



04/07/2019

Número: **0027444-10.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDINALDO PATRICIO DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47361334	04/07/2019 10:02	2605692_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00274441020198172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDINALDO PATRICIO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 2 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





04/07/2019

Número: **0027444-10.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDINALDO PATRICIO DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47361337	04/07/2019 10:02	ANEXO 1	Outros (Documento)

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 AMO

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

Pág. 000490000.0 Carta 01 INVALIDEZ

000-200261



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: 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

Pag 0000/00008 carta 03 INVALIDEZ

0000/0004



Carta nº 12903052



Rio de Janeiro, 20 de Julho 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: 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

Pag 0196/01968 carta 03 INVALIDEZ

000/0084



Carta nº 13120078



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

INVALIDEZ
Pag 007/3/00/2018 carta 02

00000369



Carta nº 13212562





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 cometa 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 a 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: **35.936.054-49** CPF da Vítima: **735.936.054-49** Nome completo da vítima: **EDINATAP PATRICIO DA SILVA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
EDINATAP PATRICIO DA SILVA	735.936.054-49	AUTOMOTIVO	
Endereço	Número	Complemento	
BRUNO LUIZ BARBOSA	1112	S/N	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PARAIBA DO RIBEIRO	BAUZAHO	PA	55425-000
E-mail	Telefone (DDD)		
05/2018	29/05/2018		

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	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale um opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA	DV	CONTA	DV
4739	013	0009447	7
(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.

29/05/2018 10:21:45 Edinatto Patricio da Silva Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
29/05/2018 10:21:45 Edinatto Patricio da Silva Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAP15.001 V001/2017



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



ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:21:45
EXCELSIOR SEGUROS
12.000.000
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
RENAME BARBOSA
29/05/2018 10:08:27
MUNICIPIO DE PAUDALHO
PERMANUO BARBOSA

ASL-0089277/18
RENAME BARBOSA
29/05/2018 10:08:27
ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA E DO PATRIMONIO
MUNICIPIO DE PAUDALHO

ASL-0089277/18
RENAME BARBOSA
29/05/2018 10:08:27
MUNICIPIO DE PAUDALHO
PERMANUO BARBOSA

ASL-0089277/18
RENAME BARBOSA
29/05/2018 10:08:27
EDUARDO PATRICIO DA SILVA (PRESIDENTE DO PLANTAO) - RUA
MARIA FRANCISCA RODRIGUES - SEVERINO PATRICK DA SILVA
DE 1910 - RUA FLORIO DO SOUZA - PERMANUO BARBOSA
ESCRITO DO DE RG - SOLTEIRO(S) - GRAU INCOMPLETO
PERMANUO BARBOSA

ASL-0089277/18
RENAME BARBOSA
29/05/2018 10:08:27
MUNICIPIO DE PAUDALHO - RUA
PERMANUO BARBOSA
JULIA PEREIRA DA SILVA (PRESIDENTE DO PLANTAO) - RUA
MARIA FRANCISCA RODRIGUES - SEVERINO PATRICK DA SILVA
DE 1910 - RUA FLORIO DO SOUZA - PERMANUO BARBOSA
ESCRITO DO DE RG - SOLTEIRO(S) - GRAU INCOMPLETO
PERMANUO BARBOSA





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 PATRICIO DA SILVA

CPF da Vítima

738.939.054-49

Data do Acidente

07/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

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 da Viaferris, 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 51º 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.

ASL-0089277/18
raiane barbosa
29/05/2018 10:10:13
Local e Data
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
ASL-0089277/18
raiane barbosa
29/05/2018 10:10:13
EXCELSOR REGISTRO
12 MAR 2018
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Laudimento: 854472

Senha da Classificação:

P0028

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

Especialidade:

Paciente: 192400 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: 20285)

Endereço: SÍTIO PLANALTO

Cidade: PAUDALHO

Bairro: CENTRO

Idade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 99812212

RN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Recente sofreu queda de escada com
trauma em pé direito
dura e com hemorragia

Exame Físico

Boa aparência geral, pé direito com
deformidade na articulação do tornozelo
limite de movimento reduzido
e há presença de ferida

Hipótese Diagnóstica

fratura de peroneo

Conduta Terapêutica

analgesia + tala + curativo + tratamento

Prescrição Médica

Tala com gesso
A rota anestésica
e a rota de drenagem

Ana Paula da Costa
FEC Imob. Ortopédica
Cred. 0762 - ASTECO - PE
Méd. 19811 09/10

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Transferido:

Data:

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



054472

JOÃO BOSCO LUCENA BATISTA ACIOLI R.
CRM: 20285
Data de Emissão: 09/12/2017



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:

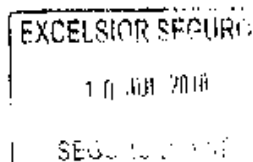
1. O acidente ocorreu no dia 07/12/2017 (noite);
2. O acidente ocorreu em zona rural e de difícil acesso;
3. Fui socorrido (2) dois dias após 09/12/2017, conforme registro em "B.O" e ficha de atendimento da UPA SÃO LOURENÇO;
4. Fui encaminhado para o Hospital Getúlio Vargas (HGV), permaneci entre 09/12/2017 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 perícia e/ou auditoria médica de Vossa competência.

Aguardo!

EDINALDO PATRÍCIO DOS SILVA

CPF: 735.936.054-49



Endimento: 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

Idade/UF: SAO LOURENCO DA MATA

PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ADR/IMIP

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

Doença aguda, queda de peso há 2 meses, com
febre, tosse, dor no peito e
dificuldade para respirar.

Exame Físico

Porta aberta em pulso e pericardio
esternocostal. Sem ruídos
líquidos. Tosse seca. Ausculta
pulmonar normal.

Suposição Diagnóstica

Infecção da parede B

Conduta Terapêutica

Analgesia + tosse controlada e tranqüilização

Prescrição Médica

Tela Cero. potável
A tosse controlada
Linha Verde
Tranquilizante 5mg + 5mg em 2/2h

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

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

HGV

Assinatura:

Senha: 5315778

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

TRANSPARENCIA

() SIM () DIAS
() NÃO



JOÃO BOSCO LUCENA BATISTA ACIOLI F
CRM 20265
Data de Emissão: 09/12/2017



ASL-008927718
Tatiane Barbosa
29/05/2018 11:31:18

ASL-008927718
Tatiane Barbosa
29/05/2018 11:31:18

Nota Fiscal - FATURA - CONTA DE UTILIDADE PÚBLICA

Nome do Cliente: [vazio]

Endereço: [vazio]

Cidade: [vazio]

UF: [vazio]

CEP: [vazio]

Data de Emissão: 28/05/2018

Data de Vencimento: 16/06/2018

Valor da Fatura: 15,57

Detalhamento da Fatura

Descrição	Valor
Consumo de Energia	15,57
Imposto de Renda	0,00
Outros	0,00
Total	15,57

ASL-008927718
Tatiane Barbosa
29/05/2018 11:31:18

ASL-008927718
Tatiane Barbosa
29/05/2018 11:31:18

Detalhamento da Fatura

Descrição	Valor
Consumo de Energia	15,57
Imposto de Renda	0,00
Outros	0,00
Total	15,57

ASL-008927718
Tatiane Barbosa
29/05/2018 11:31:18

ASL-008927718
Tatiane Barbosa
29/05/2018 11:31:18

Detalhamento da Fatura

Descrição	Valor
Consumo de Energia	15,57
Imposto de Renda	0,00
Outros	0,00
Total	15,57





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCOORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF*.

* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pela regulação e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

* Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, apurar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.131/1996.

Pelo exposto, eu, EUCLAY DO SANTO DE ALMEIDA JUNIOR, inscrito (a) no CPF/CNPJ nº 041.238.974 - 1.60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDIVALDO PATRÍCIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF nº 135.936.054 - 49, do sinistro de DPVAT coberto pela AVIAÇÃO da VIGIA, EDIVALDO PATRÍCIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF nº 135.936.054 - 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: EXEMPLO Renda: EXEMPLO e apóscro os dados e documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 ao 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>170</u>	Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>BENTON</u>	Cidade	<u>PAU D'ALHO</u>	Estado	<u>PE</u>
CEP			CEP		<u>55825-000</u>
Cidade			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>(11) 9.8542.2348</u>	

RAIENNE BARBOSA de PAU D'ALHO de PE de 29/05/2018
Local e Data
RAIENNE BARBOSA
Assinatura do Declarante

DL(DAL.001) V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rafaelle Pereira Barbosa, data de expedição 29/05/2018
 RG nº 2363149 SSP-PE Orgão SSP-PE portador do CPF nº 674886634-2 com
 domicílio na cidade de Paudalho no Estado de Pernambuco
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Profeta Isaias nº 122
 complemento 122 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Edineide Patrícia de Souza cujo o condutor era
Edineide Patrícia de Souza

Veículo: motocicleta
 Modelo: CG 150 Fm GSI
 Ano: 2010/2010
 Placa: PEA 3292
 Chassi: 907 MC1520AR081261
 Data do Acidente: 27-02-2018
 Local e Data: Paudalho 30-01-2018

Assinatura do Declarante

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

Declaro: Edineide Patrícia de Souza - Mônica Marbada Campos - Tábella Trindade
 Diretora de Defesa do Consumidor - Procon/PE
 O presente documento foi emitido em 29/05/2018 às 10:10:43.
 O valor do seguro é de R\$ 1.000,00 (um mil e zero reais).
 O valor do seguro é de R\$ 1.000,00 (um mil e zero reais).
 O valor do seguro é de R\$ 1.000,00 (um mil e zero reais).

ASL-008927718
 rafaelle.barbosa
 29/05/2018 10:10:43

ASL-008927718
 rafaelle.barbosa
 29/05/2018 10:10:43



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Atendimento: 854472

Data e Hora: 09/12/2017 09:15

Especialidade:

Senha de Classificação:

P0028

Paciente: 82400 EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

Convênio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA RODRIGUES

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

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

Endereço: SÍTIO PLANALTO

PAU D'ALHO

Bairro: CENTRO

Idade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 99812212

RN (Certidão de Registro de Nascimento):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Dores no dorso da coluna lombar e na região da pelve há 2 meses com
irradiação para a perna esquerda.
Dores fortes ao levantar e ao caminhar.

Exame Físico

Exame físico sem alterações. Pálido e hidratado.
Sinais de congestão pulmonar e cardíaca.
Limite de inspeção da coluna lombar e região da pelve.
Há dor à palpação da região da pelve e da coluna lombar.

Hipótese Diagnóstica

Fratura da pelve e da coluna lombar.

Conduta Terapêutica

Analgesia + tola + fisioterapia + tratamento cirúrgico.

Prescrição Médica

Tolo 400mg.
A tola 400mg.
A tola 400mg.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Referência:

Data:

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO

Ana Paula da Costa
Téc. em Fisioterapia
Cred. 0264 - ASSGO - PE
Méd. 1911 09/10



JOÃO BOSCO LUCENA BATISTA ACIOLI
CRM: 20265
Data de Emissão: 09/12/2017





PERNAMBUCO
INSTITUTO DE MEDICINA
UNIDADE DE MANUTENÇÃO

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Paciente: Edinaldo Patrício da Silva
Registro: 854472
Responsável: [Assinatura]

Registro: 854472

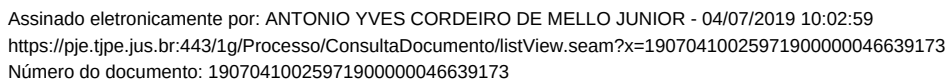
Contato

PERNAMBUCO
INSTITUTO DE MEDICINA
UNIDADE DE MANUTENÇÃO

ASL-0089277/18
IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Paciente: Edinaldo Patrício da Silva
Nome: Edinaldo Patrício da Silva
Registro: 854472
Responsável: [Assinatura]
Contato: [Assinatura]





ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: _____

Num. 47361337 - Pág. 22

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

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

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

Paciente vítima de acidente automobilístico em via pública com fratura de fêmur
Esquerda. Realizada com dor e sangramento.

Necessidade de procedimento cirúrgico.
Operar. Anestesia geral.

DR. JOÃO PAULO

05166007417

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

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



ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50
Gestão Geral
Av. General Souto Martins, 5/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.

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50
Assinatura do Médico / CRM Nº

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

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

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

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

ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:50
Recife, 18 de Janeiro de 2018.
Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/07/2019 10:02:59
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070410025971900000046639173>
Número do documento: 19070410025971900000046639173



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 111.8877, 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. Cavalcanti
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRAMPE - 13434
ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32
Dr. 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
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Rua Cruz Cabugá, 1556 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP: 50810-000 | Fone: (011) 3412-3800
www.santacasarecife.org.br

ASL-0089277/18



Casa de Recife

Consultório Médico de Alta

Nome: EDINALDO PATRICIO DA SILVA
Idade: 540000 Pront.: 1116877
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 21/12/1972
End.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 46
Admissão: 12/12/2017 17:33 Alta: 14/12/2017 09:29

Admissão: 29/05/2018 09:55:50
RATURA EM PATELA ESQUERDA
Evolução / Conduta:
PERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico

Principal: S82.0 FRATURA DA RÔTULA (PATELA)

Internação:

Localidade:

HOSPITAL SÃO LUIZ

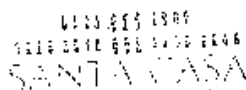
Prescrição:

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
RM: 6218





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cel. Corrêa, 1501 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: FAXB 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **EDINALDO PATRÍCIO DA SILVA**
Nº Registro: 549990 Nº Profissional: 1115377 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

EXCELSIOR SEGUROS

13 DE MAI 2018

ESTADO DE PERNAMBUCO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

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

Dr. JOÃO 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: JOÃO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO CRM: 17461 Data e Hora: 13/12/2017 12:11:12

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/07/2019 10:02:59

SANTA CASA

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 anos
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 SSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
2. INSISÃO ANTERIOR DO JOELHO - DISSEÇÃO POR PLANOS, VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA COMINUTO COM FRAGMENTAÇÃO MÚLTIPLA E PERDA ÓSSEA EXTENSA
3. REALIZADA SÍNTESE DE PATELA COM PARAFUSOS CANULADOS 4,7MM
4. BANDA DE TENSÃO COM FIO DE CÉRCULAGEM COM QUADRICEPSPLASTIA E REINSERÇÃO EM PATELA
5. REALIZADO CHULEIRO COM VYCRIL
6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO 9% E 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: 17487

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: 17487 Data e Hora: 13/12/2017 12:31:12

João Paulo Lins de
Albuquerque Lins de
Araújo CRM 17487



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (081) 3412-3800 | Email: sla-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: EDINALDO PATRICIO DA SILVA
Nº Registro: 249240 - Nº Protocolo: T115877 - Sexo: Masculino - Idade: 44 anos
Data: 14/12/2017 - 08:12 - Convênio: SUS - AMU
Data do Internamento: 19/12/2017 - 17:33 - Intervalo: 2

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Pélvis Esquerda CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data Alta:

ASL-008927718
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-008927718
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-008927718
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-008927718
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

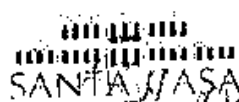
ASL-008927718
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-008927718
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

ASL-008927718
raianne.barbosa
29/05/2018 09:55:32

Este documento foi assinado eletronicamente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001:
Nome do profissional: AZEVALS SALGADO DE VASCONCELOS NETO, CRM: 8218, Data e Hora: 14/05/2018 15:27:10





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. Protuário: 1115877 Sexo: Masculino Idade: 44 anos
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 + Quadrícepsplastia + 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.

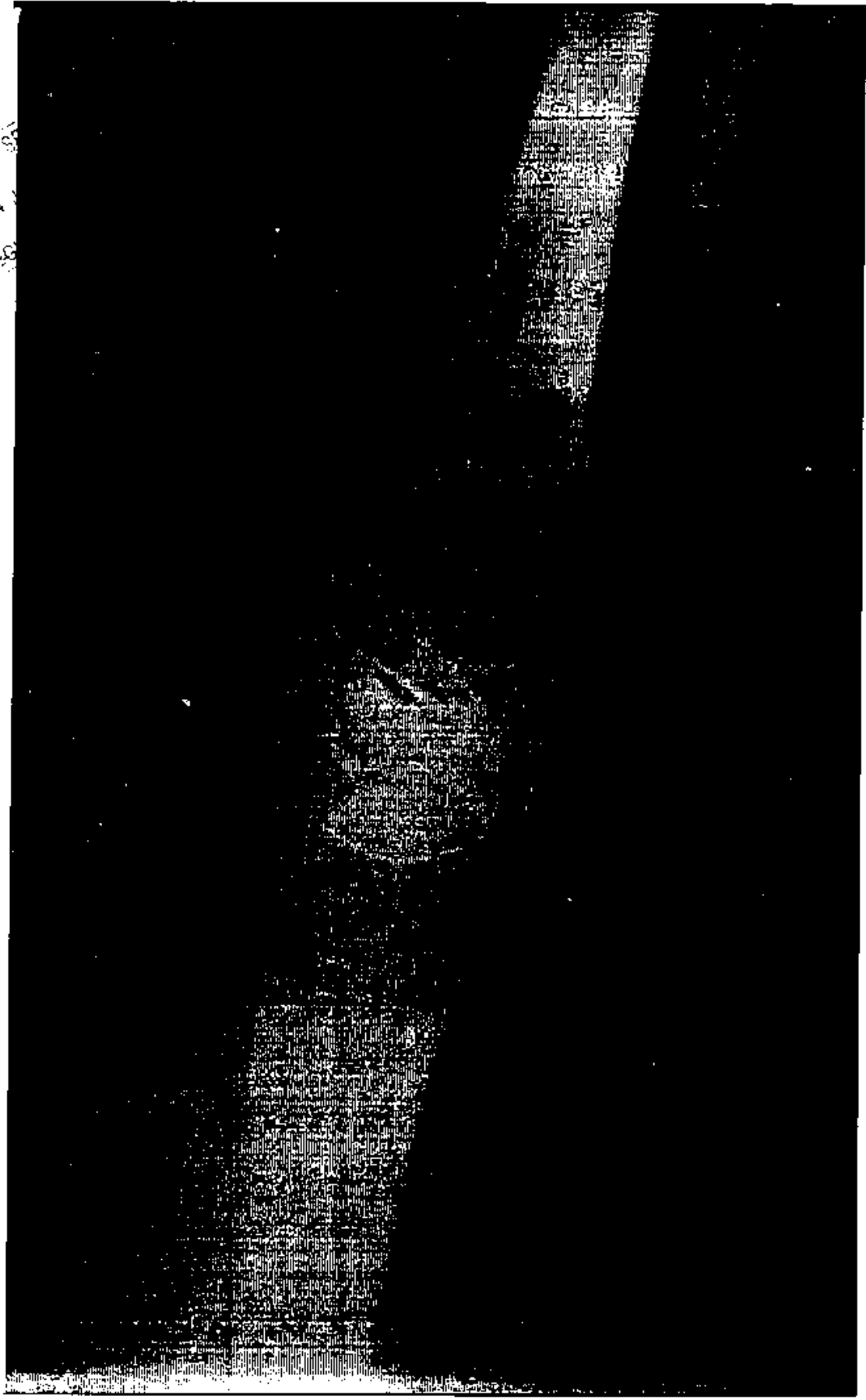
RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 05 dias, resultando em Fratura de Patela Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

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

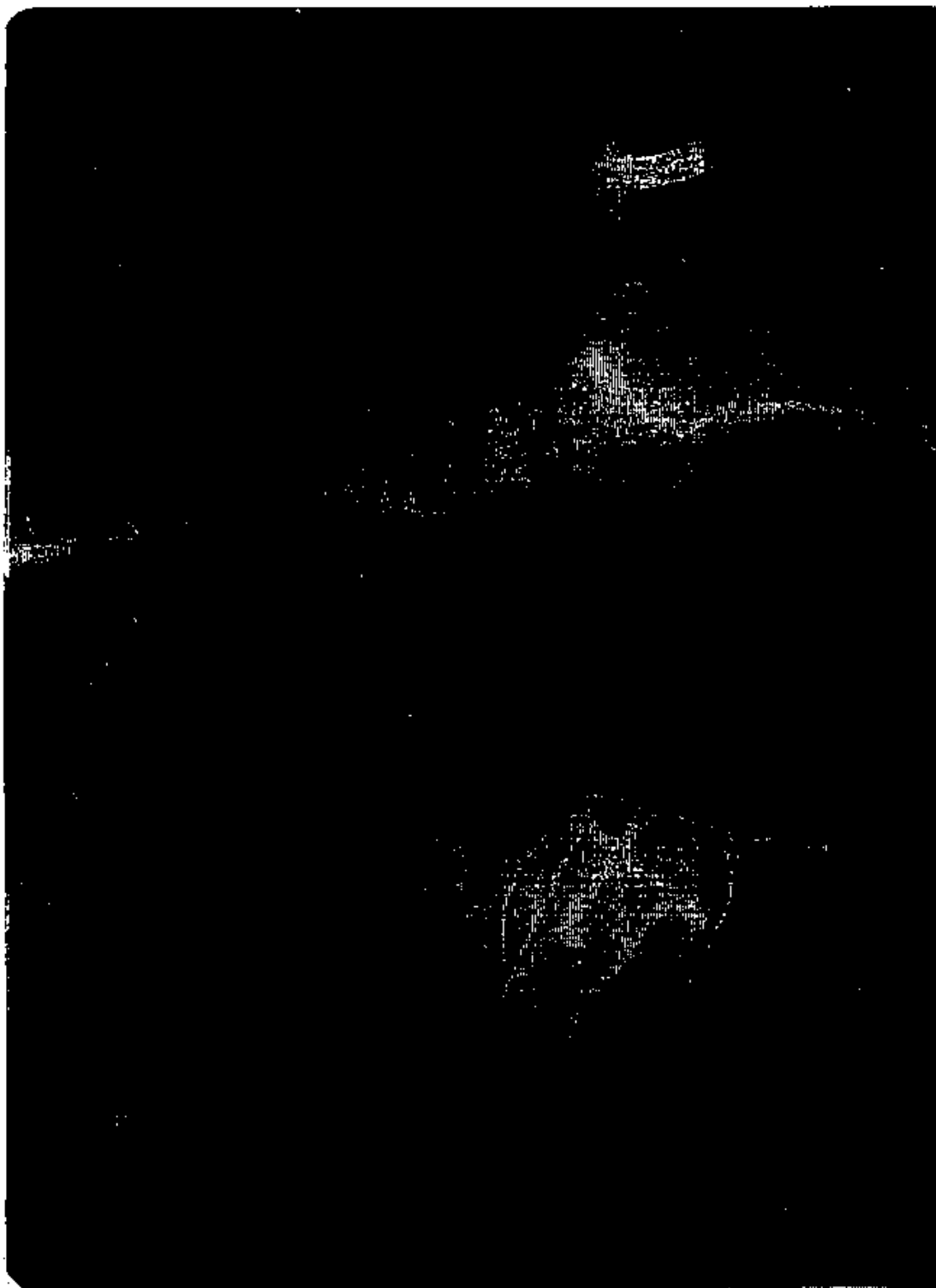
Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.204-2012 de 29/04/2001.
Nome do profissional: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**, CRM: 6218, Data: 14/12/2017 10:02:59



EXCELSIOR
24
SEG



EXCELSIOR SEGUROS
24 JUL 2019
CEC



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

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

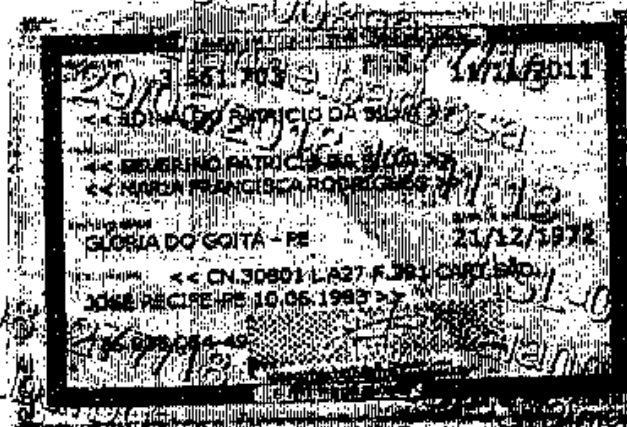
ASL-0089277/18
raianne.barbosa
29/05/2018 10:11:18



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



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.)



INVALIDEZ PERMANENTE EDAMS (ID

①

1999

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

[illegible]

THE NATIONAL ENDOWMENT FOR THE ARTS
WASHINGTON, D.C. 20540

CONFIDENTIAL

17-46715

[Handwritten signature]

100

DOCUMENTO 1

COFFEE DRINKS - DAILY

DE BARNUM, GEORGE. PRAELECTIOES DE HISTORIA NATURALI ET GEOGRAPHIA.

[illegible]

1. **Explain the importance of the following factors in the selection of a research topic:**

100-443886-100

St. John's

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• **REINFORZ GEDÄMMUNTE** = ATE 84 1.5.50.56. ESTE VALER VERA CONFINARE A SPERANZA

VOLUMES DE INSCRIÇÃO

ALUGUELOS E DE ARREBOLDO COM TAXA DE SERVIÇO PROVISÓRIA DE R\$ 6,190,774

PREÇOS E DESPESAS GERAIS - PREÇOS DE VENDA E DESPESAS GERAIS - ESTE VALOR

Y VAPOR COMBUSTIBLE O TOTAL DE PRESIONES DEPENDIENTES

0 PRATO PARA PESSOAL DA ENFERMAGEM E DE 15 DIAS CONTIGUOS A PARTIR DA INSCRIÇÃO DOCUMENTAL PARA
COMPLETA

COM BASE NA LEISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SUBSTITUÍDOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS SEGUINTE:

PADA ACOMPANHAR O FLUXO DE INVESTIMENTOS, ACESSO IMEDIATO AO BANCO DE DADOS

40

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

33

[illegible]

10

Num. 47361337 - Pág. 38

ASL-008927718
 REIERNELCARBOSA
 29/05/2018 10:12:52

ASL-008927718
 Jeanne Barboza
 29/05/2018 10:12:52

ASL-008927

1342125 807 PM

094-888-884-81 01/08/1995

MAIORE DA SOCIEDADE NO
CRATO

02343/00248 01/08/1995

12:52

[illegible]

431-008927718
anne.barbosa
2018 10:12:52

1424720120

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

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



CARTA

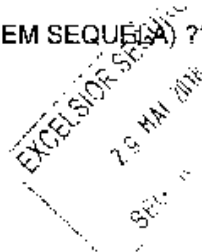
PAUDALHO, 10/05/2018.

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,

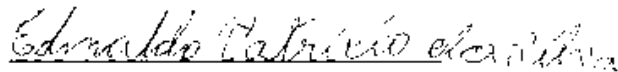
Venho por meio desta, expressar minha **SURPRESA E INDIGNAÇÃO** quanto à **negativa técnica** dessa concessionária referente ao pedido de indenização do Seguro DPVAT!

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 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:



ASL-008927718
RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS
29/05/2018 10:35:34
PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Edinaldo Patrício da Silva
Nacionalidade: Brasil Est. Civil: solteiro
Profissão: pedreiro
Identidade: 3561208-1 CPF: 225936059-49
Endereço: Engenho Fátima

PROCURADOR:

Nome: Carneado Augusto de Almeida Junior
Nacionalidade: Brasil Est. Civil: solteiro
Profissão: Autônomo
Identidade: 5695262 SSP-PE CPF: 081238974-60
Endereço: Rua José Paulo da Costa nº 181, Paudalho-PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeo 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 os 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, subestabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Edinaldo Patrício da Silva

12 MAR 2018

30 JUN 2018

Local e data

ASL-008927718
RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS
29/05/2018 10:35:34
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

Monica Machado Campos - Tabelião Público



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DEVAT 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 1E92F4D007371E19F



**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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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

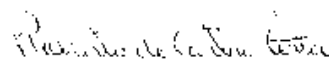
Região Corporal (Sequela):

% 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: 41730 - PE

