

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8549945

A/C: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Sinistro: 3160086986
Vitima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Data Acidente: 30/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2016

Carta nº: 9066770

A/C: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Sinistro: 3160086986 ASL-0065503/16
Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Data Acidente: 30/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Paulo Vicente de SouzaPORTADOR(A) DO RENº 05111302190EXPEDIDO POR Debian - PEEM 20/02/15 ECPF 039904584-46 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO forneced. de laboratório

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Paulo Vicente de Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

FLANA SEGUROS

03 FEV 2016

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0774 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 64186-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DOCUMENTO 1 - T1%



Goiânia/PE, 23 de fevereiro de 2016
LOCAL E DATA

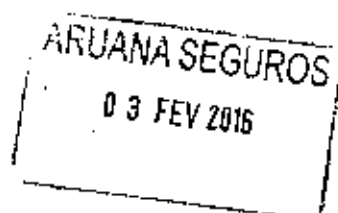
João Paulo Vicente de Souza
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DOCUMENTO 1 "T1%"



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 11A. SECCIONAL - GOIANA**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E2116001432

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/10/2015** às **01:27**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/9/2015** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, R. MANOEL BORBA, CENTRO** - Bairro:

CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

ARUANA SEGUROS

03 FEV 2016

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)

ANDERSON GLEISER DE SOUZA RODRIGUES (NOTICIANTE)

JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA (NOTICIANTE)

A.D.S.R. (Menor de Idade) (VITIMA)

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA**

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

JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ESTELA MILLER Pat: SPURGEON MILLER** Data de Nascimento: **5/2/1966** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / OUTRAS / HONDURAS**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 163, EMPRESA SBP ENTRETENIMENTO SITUADA NA RUA DA MISERICÓRDIA, Nº 163 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Detalhes/Observações: **IDENTIDADE Nº 1102-1966-00010**

ANDERSON GLEISER DE SOUZA RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSANGELA MARIA DE SOUZA Pat: JERONIMO PEDRO RODRIGUES** Data de Nascimento: **28/8/1994** Naturalidade: **ALHANDRA / PARAIBA / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 15, VILA BOM TEMPO, QUADRA N, Nº 15 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO CAMPO**

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA Pat: JOSE MANOEL DE SOUZA** Data de Nascimento: **11/7/1979** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

A.D.S.R. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSANGELA MARIA DE SOUZA Pat: JERONIMO PEDRO RODRIGUES** Data de Nascimento: **17/9/1999** Naturalidade: **ALHANDRA / PARAIBA / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 15, VILA BOM TEMPO, QUADRA N, Nº 15 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO CAMPO**

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**

PERNAMBUCO / BRASIL

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

HONDA/BIZ (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PFL5346** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **331629313** Chassi: **9C2JC4830BR009070****CAMIONETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA**Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **OFC3587** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **93YHSR6R3DJ377797**Descrição: **RENAULT/DUSTER DE PLACA: OFC 3587/PB**

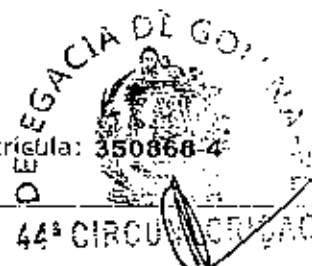
Complemento / Observação

COMPARECERAM NESTA DELEGACIA OS NOTICIANTE JOSEPH E ANDERSON PARA COMUNICAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, CUJAS VÍTIMAS SÃO AS PESSOAS DE JOSENANDO E ALEX (CONDUTOR E CARONA RESPECTIVAMENTE), AS QUAIS FORAM SOCORRIDAS CONSCIENTES PELO SAMU PARA O HOSPITAL DELARMINO CORREIA NESTE MUNICÍPIO. O SR. JOSEPH CONTA QUE ESTAVA ESTACIONADO QUANDO, AO DAR PARTIDA NO SEU VEÍCULO PARA SEGUIR AO SEU DESTINO, FOI ATINGIDO LATERALMENTE PELO CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUE ANDAVA NA CONTRAMÃO. EM CONTRAPARTIDA, O NOTICIANTE ANDERSON, QUE É IRMÃO DE ALEX (UMA DAS VÍTIMAS), FICOU SABENDO QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA JOSENALDO SEGUIA NA MÃO CERTA, MAS PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A COLIDIR NA LATERAL DO VEÍCULO DUSTER QUANDO ESTE ATRAVESSAVA A VIA. AMBOS VEÍCULOS CONTAM COM AVARIAS, TENDO O AUTOMÓVEL FICADO COM A LATERAL AMASSADA E O MOTOCICLETA COM O FAROL DANIFICADO.

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

JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA
(NOTICIANTE)**ANDERSON GLEISER DE SOUZA RODRIGUES**
(NOTICIANTE)B.O. registrado por: **SHIRNAIDE CHARELL GONCALVES DE HOLANDA** - Matrícula: **350868-4**

Josealdo Vicente de Souza
Anderson Gleiser de Souza Rodrigues
Shirnaide Charell Gonçalves de Holanda



ARUANA SEGIRO
03 FEV 2016



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Joemaldo Vicente de Souza,
 portador da carteira de identidade nº 5.642.812, e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.907.584-46
 residente e domiciliado na Rua Vila Bom Tempo, 03, QD. H, Bom Tempo,
 Cidade Caruaru, Estado PE, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
 realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90
 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

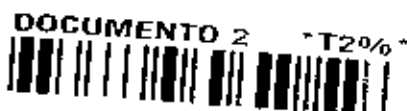
ARUANA SEGUROS
 03 FEV 2016

Caruaru/PE, 27/01/16
 Local e data

Joemaldo Vicente de Souza
 Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

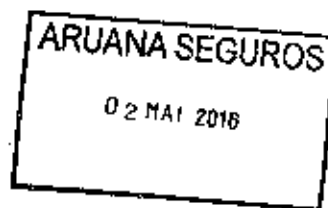


Atendendo ao requerimento do Sr.(a): Joãoaldo Vicente de Souza

RG: 5642812 SSP-PE CPF: 039.907.584-46, consta em nossos arquivos
a ocorrência nº: 559.564 do dia 30 de Setembro de 2015

Onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU/GOIANA por volta das 23 horas e 40 minutos, vítima de
queda de moto

A ocorrência aconteceu no (a): R. Dr. Manoel Barba (par. a caixa), onde
após os cuidados, a vítima foi removida para
Hospital Belarmino Uborreia



Goiana, 28 de Janerio de 2016.


Janaina Bezerra A. P.
Coordenadora de Enfermagem
SAMU - GOIANA - PE

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: 24/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

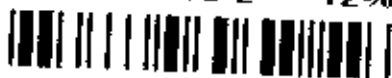
CLIENTE: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000064186-4

Nr. da Autenticação 6570A3EF4F9A8587



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joãoaldo Vicente de Souza

Detran:

RG nº 05111302190data de expedição 20/04/15 Órgão Detran-PECPF 039.907.584-46

Venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro(Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Vila Bom Tempo</u>
Número	<u>03</u>
Apto/Complemento	<u>QD. M</u>
BAIRRO	<u>Bom Tempo</u>
CIDADE	<u>Cpicama</u>
ESTADO	<u>PE</u>
CEP	<u>55900.000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3011-3224</u>
E-mail	<u>peruicio1@ma.dpuod.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Cpicama/PE, 27/01/16

Local e data

ARUANA SEG
03 FEV 2016

Joãoaldo Vicente de Souza
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiza Maria Vicente de Souza

RG nº 5.340.004, data de expedição 07/02/95, Órgão SSP-PE

CPF nº 612.059.074-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Vila Bom Tempo</u>	
Número	<u>03</u>	
Apto / Complemento	<u>QD M</u>	
Bairro	<u>Bom Tempo</u>	
Cidade	<u>Goiarna</u>	
Estado	<u>PE</u>	ARUANA SEGURU.
CEP	<u>55900-000</u>	03.FEV.2016
Telefone de Contato	<u>(81) 3011-3224</u>	
E-mail	<u>peruicio1@ma.dprivat.com.br</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

DOCUMENTO 1 "T19a"



Local e Data: Goiarna/PE, 27/10/2016.

Assinatura do Declarante: Luiza Maria Vicente de Souza



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Luiz Maria Vicente de Souza, portador(a) do

RG nº 5.340.004, expedido por SSP - PE, em

07/02/95, CPF/CNPJ nº 612.059.074-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Genaldo

Vicente de Souza do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Genaldo Vicente de Souza, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso - me Renda Mensal: R\$ Recurso - me

RUANA SEGUROS

Documentos comprobatórios: 03 FEV 2016

Luiz Maria Vicente de Souza
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Gerência Regional de Saúde - I GERES
Hospital Belarmino Correia

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) JOSEMARCO VILHOTE DE SOUZA portador(a) da
identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S82-1, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 4 (quatro) dias, a
partir desta data.

Goiânia 30 / 4 / 15

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 4902 CRM PE 22641

Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

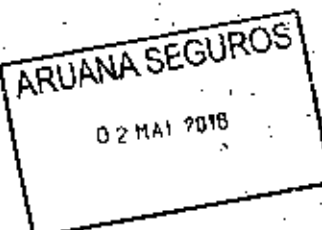
DOCUMENTO 4 *T4%*



Eu, _____
autorizo _____ o(a)
Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado
CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Hospital Belarmino Correia - Praça Correia Picanço, S/N - Goiânia/PE
E-mail: hospbelarmino@ig.com.br Fone: (081)3626-8541





** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Jornaldo Viana de Souza
Reg.: 981339 Enf.: 31 Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 09/10/15 DATA DE SAÍDA: 19/10/15

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fx de pleto lateral

DIAGNÓSTICO FINAL:

0 mem

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

Exame físico
estável após 48 horas

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE:

PARA CONTROLE EM

15 dias

MEDICO RESPONSÁVEL CRM

105-BGOF



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Josamir Viento Registro: 981334
Clínica: do Sogra Procedência: _____

Reclamação para os dentes / por que
o paciente encontra-se desde o
dia 03/10/15 com dor intensa
no dente 31-1 apresentando
carioca. E provável de alho

12/10/15
Data: 1/1

Dr. Tadeu Rolim
Ortodontia e Traumatologia
CRM-PE 22.809

Médico-CRM

075-HOF

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



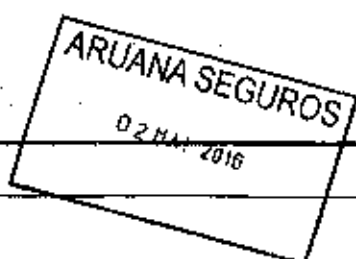
SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães SN Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISICÃO DE EXAMES

Nome: Jenivaldo V. de Souza Registro: _____
Clínica: _____ Procedência: _____

Rx de joelho D / #

Ricardo Lyra de Oliveira
CRM 15.105
Ortopedista / Traumatologista



Data: 1 / 1

Médico-CRM

075-HOF



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães SN Tejipió-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISICÃO DE EXAMES

Nome: Jenivaldo V. de Souza Registro: _____
Clínica: _____ Procedência: _____

Rx de Ombro h - lcs
bico, bico, bico

Data: 19.10.15

Ricardo Lyra de Oliveira
CRM 15.105
Ortopedista / Traumatologista
Médico-CRM

075-HOF



**** SES/FUSAM ****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: Ortopedia PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: José Roberto Viana

PRONTUÁRIO Nº: 921339 ALTA HOSPITALAR EM: 19/10/15

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: Ortopedia EM: TI

MÉDICO: Teodoro COM: 15 DIAS

MOTIVO: _____

RECIFE: 19/10/15

Dr. José Roberto Nascimento
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PE 21365

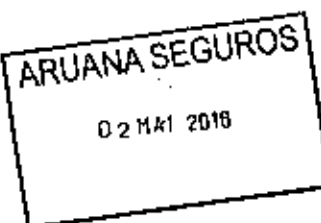
Assinatura do responsável e carimbo

Visto – Chefe do Ambulatório

OBS.:

- A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

011-BGOF





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Josébaldo Vicente de

Silva
portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 30 (Trinta) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

a) Diagnóstico Fratura de Pêlo Tibial

b) Tratamento cirurgia

Deverá retomar ao Ambulatório de: Ortopedia

Com 15 dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOF
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

19/10/15
LOCALIDADE/DATA

Ass. do Médico [Assinatura] CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejupió-Recife-PE PABX 3182-8500

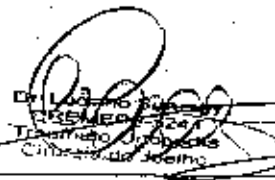
RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jesinaldo Vicente de Souza Registro: 981339
Clínica: Tramunt Procedência: Auto

A Perícia Médica:

Paciente internado neste HOF em 04/10/15 a/ fratura do platô tibial lateral, D que foi operado e fixado, a placa e parafusos. Recebeu alta hospitalar em 19/10/15. Não pode fazer carga no M.D. por no mínimo 60 dias. Necessita fisioterapia. Tempo estimado fl alta ambulatorial de 120 dias.

Data: 29/10/15


Dr. Leonardo Sampaio
CRM 124
Tramunt, Pernambuco
Clínica da Saúde
Médico-CRM

075-HOF

ARUANA SEGUROS

02.MAI 2016



PREFEITURA DE
GOIANA
SECRETARIA DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Goiana
Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social

Posto Médico de:

Boim Tempo

Mat.:

Pront.:

Paciente: Joseuado Vicente De Souza

Residência:

Delicito

Fisioterapia Motora

(20 sessões)

MD: Fratura de platô
tibial.

André Luiz Américo de Souza
MÉDICO
RMS/PA 17 2800402
REGISTRO EM MEDICINA

Data:

9 / 11 / 2015

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



Guia de Esclarecimento

REGIÃO : XII GERES

HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIÂNIA

Unidade de Saúde:

Nome: JOSE MULLER VIEIRA

Sexo: M Cor: BRANCO

Estado Civil:

Profissão:

Idade:

60 anos, 32 horas do dia, 04 de 13 de 13

Doença Principal:

TIPO 2 NO JOELHO (D)

Histórico do doente atual:

Doença crônica, progressiva

Sinais e Sinais:

Doença crônica, progressiva, sem sinais

Diagnóstico Diagnóstico:

TIPO 2 NO JOELHO (D)

Intervenção:

Medicamento a (o):

Medicamento a (o): Paracetamol às 00:30 do dia 04 de 13 de 2013

Observação:

Doente internado para observação clínica por

doença crônica e não houve indicação para tratamento hospitalar

Ass. Médico - CRM: Carimbelou Nome do Médico em letra de forma

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2015/EC004397 Data e Hora de Atendimento: 30/09/2015 23:46 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergencia Cirurgica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 138725 JOSENALDO VICENTE DE SOUZA Registro SUS:
Nascimento: 11/07/1979 Idade: 36 Sexo: Masculino Cor: Branca
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ANALISTA Naturalidade: GOIANA-PE Nacionalidade: BRAS
Documento de Identidade: NI Filiação: LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

Endereço (Av., Rua, etc.): RUA BOM TEMPO Q M N 03 Complemento:
Bairro: CENTRO Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 92316901

Acompanhante: MAE

Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
O ACIDENTE FOI NO COMERCIO PERTO DAAIXA ECONOMICA

Procedência: VIA PÚBLICA Meio de Transporte: SAMU

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor Local
() Queixa urinária
() Sangramento. Loc.
() Outras queixas:

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
() Cirurgião
(x) Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () A.V.C
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Classificação:

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dl

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2018

Ass. Enfermagem

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Queixa de dor no tornozelo direito
Anamnese: 6 dias de dor no tornozelo direito

Exame Físico: Peso: kg

Hipótese diagnóstica / conduta

Código de Atendimento:

CID 10:

0301000061

0301000012

Continuação ...

- 1/ S.R.L 1.000ml AV (LENTO)
- 2/ TRANSFUSÃO DE SORO (LENTO)
- 3/ TRANSFUSÃO DE SORO 443 ml

2/ CURTIDO

3/ TAU TPO TUBO

6/ SAT OU TRANSFUSÃO SORO

7/ SAT SORO (M)



TRANSFUSÃO DO PLASMA TERMO (D) COMEÇADA
TRANSFUSÃO AO MIGUEL ARQUAS PARA
INTERVALO E TRANSFUSÃO COMEÇADA.

Evolução Enfermagem

ARJANA SEGUROS

02 MAI 2018

Dr. Carlos Alberto
Otorrinolaringologista
CRM 10.000

Médico - CRM

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Hospital:

MIGUEL ARQUAS

Senha:

Cadastro

30/09/2015 23:47:47

LUCIANA

Impressão: 30/09/2015 23:57:09 LUCIANA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Gerência Regional de Saúde - I GERES
Hospital Belarmino Correia

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) JOSEMAR SO VICENTE SR JUN SR portador(a) da
identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S82.1, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 4 (quatro) dias, a
partir desta data.

Goiana 30 / 4 / 15

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 0902 CRM PE 22641
Rég. 45343

Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo _____ o(a)
Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado
CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Hospital Belarmino Correia - Praça Correia Picanço, S/N - Goiana/PE
E-mail: hospbelarminocorreia@ig.com.br Fone: (081)3625-8044

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

AL OTAVIO DE FREITAS

da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

03/10/2015 21:50

Nome Paciente: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Cód. Paciente: 981339
Data de Nascimento: 11/07/1979
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: EA0076
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 440225



03/10/2015 21:50 - MARTA JULIA VASONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:

VERDE - Pouco Urgente

Cor:

VERDE

Queixa Principal: TRAUMA EM MID HÁ 5 DIAS. IMOBILIZADO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO.

Observação:

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

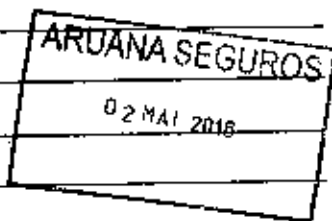
Sinais Vitais Lidos:

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

Acolhido(a) por: MARTA JULIA VASONCELOS SILVEIRA NETTO
Data: 03/10/2015 21:50

NOME: Jonhaldo Vicente de Souza DN. 11/07/29
 IDADE: 39. TELEFONE: 81-99 231-6901 - (Mãe).
 RESPONSÁVEL: Leizy Maria Vicente de Souza (Mãe).
 ENDEREÇO: Vila Bem Fim, 3, Centro, Olinda
 PONTO DE REFERÊNCIA: Próximo ao Supermercado Beante e Posto de Saúde.
 INFORMES: Sus 129 9825 1457 0006, Paciente
Solteiro, mora com os pais e irmãos;
analista Biológico; vítima de acidente
de trânsito. Queixas sobre o entorpecimento
causado por amperolante.



~~Maria Anderson Santos Barbosa~~
~~Assistente Social~~
~~CRESS - P. 0156~~
ASSIS

ASSISTENTE SOCIAL / DATA

04/10/15



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

Rosendo Vicente

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

04/10/15

09:05

Enfermagem #
Paciente evolui E.G.R. consciente, orientado,
eupneico, apnéico ao toque, dieta V.O. C/HO
fratura platô tibial D, mega HA, AM, aler-
gia a medicamentos, segue ag. vaga pt. hos-
pital de convalescença e as unidades de enfer-
magem # - - - - - Edgare 316636

18:00

Enfermagem # diq. em tempo sus-
penso para trauma posto III -
Leito 21.1 - - - - - Edgare 316636

04/10/15

Paciente evolui E.G.R. consciente,
orientado, S.O. e tel. 115, Dieta
VO, AUP, E.G. 115 Felipe
CORREY - 06/11/2011

04/10/15

Paciente evolui E.G.R. consciente,
orientado, S.O. e tel. 115, Dieta
VO - E.G. 115 Felipe
CORREY - 06/11/2011

ARUANA SEGUROS

02.MAI.2010

H.O.F. - TOMOGRAFIA

TIPO DE EXAME TC

Solho D.B. C/H

DATA 04/10/15

ASS

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
------	------	----------

09/10 Eufemismo

Paciente: Cirurgia de UT (E)
 1º dia pós-op. em ps
 Agitação dia 01, faz uso
 de talco. O paciente faz
 transfusões: p/ p/ II
 S/S. S/S.

Edineia
 Enfermeira
 COREN 39527-PE

10/10/15 Paciente EBN com evolução
 no agudo, apresenta S/S
 agudos e agudos de sistema
 gástrico e de sistema

Adriana Lopes
 Enfermeira
 COREN-PE 11933

12/10 Eufemismo

Paciente: Cirurgia de UT (E)
 2º dia pós-op. de talco, segue S/S.
 Resultado de exames de
 para diagnóstico:
 Agitação dia 02, faz uso
 S/S.

Edineia
 Enfermeira
 COREN 39527-PE

ARJANA SEGUROS

02 MAI 2016

13/10/15 Paciente EBN com evolução
 no agudo, apresenta S/S
 agudos e agudos de sistema
 gástrico e de sistema
 gástrico e de sistema

Adriana Lopes
 Enfermeira
 COREN-PE 11933



SBS/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO: 3.017

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

Genaldo Uemle

CLÍNICA:

ENF.: 3

LEITO: 01

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

14/10

Fisioterapia motora (03.02.05.001-9)

Fratura pelo tibial direito

Realizado fisioterapia ativa /
passiva - exercícios nos membrosDr. Gusmão
Fisioterapeuta
CREFITO 42975-F

15/10

Exame

Paciente foi inspecionado (verba) joelho
com agulhas e alfileres no
membro superior do membro
inferior. Não há sinais de
infecção ou de fratura.Dr. Silva
Fisioterapeuta
CREFITO 195275-F

15/10/15

Fisioterapia motora (030203001-9)

Paciente portador de dor no membro
inferior.Dr. Gusmão
Fisioterapeuta
CREFITO 42975-F

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

16/10/15

Paciente E-82 com dor no
membro inferior, inspecionado
sem sinais de infecção ou de fratura.Dr. Silva
11/53

[illegible]

LA RUANA SEGUROS

~~02 MAY 2018~~

AT 440260

Nome: JOSENA LOO VICE-DESADE DE SALVADOR
Data: 14/01/2012
Cirurgião: JOSE LUIZ Sala: 02 Registro: 281339
Instrumentador: BRUNA Auxiliar: BRB Emergência: Sim () Não (☒)
Anestesia: Analgesia () Bloqueio () Local () Anestesiologista: ELINTIA
Cirurgia: PROTEIN Circulante: MUNILLO
Peridural () Raque (☒) Sedação (☒)
QTD: 1 Geral ()

[illegible]



** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: José do Vento de Souza
Reg.: 981339 Enf.: 31 Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 09/10/15 DATA DE SAÍDA: 19/10/15

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fx de pleto lateral

DIAGNÓSTICO FINAL: 0 mem

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): Exame físico
normal após 48 horas

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: 19/10/15
PARA CONTROLE EM: 19/10/15

MÉDICO RESPONSÁVEL: [Assinatura] CRM

105-HGOF

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jeremias Vicente de Souza Registro: 981339
Clínica: Traumato Procedência: Amb

A Perícia Médica:

Paciente internado neste HOF
em 04/10/15 a/ fratura do platô
tibial lateral D que foi operado e
fixado a/ placa e parafusos. Rece-
beu alta hospitalar em 19/10/15.
Não pode fazer carga no M.D por
no mínimo 60 dias. Necessita
fisioterapia. Tempo estimado a/ alta
ambulatorial de 120 dias.

Data: 29/10/15

Dr. Luiz Roberto
Ferreira de
Almeida
Cirurgião do Jogo

Médico-CRM

075-HOF

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

portador da Carteira Profissional n.º Série

necessita de 30 (Trinta) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

a) Diagnóstico

b) Tratamento

Deverá retomar ao Ambulatório de:

Com 15 dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOF

19/10/13

Ass. do Médico CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 88
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2018



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejido-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Josuelito Vionto Registro: 981334
Clínica: de Souza Procedência: _____

Reclamação para os dentes f-7 que
o pulso encontra-se desde o
dia 03/10/15 hasta intensifica
no dente 31-1 apresentando
cirurgia. Be provável de alho

12/10/15

Data: 1/1

Dr. Tale Rolim
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22.809

Médico-CRM

075-HOF

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Name: Yahyaoui, Y. M. J.

Registrant

Procedência:

$$R_x \approx \frac{1}{\rho_{\text{air}}} \frac{1}{\omega^2} \frac{1}{r^2}$$

Ricardo Lyra de Oliveira
CRM 15.105
Ortopedista / Traumatologista

Date: 1/1

Médico-CRM

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Name: John Joseph Brennan

Registries

Clinical:

Procedência

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

02 MAI 2016

68-14900-1

ARUNACHAL PRADESH
02 MAR 1968

W. H. H. H. H.

Data: 6/16/00

Medico-CRM

~~Dr. Jose P. de la Cruz~~
~~Stomatologist~~
~~CRA~~



**** SES/FUSAM ****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: Ortopedia PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: Joãozinho Vazante
PRONTUÁRIO Nº: 921339 ALTA HOSPITALAR EM: 19/10/15
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: Ortopedia EM: 11/11
MÉDICO: Leandro COM: 15 DIAS.

MOTIVO:
RECIFE, 19/10/15
Dr. José Roberto Nascimento
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PE 21381
Assinatura do responsável e carimbo Visto – Chefe do Ambulatório

OBS.:
A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

011-HGOF

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

DOCUMENTO 5 *T50%*

[illegible]

03 FEB 2016

ARUANA SEGUROS
03 FEB 2016



5340004

07.22.1965

Instituto de Seguros

Rua da Siqueira

10071057

Luiz Maria Vicente de Souza

DOCUMENTO 3

"T394"





MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

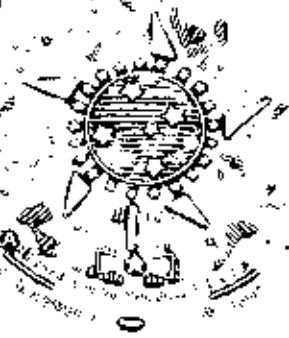
Número de inscrição

612.059.074-91

Nome

LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

10071057



ARUANA SEGUROS

03 FEV 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FOMENTAS

DETRAN - PE Nº 012210297577
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - RNTTC - EXERCÍCIO
1 391629313 ***** 2015

JOSEVALDO VICENTE DE SOUZA

GOIÂNIA - PE

039.907.584-46 - PLACA PFL5846

9C2JC483DBR009070 - CHASSI

PAS / MOTONETA - COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

HONDA / BIZ 125 EX - MARCA / MODELO

2P / 124CL - CATEGORIA

AMARELA - COR PREDOMINANTE

1º - COTA ÚNICA - VENC. COTAS - VENC. COTAS

1º - COTA ÚNICA - VENC. COTAS - VENC. COTAS

1º - COTA ÚNICA - VENC. COTAS - VENC. COTAS

1º - COTA ÚNICA - VENC. COTAS - VENC. COTAS

1º - COTA ÚNICA - VENC. COTAS - VENC. COTAS

1º - COTA ÚNICA - VENC. COTAS - VENC. COTAS

1º - COTA ÚNICA - VENC. COTAS - VENC. COTAS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE QUE POR SUA CARGA, PESSOAS
TRANSPORTADAS OU PARA SEU SEGURO DPVAT

PE Nº 012210297577 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSEVALDO VICENTE DE SOUZA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

GOIÂNIA - PE

039.907.584-46 - PLACA PFL5846

9C2JC483DBR009070 - CHASSI

HONDA / BIZ 125 EX - MARCA / MODELO

2011 09 - ANO FAB. / CAL. UFS

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

www.seguradora lider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O SEU SEGURO DPVAT

SELS NAO S DE PORTE OBRIGATORIO

ARUANA SEGUROS

03 FEV 2016



DOCUMENTO 6

T60%

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160086986

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Data do acidente: 30/09/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de MID.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160086986

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Data do acidente: 30/09/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial lateral direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor à mobilização do joelho direito ao deambular. Ao exame apresenta limitação dos movimentos de flexo-extensão do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com uso de placa e parafusos. Informa ter realizado 40 sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Paulo Sérgio Muniz

CRM do médico: 5530

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

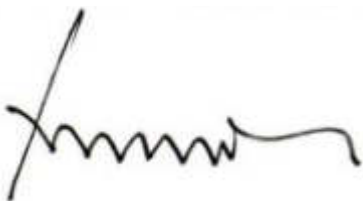
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
 Identidade: 5642812 CPF: 039907584-46 Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: ANALISTA LABORATORIO End: VILA BOM TEMPO
QUADRA M Nº 03 GOIANA - PE

Outorgado: LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA
 Identidade: 5340004 CPF: 612059074-91 Estado Civil: CASADA
 Profissão: _____ End: VILA BOM TEMPO
QUADRA M Nº 03 GOIANA - PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

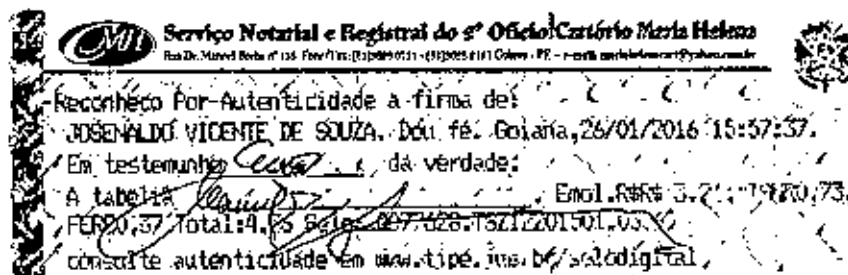
Identidade: 5642812 CPF: 039907584-46

GOIANA 26 de JANEIRO de 2016

CARTÓRIO DE
 Maria Helena

ARUANA SEGUROS
 03 FEV 2016

Josealdo Vicente de Souza



**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA** Sinistro: **3160086986** Data: **30/09/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VILA BOM TEMPO, 3, QD M - BOM TEMPO - Goiana - PE - CEP 55900-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **5642812**

Data local do exame: [**18/05/2016**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do platô tibial lateral direito. Vítima refere dor à mobilização do joelho direito ao deambular. Ao exame apresenta limitação dos movimentos de flexo-extensão do joelho direito.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico com uso de placa e parafusos. Informa ter realizado 40 sessões de fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Joelho direito

% 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE