular

Reconhecido por: RAIANNE BARBOSA a firma: RAIANNE BARBOSA, do(a) PE.

Paudalho/PE 30/01/2018 11:28:07 (P:43 KFA 3797) APLICA DE

SIGNATURE: Solo digital (007340.FAD12201/02.0037) Emiss: 199:

0.86; FEIX: 0.40 ISS: R\$ 0.20 Total: 4.70 Emiss: 199:

007340.FAD12201/02.0037 Consulta autenticada

Assinatura: Raianne Barbosa

Atendimento: 854472

Senha da Classificação:

P0028

Data e Hora: 09/12/2017 09:16

Especialidade:

Paciente: 92400 EDINALDO PATRICIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/12/1972 Idade: 44 anos

Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA RODRIGUES

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: JOÃO BOSCO LUCENA BATISTA ACIOLI R CRM: 20265

Endereço: SÍTIO PLANALTO

PAUDALHO

Bairro: CENTRO

Idade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 99812212

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

paciente refere queda de 2 metros com
trauma no joelho e
dor no TCE no hemisfério esquerdo

Exame Físico

Inspeção geral: paciente bem-estar, sem sinais de desidratação ou hipotermia. Sinais de trauma no joelho esquerdo e no TCE no hemisfério esquerdo.

Suposto Diagnóstico

fratura da patela e

Conduta Terapêutica

analgesia + tala + compressas + tratamento

Prescrição Médica

Tala coxo-patelar
A nota querrela
e a tala de coxo.
Tratamento com analgésicos e compressas.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

HGP

Ara:

Senha:

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

FRANCISCA

() SIM () DIAS
() NÃO



JOÃO BOSCO ACIOLI
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20265

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Edinaldo Patrício da Silva Registro: 854472

Responsável: _____ Contato: _____

Data/Hora	Observação
09.12.17 12h25	Admito paciente em sala amarela, ECG consistente com orelhadas supraventriculares; em a.a. torax simétrico, ex-pulso; abdome plano. apresenta lesão em MIE medicado conforme R.M. JVP MSD positivo, Dita VO. Se- guir no aguardo transferência ao HCV.
09/12/17 19h	Paciente em ESR, com lesão em MIE, orientada da SSV esta- vel. Dita VO. Dureza espontânea. JVP para medica- ção. MIE imobilizado em sala. Aguarda transfe- rência ao HCV. Seguir em observação.

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Edinaldo Pontes de Jesus IDADE: 44

REGISTRO: 750472 DATA: 12-11-7

HDA: paciente com dor no peito e
respiração curta desde que chegou

EX. FISICO: Dor no peito
de início leve e progressiva
no peito E

EX. COMPLEMENTARES: R-X

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Infarto agudo do miocárdio
2.
3.

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: Tratamento

SENHA: 5715278 DESTINO: HSCU

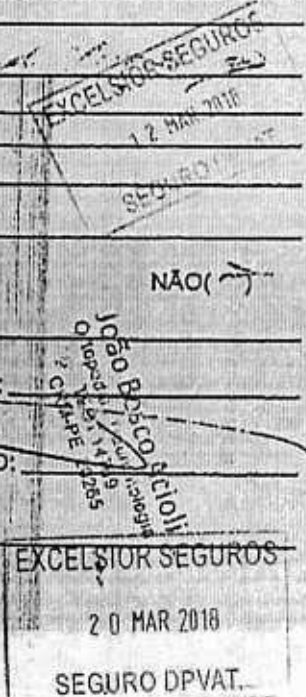
COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM () NÃO (☒)

JUSTIFICATIVA:

HORA DA SOLICITAÇÃO: MÉDICO SOLICITANTE:

HORA DA SAÍDA: MÉDICO DA LIBERAÇÃO:

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO:



ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

Trat. Cir. da Fratura da Patela Esquerda + Quadricepsplastia

Reparo do Ligamento

PARAFRASE CONULADOS Nº 3502 | 50/01

PRO MALT AVEL

0408050527 0408050152

070203063502

Paciente vítima de acidente motociclístico há 08 dias resultando em Fratura de Patela Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DR. JOÃO PAULO

05165087417

13/12/17

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

Av. General San Martins, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente Edinaldo Patricio da Silva esteve internado neste Hospital entre os dias 09/12/2017 a 12/12/2017 encaminhado da UPA de São Lourenço da Mata.

O paciente foi transferido para o Hospital Santa Casa para tratamento cirurgico de fratura da patela + lesão ligamentar.

Dra. Karine Nobre
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17.301

Assinatura do Médico / CRM Nº

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

EXCELSIOR SEGUROS
12 MAR 2018
SEGURO PRIVAT

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA**,
prontuário n° 111.5877, admitido neste hospital em 12/12/2017 com diagnóstico de
Fratura de Patela Esquerda, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta
hospitalar em 14/12/2017.

Recife, 18 de Janeiro de 2018.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

EXCELSOR SEGUROS
12 MAR 2018
SEGURO DPJAT

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA, prontuário nº 111.5877, admitido neste hospital em 12/12/2017, com diagnóstico de fratura de patela esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 14/12/2017.

Recife, 26 de Abril de 2018.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

D^{ra} Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 58040-000 | Fone: (81) 3412-3800
www.santacasarecife.org.br

ASL-0089277/18

Clínica de Recife
Laboratório Médico de Alta

Santa Casa de Misericórdia de Recife
Av. Duque de Caxias, 558 - Santo Antônio - Recife - PE
Fone: (81) 3413-3801 | E-mail: ouvidoria@santacasa.org.br
Site: www.santacasa.org.br

Nome: EDINALDO PATRICIO DA SILVA
Idade: 45
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 21/12/1972
Endereço: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 45
Admissão: 12/12/2017 17:33
Alta: 14/12/2017 09:29

Diagnóstico:
Lesão em Patela Esquerda
Evolução / Conduta:
Período sem intercorrências

Diagnóstico:
Principal S82.0 FRATURA DA RÔTULA (PATELA)

Internação:
Idade 45
Hospital: HFERMARIA SÃO LUIZ
Admissão 12/12/2017 17:33
Alta/Transferência 14/12/2017 09:29
Tempo 2 dia(s)

Orientação:
Agendar retorno para Dr. JOÃO PAULO para 15 dias;
Tomar medicação prescrita; —
Realizar RX
Realizar curativo
Não pisar até 2º ordem;
Sentar paciente;

Condição de Alta: Melhorado

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

EXCELSIOR SEGUROS
12 MAR 2018
SEGURADOR



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **EDINALDO PATRICIO DA SILVA**
Nº Registro: 549990 Nº Protuário: 1115877 Sexo: Masculino Idade: 44 ano (s)
Data: 13/12/2017 / 12:29 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 13/12/2017-12:29

- * HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PATELA + LESÃO AP EXTENSOR
- PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO:
QUADRICEPSPLASTIA
- * TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PATELA
- * RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA - ARTICULAR DO JOELHO
- * CIRURGIÃO: DR JOÃO PAULO LAFAYETTE
- ANESTESISTA: Dr Breno Fonseca
- ANESTESIA: RAQUI



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 DDH + ISQUEMIA E GARROTE + ASSEPSIA E ANTI SSEPISIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
2. INSIÇÃO ANTERIOR DO JOELHO, DISSECÇÃO POR PLANOS, VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA
- * 3. COMINUTO COM FRAGMENTAÇÃO MÚLTIPLA E PERDA ÓSSEA EXTENSA.
- * 3. REALIZADA SÍNTESE DE PATELA COM PARAFUSOS CANULADOS 4,,5MM
- * 4. BANDA DE TENSÃO COM FIO DE CERCLAGEM COM QUADRICEPSPLASTIA E REINSEÇÃO EM PATELA
5. REALIZADO CHULEIO COM VYCRIL.
6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%+ COLOCAÇÃO DE DRENO A VÁCUO E SUTURA POR PLANOS E CURATIVO
7. RETIRADA DE GARROTE E OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO
CRM: 17461

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO. CRM: 17461. Data e Hora: 13/12/2017 12:31:12.

João Paulo Lafayette
CRM: 17461



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **EDINALDO PATRICIO DA SILVA**
Nº Registro: 549990 Nº Protocolo: 1115877 Sexo: Masculino Idade: 44 anos (s)
Data: 13/12/2017 / 12:29 Convenio: RETAGUARDA GETULIO
Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 13/12/2017-12:29

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PÁTELA + LESÃO AP EXTENSOR

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO:

QUADRICEPSPLASTIA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PÁTELA

RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA - ARTICULAR DO JOELHO

CIRURGIÃO: DR JOÃO PAULO LAFAYETTE

ANESTESISTA: Dr Breno Fonseca

ANESTESIA: RAQUI

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

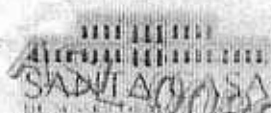
1. DDH + ISQUEMIA E GARROTE + ASSEPSIA E ANTI SSEPISIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
2. INSISÃO ANTERIOR DO JOELHO / DISSECAÇÃO POR PLANOS, VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA COMINUTO COM FRAGMENTAÇÃO MÚLTIPLA E PERDA ÓSSEA EXTENSA.
3. REALIZADA SÍNTESE DE PÁTELA COM PARAFUSOS CANULADOS 4,5MM
4. BANDA DE TENSÃO COM FIO DE CERCLAGEM COM QUADRICEPSPLASTIA E REINSERÇÃO EM PÁTELA
5. REALIZADO CHULEIO COM VYCRIL
6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO 9% + COLOCAÇÃO DE DRENO A VÁCUO E SUTURA POR PLANOS E CURATIVO
7. RETIRADA DE GARROTE E OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO
CRM: 17461

EXCELSIOR SEGUROS
12 MAR 2018
RFS RECIFE

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 200-7 de 24/08/2001.
Nome do profissional: JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO, CRM: 17461, Data e Hora: 13/12/2017 12:31:12.

João Paulo Lafayette
Traumatologia - Ortopedia
CRM - 17461



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1553 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA

Nº Registro: 549490 Nº Protocolo: 1115877

Sexo: Masculino Idade: 44 anos (s)

Data: 14/12/2017 08:12 Convênio:

SUS - AMB

Data do Internamento: 12/12/2017 17:33

Intervalo: 2

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Patela Esquerda

CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001:

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO, CRM: 6218, Data e Hora: 14/12/2017 15:37:10



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA**
Nº Registro: 549990 Nº Protocolo: 1115877 Sexo: Masculino Idade: 44 ano(s)
Data: 14/12/2017 / 08:12 Convênio: SUS - AMB
Data do Internamento: 12/12/2017 17:33 Intervalo: 2

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura de Patela Esquerda CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Patela Esquerda + Quadricepsplastia + Reconstrução Ligamentar - CÓDIGO: 0408050527 / 0408050110 / 0408050152

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. João Paulo	17461
2	1.AUX CIRÚRGICO		
3	2.AUX CIRÚRGICO		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Breno Fonseca	13034
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 05 dias, resultando em Fratura de Patela Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado: Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.005-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 14/12/2017 13:17:10.



EXCELSIOR SP
24 JUL 1960
SEG

EXCELSIOR SEGUROS
24 JUL 2018
SEC. 5.4.4.1



ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:11:18

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:11:18

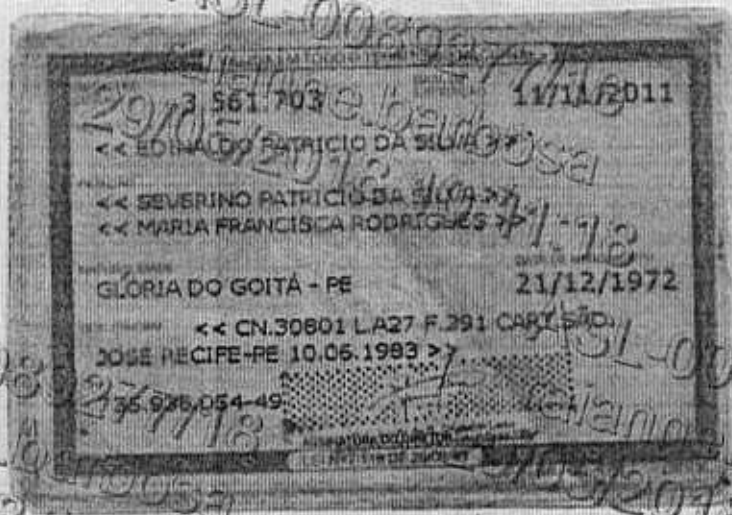


ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:11:18

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:11:18

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:11:18

ASL-0089277/18



EXCELSIOR SEGUROS
12 MAR 2018
SEALING OFFICE

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:11:18

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:11:18



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 735.936.054-49

Nome: EDINALDO PATRICIO DA SILVA

Data de Nascimento: 21/12/1972

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:20:11 do dia 05/02/2018 (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: 54B8.84E6.FB8A.0A11



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



ASL-0089277/18
raianne barbosa
29/05/2018 10:12:10

SEGURO CANCELAMENTO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSITANTES OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013155436769 BILHETE DE SEGURO DPVAT

XOSE PEREIRA MACHADO 55826-000
RUA PROF BERTO GALVANTINI 137
CASA ALTO DOIS IRMÃO PAIMALLO-PB

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	694 ABG 654-91	PLACA	KEG3747
RENDAVA	HONDA/CG 150 FAN EST	TIPO DE VEICULO	MOTO
ANO INSC	2010	Nº CLASSE	90221550R081261
FMS RIB		DISTRIBUIÇÃO	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO RESCATE	
SEGURO PACO		DÍVIDA EM DIA	
PAGAMENTO		PARELHO	
COTA UNICA			

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.340.874/0001-04

DESISTE E GUARDE O BILHETE DPVAT. NLE NÃO K DE PORTE OBRIGATORIO.

12-76
12 MAR 2018
SEGURO PRIVAT

12 MAR 2018
SEGURO PRIVAT

©

700

1. RESUMO DE OCORRÊNCIA EXISTENTE PARA AUTOPRODUTORES PÚBLICOS (COM AUTODIAGNÓSTICO E TESTE)

DE TENDIMENTO DA CARTERA NACIONAL DE VALORES MOBILIÁRIOS

(...) CPD DA VITINA, ICCHIA SIMPLES E LECHITEL

TRATTAMENTO PER IL CANCRO DELLA CERVICE

() COMPONENTES (MATERIAIS E SERVIÇOS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUE NÃO

[Signature]

1) COMPONENTE DE RESISTÊNCIA EM VOLUME DA TUBULAÇÃO SPINAL E LIGAMENTOS OU SUBSTITUIÇÃO DE RESISTÊNCIA

10

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CERTIFICADO

1) CPE DO RENOVANTE PÁRA SE INICIAR NOVA SÉRIE E LEGIÇÃO

1. I CORPORALE DI RISPONSA IN NOME DO RISPONDIANTE LEGALE SE MOVIATA (CONTRA SIMILES E LEVATIT) DO

000-REPRESENTATIVE LEADERSHIP PRESENTS A VITAL MESSAGE OF FAITH AND HOPE FOR THE FUTURE

52

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* RENTAL DEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VAIÁ CONFORME A GRANTUO

*PEPTELIS MEDICALS (PAYS) = REVENUE/SHARE IS £1200.00 (PEPTELISOLSON ESTE VALOR

1. Regionen sind unterteilt in Landkreise und Städte.

COMPLETA

GRATIS SAC OPNAV 0100 012 1204

Lm2

(Faint handwritten notes or signatures are visible along the right margin.)

on the 2nd of June 1864

CONTINUED	DATE	TIME
2	11	7

ASSINATURA 

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:12:52

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:12:52

ASL-0089277/18
raianne.barbosa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE FREITAS MACHADO

DOE IDENTIDADE / OUT. PASSAPORTE
2363169 887 PE

CPF
694.886.454-91

DATA NASCIMENTO
31/05/1955

PLACAO
NÃO DECLARADO

ALATIDE DA COCHERCAO MA
CHADO

PERMISSÃO
NÃO DECLARADO

ACQ
NÃO DECLARADO

DATA EMISSÃO
22/04/1981

VALIDADE
04/05/2022

DESTAQUE

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:12:52

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:12:52

1424720120
FEDERICO PLASTIFICAR

JOSE FREITAS MACHADO

LOCAL
CARPETA, PE

DATA EMISSÃO
18/05/2017

PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS
12 MAR 2018
SEGURO PRIVAT

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:12:52

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:12:52

CARTA

PAUDALHO, 10/05/2018.

À: SEGURADORA LIDER DPVAT

DE: EDINALDO PATRICIO DA SILVA - CPF: 735.936.054-49

REFERENTE: SINISTRO: 3180 116233

ASSUNTO: PEDIDO DE INDENIZAÇÃO NEGADO (SEM SEQUELA) ???



PREZADOS,

Venho por meio desta, expressar minha **SURPRESA E INDIGNAÇÃO** quanto à **negativa técnica** dessa concessionária referente ao pedido de indenização do Seguro DPVAT!

Justifico o motivo da minha surpresa e indignação diante da argumentação "**NÃO HÁ LESÃO E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA**", a surpresa maior é por se tratar de um parecer médico (**KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA**) com base em uma análise subjetiva, pois o **BOLETIM OPERATÓRIO** é bem claro quanto ao diagnóstico (**FRATURA DA PATELA + LESÃO AP EXTENSOR**) e os procedimentos cirurgicos (**SEGUE BOLETIM OPERATÓRIO**) e que falam por si, agravado ainda pela ausencia de oportunidade de uma **PERICIA MÉDICA IN LOCO**.

Solicito encarecidamente que reavalie a documentação que já consta no processo, pois os documentos médicos são esclarecedores quando as lesões que sofri no acidente e os procedimentos cirúrgicos que fui submetido no Hospital da Santa Casa.

Diante dessa situação quadro, coloco-me a disposição para passar por uma pericia médica e/ou auditoria de Vossa competência, a fim de que seja ratificada a veracidade das informações.

Aguardo!

Edinaldo Patrício da Silva
EDINALDO PATRICIO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180249205 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO PATRICIO DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO ATUAL, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

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 PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180249205

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDINALDO PATRICIO DA SILVA

Data do acidente: 07/12/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (+/- 100 GRAUS), OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA, EDEMA E CREPITAÇÃO EM JOELHO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR DO QUÁDRICEPS COXA ESQUERDA COM DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto de Castro Costa

CRM do médico: 11730

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Edinaldo Patrício de Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteiro
Profissão: Pedreiro
Identidade: 35617081 CPF: 735936054-49
Endereço: Eugenio Tâmbora

PROCURADOR:

Nome: Carvalho Dantas de Almeida Junior
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteiro
Profissão: Autônomo
Identidade: 5695262 SSP-PE CPF: 091938974-60
Endereço: Rua José Paulo do Monte 181, Paudalho-PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Edinaldo Patrício de Silva

12 MAR 2018

30 JAN 2018

Local e data

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião
Rua Getúlio Vargas, 100 - Paudalho - PE - CEP: 55.825-000 - Fone/Fax: (81) 3636-2483 / (81) 3636-1824 - www.camposnotarial.com.br
CNPJ: 07.047.404/0001-01 - INSC. ESTADUAL: 15.120.170-01 - INSC. MUNIC. 15.120.170-01
CNPJ: 07.047.404/0001-01 - INSC. ESTADUAL: 15.120.170-01 - INSC. MUNIC. 15.120.170-01
CNPJ: 07.047.404/0001-01 - INSC. ESTADUAL: 15.120.170-01 - INSC. MUNIC. 15.120.170-01
CNPJ: 07.047.404/0001-01 - INSC. ESTADUAL: 15.120.170-01 - INSC. MUNIC. 15.120.170-01

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: 15/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO PATRICIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000008447-7

Nr. da Autenticação 1E92F4D07371E19F

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: **3180249205**

Nome do(a) Examinado(a): **EDINALDO PATRICIO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

ENGENHO TAMPORAI, SN - CHA DO OURO - Paudalho - PE - CEP 55825-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **3.561.703**

Data e local do acidente: [**07/12/2017**] **PAUDALHO**

Data e local do exame: [**10/08/2018**] **Limoeiro** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA PATELA ESQUERDA

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

AO EXAME FÍSICO, APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (+/- 100 GRAUS), OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA, EDEMA E CREPITAÇÃO EM JOELHO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR DO QUÁDRICEPS COXA ESQUERDA COM DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem 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.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Assinatura do Médico Examinador – CRM

Roberto de Castro Costa - CRM: 11730 - PE