

3786.504313

0391330118

Wiederholung der besuchten Ausstellung

RECEITAMO

Dessins que Béthune dessina
Toutes, sauf une à deux pages, pour moi.
Méritent une reproduction immédiate.
Tous sont extraits d'œuvres antérieures
mentionnées au cours, principalement. Tous sont
à faire excepté une (figurine D).

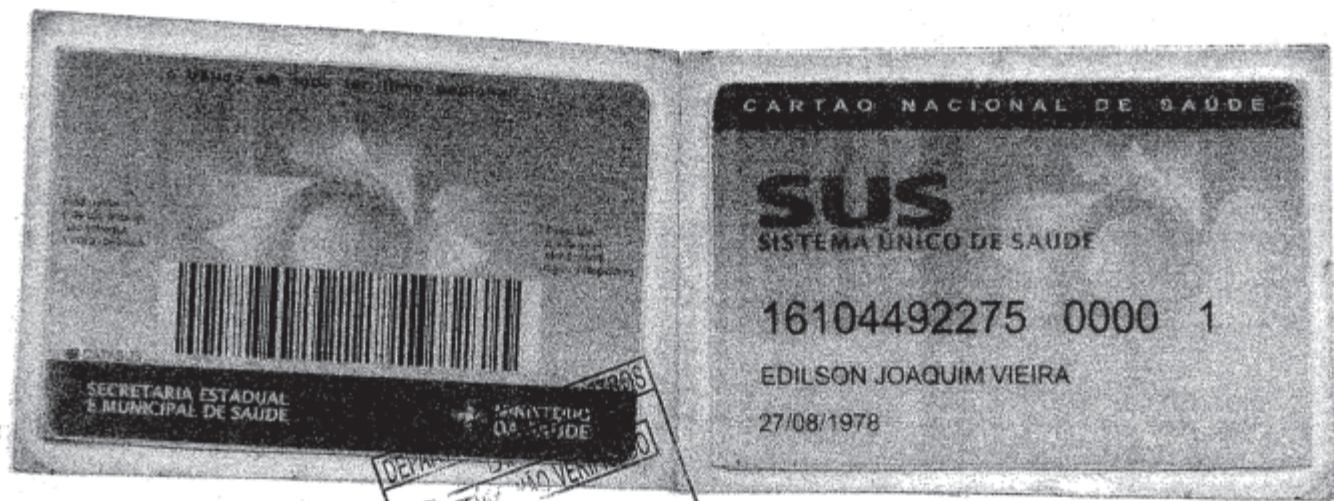
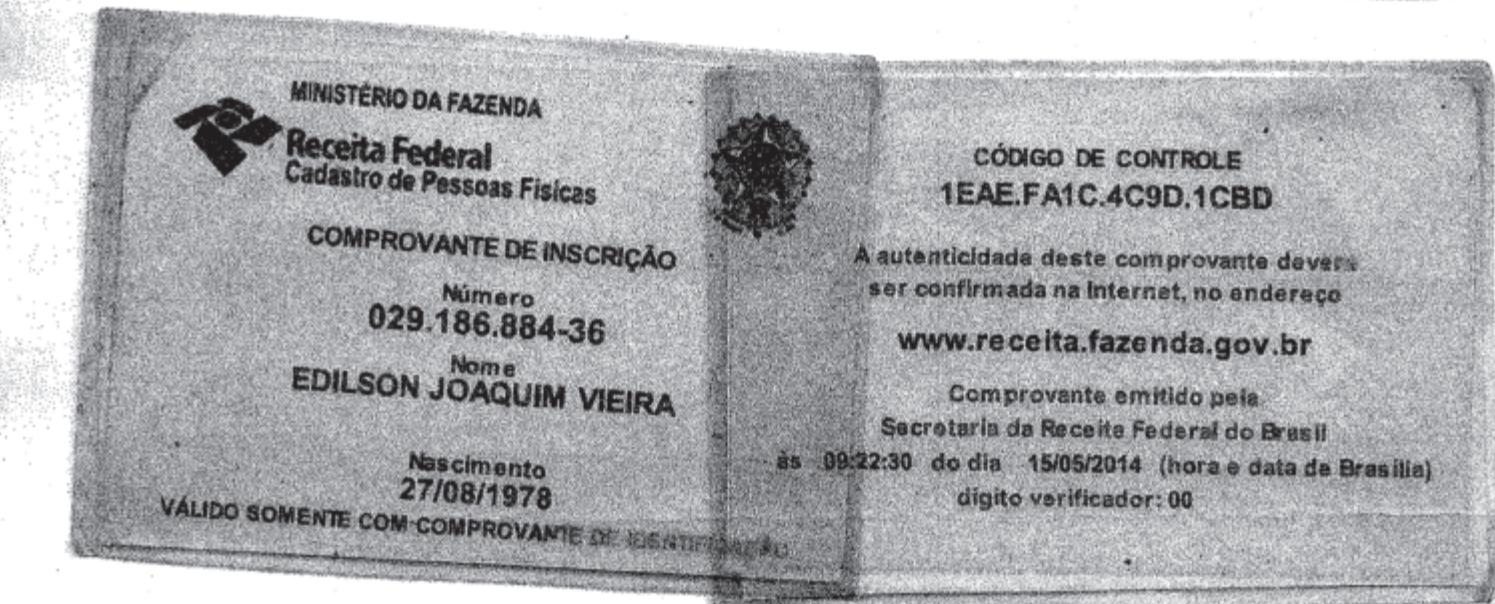
B. fischer, 14/10/31 100

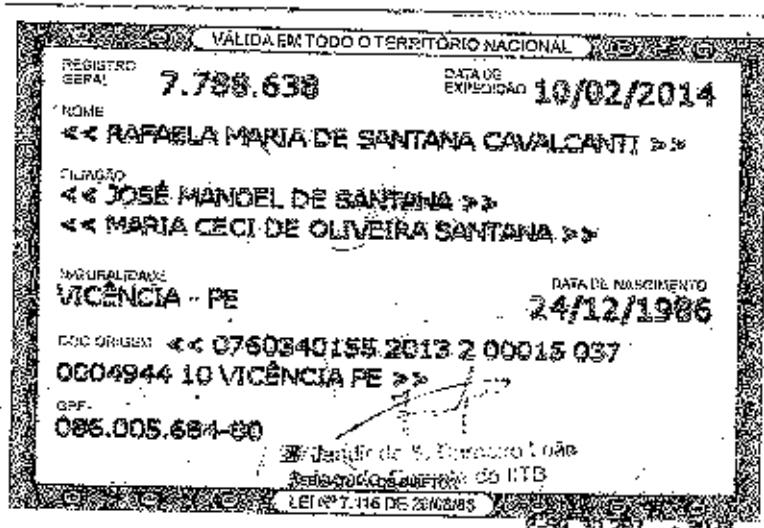
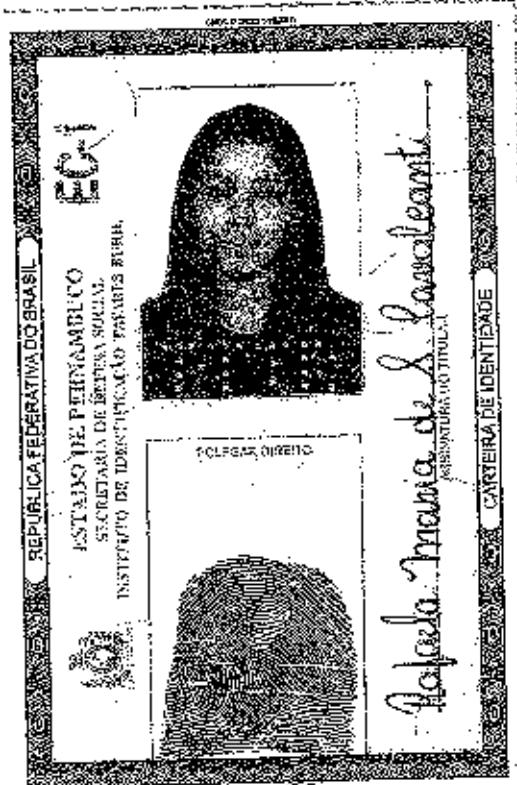
**Dr. JOSÉ SÉRGIO
Fisioterapeuta
- GREFITO 142122-**

Digitized by srujanika@gmail.com

352-2000 - 63805

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
26 MAR 2013
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 713, loja 5
Graciosa - Rio de Janeiro - 22011-040





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CÓD. RENAVAM - R.NTR.C. - PERÍODO
1 928255443 ***** 2018

NOME -
EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CARPIÑA - PE

CPF/CNPJ - 029.186.884-36 PLACA - KJ18975
PLACA ANT/UF - ***** /PE N° CHASSI - 9C2KC08107R216806

ESPECIE TIPO - PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL - GASOLINA

MARCA / MODELO - HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB - 2007 ANO MOD - 2007

CAP / POT / CIL - 2P / 149CL

CATEGORIA - PARTIC

COR PREDOMINANTE - VERMELHA

COTA ÚNICA -	VENO. COTA ÚNICA -	VENO. COTA -
IPVA 2018 QUITADO	*****	*****
FAIXA IPVA -	PARCELAMENTO / COTAS -	*****
*****	*****	3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO -
SEGURADO PAGO

SEM RESERVA - OBSERVAÇÕES

CARPIÑA - DATA - 02/03/18

Charles Andrade Souza Ribeiro
Diretor-Presidente DETAN/PE

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE USO TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE N° 014204898471 BILHETE DE SEGURO DPVAT
EDILSON JOAQUIM VIEIRA

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

CARPIÑA - PE EXERCÍCIO - 2018 DATA EMISSÃO - 02/03/18

VIA - 1 CPF/CNPJ - 029.186.884-36 PLACA - KJ18975

RENAVAM - 928255443 MARCA / MODELO - HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB - 2007 ANO MOD - 09 N° CHASSI - 9C2KC08107R216806

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$) - DETAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TIA - TITULAR/SEGURADO (R\$)
SEGURADO PAGO

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO -
COTA ÚNICA - PARCELADO -

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

OPUS 02.202.000/0001-06

POSTAGEM E GUARDA O BILHETE DPVAT
SÉ NAD E SE PORES OBRIGATÓRIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180504918
Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Cidade: Lagoa do Carro
Data do acidente: 19/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180504918
Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Cidade: Lagoa do Carro
Data do acidente: 19/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180504918
Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Cidade: Lagoa do Carro
Data do acidente: 19/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO (VALORAÇÃO MANTIDA) - APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 23/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180504918
Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Cidade: Lagoa do Carro
Data do acidente: 19/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO (VALORAÇÃO MANTIDA) - APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 23/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

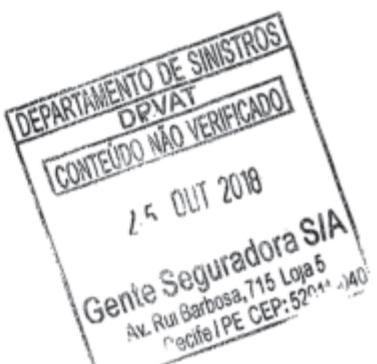
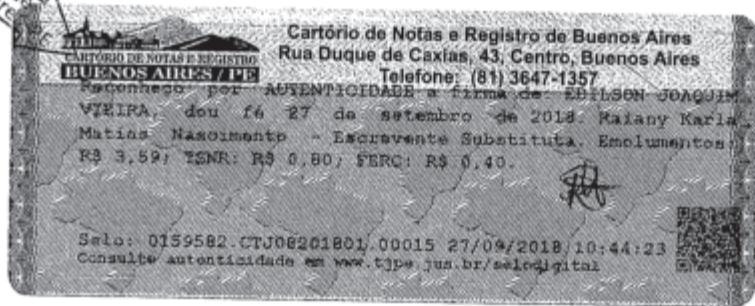
OUTORGANTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA, Portador do documento de identidade nº 5704901, expedido por SSP/PE, inscrito no CPF sob o nº 029.186.884-36, residente no Sítio São Pedro, nº 30, Zona Rural, Buenos Aires/PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires-PE, 14 de Setembro de 2018.

Outorgante: Edilson Joaquim Vieira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391370/18

Número do Sinistro: 3180504918

Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF: 029.186.884-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/01/2019

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

CPF: 086.005.684-80

Data do cadastramento: 21/01/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391370/18

Número do Sinistro: 3180504918

Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF: 029.186.884-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 26/03/2019

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

Data do cadastramento: 26/03/2019

Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391370/18

Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF: 029.186.884-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2018

EDILSON JOAQUIM
VIEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDILSON JOAQUIM VIEIRA : 029.186.884-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 25/10/2018

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

Data do cadastramento: 25/10/2018

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391370/18

Número do Sinistro: 3180504918

Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF: 029.186.884-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/12/2018

Data do cadastramento: 12/12/2018

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 086.005.684-80

CPF: 492.294.514-87

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EDILSON JOAQUIM VIEIRA
Nº Sinistro: 3180504918
Vitima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA
Data do Acidente: 19/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180504918**.

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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDILSON JOAQUIM VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180504918**

Vitima: **EDILSON JOAQUIM VIEIRA**

Data do Acidente: **19/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180504918**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180504918

EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Data do Acidente: 19/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILSON JOAQUIM VIEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180504918 **Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA**

Data do Acidente: 19/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 0000032329-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Nº Sinistro: 3180504918

EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Data do Acidente: 19/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

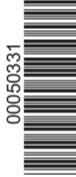
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180504918**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

029.186.884-36

Nome completo da vítima

Todilson Joaquim Díeira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Todilson Joaquim Díeira	CPF titular da conta	029.186.884-36	Profissão	meu
Endereço	51 São Pedro	Número	30	Complemento	
Bairro	Zona Rural	Cidade	Buenos Aires	Estado	PE
Email				CEP	55845-000
				Telefone (DDD)	11 9-9543-3413

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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 3.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

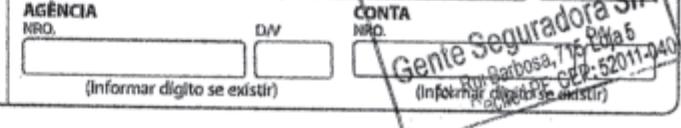
Name

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

(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.

Buenos Aires 10 de Outubro de 2018

Local e Data

Edilson Joaquim Díeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Edilson Joaquim Díeira

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



MÉDICO REGULADOR <i>România</i>		TARJ.		OPERADOR DE FROTA <i>România</i>	
DATA <i>19/10/18</i>	HORA	ID	Nº OCORRÊNCIA <i>503808</i>	UNIDADE MÓVEL <i>UBS</i>	BASE DA UNIDADE
ENDERECO DA OCORRÊNCIA BAIRRO <i>Zona Rural</i>		MUNICÍPIO <i>Lagoa do Carro</i>		Nº	
PONTO DE REFERÊNCIA <i>Entrada de Caramuru</i>					
NOME DA VÍTIMA <i>Edilson Joaquim Vieira</i>		IDADE <i>39</i>		SEXO <i>() F (X) M</i>	
SOLICITANTE <i>Populares</i>		Nº CARTÃO SUS			
QUEIXA <i>Colisão moto com moto - Fratura de fíbula exposta</i>					
COMUNICAÇÃO <i>13:33</i>	SAÍDA DA BASE <i>13:36</i>	CHEGADA NO LOCAL <i>13:58</i>	SAÍDA DO LOCAL <i>14:27</i>	CHEGADA NO DESTINO <i>14:50</i>	SAÍDA NO DESTINO
CHEGADA NA BASE					

ORIENTAÇÃO TRANSPORTE TRANSFERÊNCIA CANCELADA ANTES DA REGULAÇÃO LOCAL NÃO ENCONTRADO CANCELADA

Transferência (Cenna) *H. M. C.*

TIPOS DE AGRAVOS

ACIDENTE DE TRÂNSITO	FAB	QUEIMADURA
PEDESTRE	FAB	TERMICA
CONDUTOR/DE-VEÍCULO	GINECO-OBSTÉTRICO	QUÍMICA
PASSAGEIRO DO VEÍCULO	LESÕES TERMICAS	ELETTRICA
AGRESSÃO	PEDIÁTRICO	OUTROS
CLÍNICO	PSQUIATRICA	
DESABALAMENTO/SOTERRAMENTO	QUASE AFOGAMENTO	
ELETROCUSSÃO	QUEDA	METRO

ANTECEDENTES

AIDS	DIABETES	DROGADIÇÃO
ALCOOLISMO	DOENÇA CARDIACA	HIPERTENSÃO ARTERIAL
ALERGIA	DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA	INTERNAÇÃO
AVC	DOENÇA MENTAL	DEPARTAMENTO DE SINTROSOS
CIRURGIAS REALIZADAS	DOENÇA RENAL	PRIVAT
CONVULSÕES	PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

15 OUT 2018

EXAME CLÍNICO - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

AGITAÇÃO/INGRESSIVIDADE	DIARRÉIA	PALIDEZ
ALERGIA	DIFÍCULDADE RESPIRATÓRIA	EMBRIAGAMENTO
AUSÊNCIA DE PULSO	DOR LOCAL	AV. RUI BARBOSA, 715 Lote 5
CIANOSE	FEbre	CEP: 52011-000
CONVULSÃO	INCONSCIENTE/DESMAIOS	VOMITO Decil 1º P. CEP: 52011-000

INÍCIO DOS SINTOMAS: MENOS DE 1 HORA 1 A 3 HORAS MAIS DE 4 HORAS MAIS DE 24 HORAS NÃO SABE

HORA	<i>13:55</i>	PA	<i>130 x 70</i>	PULSO	<i>80</i>	FR.	<i>—</i>	TEMP. AXILAR	<i>—</i>	GLICEMIA	<i>103</i>	SATURAÇÃO	<i>96%</i>	ESCALA DE GLASGOW	<i>15</i>
INÍCIO															
FIM															

RESPIRAÇÃO

LIVRE	ESPONTÂNEA	NORMAL	NORMAL
OBSTRUÇÃO PARCIAL	PARADA RESPIRATÓRIA	RONCOS/SIBILOS	SUPERFICIAL
TOTAL	ASSISTIDA	ESTERTORES	REGULAR
CORPO ESTRANHO	RITMO IRREGULAR	DIMINUIÇÃO MV	IRREGULAR
BRONCO ASPIRAÇÃO		AUSÊNCIA MV	
EDEMA DE GLOTE			
OBS:			

AGITAÇÃO		
SINOLÉNCIA	SINAL DE GUAXININ DIREITO	PARESTESIA
COMA	SINAL DE GUAXININ ESQUERDO	ARREFLEXIA
CONTUSÃO	AFASIA	PUPILA REAGENTE
CONVULSÃO	MIOSE DIREITA	PUPILA NÃO REAGENTE
OTORRAGIA DIREITA	MIOSE ESQUERDA	OUTROS
OTORRAGIA ESQUERDA	MIDRIASE DIREITA	
SINAL BATTLE DIREITO	MIDRIASE ESQUERDA	
SINAL BATTLE ESQUERDO	PARALISIA	
RIGIDEZ DE NUCA	PARESIA	
	ANESTESIA	

SEGMENTO		
PESCOÇO	ABDÔMEN	UROGENITAL
DESVIO TRACUÉIA	DISTENSAÇÃO ASITE	UROGENITAL
NORMAL	DOLOROSO/DEFESA	GIORDANO DIREITO
TORGÊNCIA JUGULAR	ESPIROMEGALIA	GIORDARO ESQUERDO
INFISEMA SUBCUTÂNEO	ESPIROMEGALIA	HEMURIA
OUTROS	IRRITAÇÃO	
	NORMAL	
	OUTROS	

ABORTAMENTO		HEMORRAGIA			
TRABALHO DE PARTO:	BOLSA ROTA:	SANGRAMENTO:		NASCIMENTO:	SEMANAS
PARTO ÚNICO:	GEMELAR:	LIQUIDO MECONIAL:			
Observação:					

DIAGNÓSTICO:

TERAPÉUTICA AVANÇADA

UNIDADE HOSPITALAR

31. Arton 0056 N
Tropedia e Transporte
CRM-PE 2000

MUNICÍPIO		Preparar Caminho Na Trebal		Assinatura do Armador - MÉDICO RIM-PE 2000
Recife				
PERTENCES DO PACIENTE				ASSINATURA
DESCRIÇÃO	NOME E FUNÇÃO DO RECEPTOR			
EQUIPE				
MÉDICO REGULADOR	ENFERMAGEM ASSISTENTE	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CONDUTOR	FROTA
	Enf.	Mia	Rogério	
TERMO DE RECUA: DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECIENDO A				

TERMO DE RECUSA: DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO ATENDIMENTO MÉDICO DISPONIBILIZADO PELO SAMU - LAGOA DO CARBOPE.

ASSINATURA:

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: 29/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000032329-9

Nr. da Autenticação D3B5CC5D0780971D



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barro, 111, Bos. Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50000-902
CNPJ 09.835.032/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
MARCO VENÍCIO LOPES DE SOUZAENDERÉSCO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI SAO PEDRO 30

CPF: 502.732.724-20

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIR
BUENOS AIRES PE
55945-000

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL
Trifásico

IMP. NOTA FISCAL	Nº DO FONTE	PERÍODO
023694382	UNICA	11/07/2018

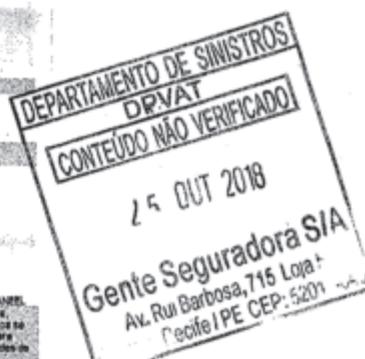
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/07/2018	2001625881	481304

CONTA CONTRATO: 7023411720 MÊS/ANO: 07/2018
DATA DE VENCIMENTO: 18/07/2018 DATA PRÓXIMA LEITURA: 10/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 173,20

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	293.000000	0,52305157	163,26
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,08
ICMS Subvenção-CDE-NF 018193073-11/05/18			0,81
Compensação CMC 05/18			-1,84

TOTAL DA FATURA: 173,20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MÉDICO	TIPO DA FUND. CFT	DATA FUND. 07/2018	ANTERIOR	LEITURA 13.438,0	DATA 13/07/2018	ATUAL	LEITURA 13.712,0	Nº DE DIAS 23	CONSTANTE 1.00000
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
JUL18	283								
JUN18	285								
MAR18	214								
ABR18	283								
MAR18	388								
FEV18	283								
JAN18	483								
DEZ17	444								
NOV17	322								
OUT17	320								
SET17	279								
AGO17	264								
JUL17	333								



As condições gerais da Tarifa-Social (Resolução ANEEL 414/2010), normas, práticas, serviços e procedimentos estabelecidos e/ou autorizados e/ou disponibilizados para consumo, bem como as Unidades de Conta, estão disponíveis no site: www.celpe.com.br

VALORES DE FONTE: 023694382-07/2018					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR 1,00 APARADO	LIMITES 0,97 MÍNIMO	VALORES 21,71 TRIBUTÁRIO	VALORES 13,49 FONTE	VALORES 10,99 MÍNIMO	VALORES 0,90 MÁXIMO	
DIC	2,0	7,7	16,4	10,99	0,90	0,90	
FIC	8,3	6,6	0,00	0,00	0,00	0,00	
B100	Límite DIC 16,00	0,00	Valor da cobrança de faturamento de Distribuição - R\$ 0,00	0,00	0,00	0,00	

7023411720 07/2018 18/07/2018 173,20
CONTA CONTRATO: 7023411720 MÊS/ANO: 07/2018 DATA DE VENCIMENTO: 18/07/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 173,20
63630000001-2 73200011007-0 02341172010-3 12046225233-8

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/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 Rafaela Maria de S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edilson Joaquim Diera inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.186.884/36, do sinistro de DPVAT cobertura Local Permanente da Vítima Edilson Joaquim Diera, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.186.884/36, 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,

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife/PE CEP: 52011-040

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 José Camiliano</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Número <u>14</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>		Estado <u>PE</u>	CEP <u>55845-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9-9543-3413</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9-9216-2319</u>	

Buenos Aires, 10 de Outubro de 2018
Local e Data

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 26/07/2018

DATA DA CIRURGIA: 09/08/2018

DATA DE ALTA: 12/08/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 23/08/2018

HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. HERMES WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 10 DE AGOSTO DE 2018

MÉDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM 23550



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA HORÁRIO MARCADO ABADO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 26/07/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 09/08/2018

DATA DE ALTA: 12/08/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 23/08/2018 HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. HERMÉS WAGNER

JABOTÃO DOS GUARARAPES, 10 DE AGOSTO DE 2018

MÉDICO: LEONNARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

edilson joaquim vieira,,
Sex:Masc.
Data de nascimento:27/08/1978
ID:754976

Data de aquis.:23/08/2018
Hora de aquis.:08:43:49
Índice de exp.:1815



FÉMUR
AP
W: 4056, L: 1589
ID de técnico: radiologia
edilson joaquim vieira,,
Sex:Masc.
Data de nascimento 27/08/1978
ID:754976

Escala:0.0
HMJ

Data de aquis.:23/08/2018
Hora de aquis.:08:45:29
Índice de exp.:1674



FÉMUR
LATERAL
W: 4218, L: 1799
ID de técnico: radiologia

Escala:0.0
HMJ

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 26/07/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 09/08/2018

DATA DE ALTA: 12/08/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 23/08/2018 HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. HERMES WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 10 DE AGOSTO DE 2018

MÉDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM 23550



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

FAT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Edilson Joaquim Vilira

REGISTRO: 75 49 76 DATA DE NASCIMENTO: 27/08/1978

RG: 57 04 901 ORGÃO EMISSOR: SSP / PE

ENDEREÇO: Sítio Canafistão Buenos Aires

NOME DA MÃE: maria José da Silva Vilira

DATA ADMISSÃO: 26/07/2018 DATA ALTA: 09/08/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 31/07/2018 CID: 572.3

DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fímur Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Instalação de Tracção

Esqueleto da membro Inferior Direito
+ Retirada de Fixador Externo

MÉDICO: Hermes Wagner

CREMEPE: 8963

JABOATÃO DOS GURARAPES, 17 DE Januário DE 2019.

DR. OSVALDO COMBIA JR
Ortopedista / Traumatologista
C.R. Ombro e Colosílio
CRM-PE: 16.856 / TECI: 13351



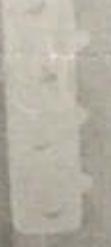
JOAQUIM VIEIRA de aquis.: 17/01/2019
Sex:Masc.
Data de nascimento: 27/08/1978 Índice de exp.: 2528
ID:754976..

EDILSON JOAQUIM VIEIRA de aquis.: 17/01/2019
Sex:Masc.
Data de nascimento: 27/08/1978 Índice de exp.: 2481
ID:754976.....

Dir.



19cm



18cm

FÉMUR
LATERAL
W: 3339, L: 2558
ID de técnico: radiologia

7cm

Escala:0.0
HMJ

FÉMUR
AP
W: 3984, L: 1835
ID de técnico: radiologia

6cm

Escala:0.0
HMJ

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Edilson Joaquim Vilira

REGISTRO: 75 49 76 DATA DE NASCIMENTO: 27/08/1978

RG: 57 04 901 ORGÃO EMISSOR: SSP / PE

ENDEREÇO: Sítio Camafista Buenos Aires

NOME DA MÃE: maria José da Silva Vilira

DATA ADMISSÃO: 26/07/2018 DATA ALTA: 09/08/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 31/07/2018 CID: 572.3

DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Instalação de Tracão

Esqueleto do membro Inferior Direito
+ Retirada de Fixador Externo

MÉDICO: Hermes Wagner

CREMEPE: 8963

JABOATÃO DOS GURARAPES, 17 DE Januário DE 2019.

DR. OSVALDO COMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.896 / RECT: 13351

