
Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636573

Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636573

Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636573

Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO SEVERINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.957,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.957,50

Banco: 237

Agência: 000001903-8

Conta: 0000011941-5

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, retorne 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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	055.607.324-00	Leonardo Severino da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Leonardo Severino da Silva		055.607.324-00
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO INFORMAR	Rua Nossa Senhora de Fatima	19
Complemento:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
Matriz da Luz	São Lourenço da Mata	PE
E-mail:		CEP:
		54700-000
		Tel. (DDD):
		(81) 9 8702-7465-9 8217-9123

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1903 8 CONTA: 11941 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)	Local e Data:	TESTEMUNHAS
	Nome:	1º Nome: _____
	CPF:	CPF: _____
	Assinatura	Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2º Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0128003481**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/11/2019** às **09:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/11/2018** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, ESTRADA DE MATRIZ DA LUZ** - Bairro: **CENTRO** - **SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOQUEIRO (MOTO TAXI) (AUTOR \ AGENTE)
ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LEONARDO SEVERINO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MOTOQUEIRO (MOTO TAXI)

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

LEONARDO SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRIS MARIA DA SILVA**
Pat: **SEVERINO PSDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/8/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7633736/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **VIGIA** Telefones Celulares: **- 88782665**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 404, RUA MAJOR FERREIRA LIMA, MATRIZ DA LUZ** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO** - **SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MOTOQUEIRO (MOTO TAXI) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO-01- MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOQUEIRO (MOTO TAXI)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOQUEIRO (MOTO TAXI)**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

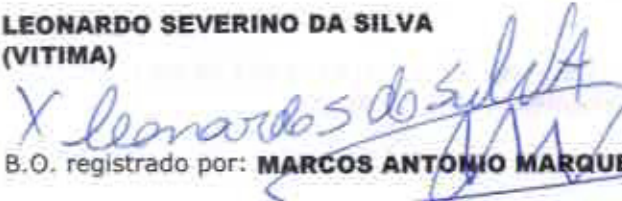
VEICULO-02- MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE VIAJAVA NA GARUPA DE UMA MOTO TAXI, QUANDO UMA OUTRA MOTO CONDUZIDA POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO COLIDIU, NAS MEDIAÇÕES DA SANTA NA ESTRADA DE MATRIZ DA LUZ LEVANDO A VITIMA AO SOLO, CAUSANDO FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO, SENDO CONDUZIDO PELO SAMUR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. E DEPOIS SENDO CIRURGIADO NO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO. ENCERRO A PRESENTE OCORRÊNCIA.

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

LEONARDO SEVERINO DA SILVA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **MARCOS ANTONIO MARQUES DA SILVA** - Matrícula: **3848345**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	055.607.324-00	Leonardo Severino da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Leonardo Severino da Silva		055.607.324-00
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO INFORMAR	Rua Nossa Senhora de Fatima	19
Complemento:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
Matriz da Luz	São Lourenço da Mata	PE
E-mail:		CEP:
		54700-000
		Tel. (DDD):
		(81) 9 8702-7465-9 8217-9123

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1903 8 CONTA: 11941 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)	Local e Data:	TESTEMUNHAS
	Nome:	1º Nome: _____
	CPF:	CPF: _____
	Assinatura	Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2º Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**



192

Declaração de Atendimento

Declara para os devidos fins que o(a) Sr^o(a) **Leonardo Severino da Silva**, CPF **055.607.324-00**, foi atendido pela unidade básica deste município no dia **03/11/2018**, com o atendimento de ocorrência de n^o **548.107**, vítima de acidente de trânsito, sendo conduzido para o Hospital da Restauração.

São Lourenço da Mata - PE 28/08/2019

Dr^a **Gilvanete M^o S. Pinheiro**
Enfermeira/Sanitária e Obstetra
COREN: 382.098

JOSÉ ROBERTO DA SILVA LIMA

DIRETOR DO SAMU MAT.: 206161

GILVANETE M^o SOUZA PINHEIRO

COORD. ENFERMAGEM COREN 382.098



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**



192

Declaração de Atendimento

Declara para os devidos fins que o(a) Sr^o(a) **Leonardo Severino da Silva**, CPF **055.607.324-00**, foi atendido pela unidade básica deste município no dia **03/11/2018**, com o atendimento de ocorrência de nº **548.107**, vítima de acidente de trânsito, sendo conduzido para o Hospital da Restauração.

São Lourenço da Mata - PE 28/08/2019

Dr^a **Gilvanete M^o S. Pinheiro**
Enfermeira/Sanitária e Obstetra
COREN: 382.098

JOSÉ ROBERTO DA SILVA LIMA

DIRETOR DO SAMU MAT.: 206161

GILVANETE M^o SOUZA PINHEIRO

COORD. ENFERMAGEM COREN 382.098

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.957,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01903-8

CONTA: 000000011941-5

Nr. Autenticação

BRADESCO0312201905000000000023701903000000011941195750 PAGO

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1408479066

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0205543-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 282 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0187-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! ANA PAULA DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 11/11/2016	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/10/2016	CONTA CONTRATO 4002923624
ENDEREÇO RUA N SA DE FATIMA 19MATRIZ DA LUZ/VILA N SA DA LUZ	TOTAL A PAGAR R\$ 16,94	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/11/2016	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 10/10/2016 a 12/10/2016	CONSUMO 2		

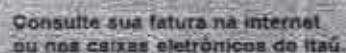
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4002923624	MÊS/ANO 10/2016	TOTAL A PAGAR R\$ 16,94	VENCIMENTO 11/11/2016	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838000000009 169400110044 002923624100 067691108537 				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				



CTC SECURE PE PL3



CARLOS ANDRE DA SILVA
1 TV ESTRADA DO TIP 75
MURIBARA
54720-674 SAO LOURENCO DA - PE



7211754230076490090000382030 041014

Date de Postagem: 04/10/2015

Data de Vencimento: 17/10/2019

Data de Fechamento (emissão): 03/10/2019

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 03/11/2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABR/DOCORIGINAL.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 COAF¹.

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 Carlos Andre da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.693.484 / 83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário:

Leonardo Severino da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.607.324 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima O MESMO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.607.324 / 00, 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Estrada do Tip</u>	Número:	<u>75</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Muribara</u>	Cidade:	<u>São Lourenço da Mata</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>carlosandredasilva1986@gmail.com</u>			CEP:	<u>54720-675</u>
				Tel.(DDD):	<u>(81) 9 8702-7465 / 9 82179123</u>

Local e Data:

SÃO LOURENÇO DA MATA 13/11/19

CARLOS ANDRÉ DA SILVA

Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1048770/2018.

NOME: LEONARDO SEVERINO DA SILVA.

Foi atendido às 23h30 do dia 03.11.2018.

Diagnóstico provável: Poliquímico - TCE
trauma crânio-cérebro a femur E + f2 do
2: DDE e acido.
(coluna cervicobasilar)

Tratamento realizado: CBUS.

TAC a crânio
Ex DDE, Ex TCE, Ex coxa E, Ex f2 E
Ex f2 do f2 E

Obs. Transfusão de sangue após acidente
em 09/11/18

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 19107119.

SES - Secretaria de Saúde

Dr. Carlos Paiva
Médico do SAME
CRM 8946

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

FAT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Leonardo Sereirino da Silva

REGISTRO: 7.598.55 DATA DE NASCIMENTO: 19 / 08 / 1985

RG: 7.633.736 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Rua: Travessa Major Ferreira Lima
n.º 22 matriz de Luz São Laurencio de mate

NOME DA MÃE: Iris maris da Silva

DATA ADMISSÃO: 09 / 11 / 2018 DATA ALTA: 22 / 11 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 14 / 11 / 2018 CID: S 72.3

DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur
Esquerdo — " — " —

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Diáfise do Fêmur
Esquerdo — " — " —
— " — " —

MÉDICO: Jorge Augusto

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GURARAPES, 23 DE Agosto DE 2018.

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia / Traumatologia
CRM 9127 - PE
CON 20770 - PE
MÉDICO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Prontuário: 759855

Atendimento: 185480

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 15 - LEITO 03

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FX DE DIÁFISE DE FEMUR ESQ

CID: S723

Procedimento Solicitado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Tempo de permanência Previsto:

Odeias

Procedimento SUS Realizado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

01. Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS
02. 1. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO
2. Auxílio Cirúrgico: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
3. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA
05. Demais Auxílios Cirúrgicos:
06. Anestesiista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA
07. Clínico:
08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

Indicação de Procedimento
Indicação de UTI
Indicação de Acompanhante
Indicação Anti - Rh

- ☒ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - P.J. Or
DGOs - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora SUS - CRM: 8922
CPF: 298.725.884-49

Descrição do Caso: PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 09/11/2018

Data de Alta: *22.11.18*

Dias de Hospitalização:

dia (s).

Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM: 23550

LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA
CRM: 23550

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

2 - CNES
00000611

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Homado Saxeiro da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO
19/08/85

9 - SEXO
MASC. ☒ FEM. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Iris Maria da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
São Lourenço da Mata

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com febre discreta de 38,0
após o parto
LTA Ace e cr. DMC

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Dta 17/08/2018

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Tuberculose

21 - CID, 10 PRINCIPAL

22 - CID, 10 SECUNDÁRIO

23 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Tratamento ambulatorial

25 - Cód. DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
022193141-7

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
06/11/2018

32 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DE VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO

Secretaria de Saúde - PJORF
DGOB - Conselho de Controle e Regulação
Maria Cecília Maciel dos Santos
Médica Auditora SCS - CRM: 8922
CPF: 290.725.400-00

ORTOPEDIA Simsen 505608.

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 185480

Nascimento: 19/08/1985

Responsável:

Prontuário: 759855

Sexo: Masculino

LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 09/11/18 16:10:23

33 Anos, 2 Meses e 21 Dias

Profissão:

Escolaridade:

Identidade: 7633736

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: IRIS MARIA DA SILVA

Nome do Pai: SEVERINO PEDRO DA SILVA

Endereço: RUA MAJOR FERREIRA LIMA, SAO MARTINS DA LUZ, CEP: 54735417, Nº 404, SAO LOURENÇO DA MATA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Icon: JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO, APRESENTANDO TRAUMA EM FEMUR DIREITO. DOR + EDEMA LOCAL. ALTA DA NEURO E CIRURGIA TORAX.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

DIABETES MELLITUS, NEGA HIPERTENSÃO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

EXAME FÍSICO GERAL:

REGULAR, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR, BNF EM 2T PA-120/70MMHG

AP - RESPIRATORIO:

MV NORMAIS S/ADVENTICIOS

DOMEN:

FLACIDO INDOLOR. RHA(+)

AP - GENITO - URINARIO:

DIURESE ESPONTANEA

OUTROS:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE FEMUR DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CAUSAS DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785

Medico
CREMEPE-6785

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Prontuário: 759855

Atendimento: 185480

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LETTO 03

Sexo: Masculino

Idade: 33 Anos, 2 Meses e 26 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

11/2018

Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

Prélio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

07. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ROTINA ASSEPTICA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS;
INCISÃO LONGITUDINAL SUPRATROCANTÉRICA 3cm;
PERFURAÇÃO DO PONTO DE ENTRADA DA HASTE;
APLICADO FIO GUIA INTRAMEDULAR;
FRESAGEM DO CANAL MEDULAR (9, 10, 11)
APLICADA HASTE ANTEROGRADA E BLOQUEADA (340 x 100 mm) COM UM PARAFUSO PROXIMAL E DOIS PARAFUSO DISTAL DE BLOQUEIO
ATRAVES DE PEQUENAS INCISÕES;
CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
APLICADO PARAFUSO TAMPÃO;
LAVAGEM COM SF0.9%;
FECHURA POR PLANOS;
CURATIVO ESTERIL

LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CODIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Leonardo Serzerino da Silva

REGISTRO: 759855 DATA DE NASCIMENTO: 19 / 08 / 1985

RG: 7.633.736 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Rua: Travessa major Ferreira Lima
nº 22. matriz da Luz São Lourenço da mata

NOME DA MÃE: Iris maria da Silva

DATA ADMISSÃO: 22 / 11 / 2018 DATA ALTA: 23 / 11 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 22 / 11 / 2018 CID: S62.6

DIAGNÓSTICO: Fratura de outros Dedos da
mão Esquerda

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura de Falange media de 2º
Quirrodactilo da mão Esquerda

MÉDICO: _____

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GURARAPES, 23 DE Agosto DE 2018

Dr. Jorge Augusto
Ortopedista Traumatologista
CRM 9127 - PB
CRM 20770 - PE
MÉDICO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Prontuário: 759855

Atendimento: 187136

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 15 - LEITO 03

Exatidão Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE OUTROS DEDOS

CID: S626

Exame Solicitado: 0408020342 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

Tempo de permanência Previsto:

02 dias

Exame Realizado: 0408020342 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

Auxílio Cirúrgico: ANDRÉ LUIZ ADOLFO NOBREIRA DA SILVA

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

4. Outros Auxílios Cirúrgicos:

Anestesiologista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Clinico:

Clinico:

Exames Especiais:

Exame de Procedimento

Exame de UTL

Exame de Acompanhante

Exame Anti-Rh

- ☐ Uso de Prótese Órtese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde
0505 - Gerência de Controle e Avaliação
Marta Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora SUS - CRM: 8922
CPF: 288.123.456

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRENCIAS.

Diagnóstico Principal: S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

Diagnóstico Secundário:

Alta com Retorno

Data de Internação: 22/11/2018

Data de Alta: 23/11/2018

Dias de Hospitalização:

dia(s):

Dr. Wilson Mota da R.
MÉDICO
WILSON MOTA DA R. PAZ FILHO
CRM: 28617

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
LEONARDO SEVERINO DA SILVA		759855	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor
700902935273792	19/08/1985	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda
Nome da Mãe		Etnia	
IRIS MARIA DA SILVA		0000 - Não Se Aplica	
Nome Responsável		Telefone de contato	
IRIS MARIA DA SILVA			
Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
MAJOR FERREIRA LIMA, 404 - SAO MARTINS DA LUZ			
Nome do Solicitante	IBGE	UF	CEP
LOURENÇO DA MATA	261370	PE	54735-417

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Iniciais

Doença iniciada em 2:00h

Condições que justificam a internação

As causas citadas

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

Anamnese e Ex físico

Diagnóstico Inicial / Código

Ex faringo 2:00h

CID 10 Principal

CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

Nome do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Código do Procedimento

Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
() Ambulatorial () Hospitalar	() CNS () CPF	
Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro de Conselho)
	22/11/2018	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
☐ Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
☐ Acidente Trabalho Trajetado			

Vínculo com a Previdência

☐ Empregado	☐ Empregador	☐ Autônomo	☐ Desempregado	☐ Aposentado	☐ Não Segurado
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL		
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(X) CNS () CPF	201533356580007	
Assinatura e Carimbo		

Secretaria de Saúde
Município de Jaboatão - PE
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Anestesiologista - CRM: 8832
CPE: 298.725.884-55

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 187138

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 700902935273792

Responsável:

Observação:

Prontuário: 759855 Data/Hora: 22/11/2018 11:30:30 Naturalidade
 Nome: LEONARDO SEVERINO DA SILVA Data de Nascimento: 19/08/1985 02:00:00
 Sexo: MASCULINO Idade: 33 Anos 3 Meses 8 Dias Profissão:
 CPF: Identidade: 7633736 - SDS/PE Fone:
 Est. Civil: SOLTEIRO Cônjuge:
 Escolaridade:
 Nome do Pai: SEVERINO PEDRO DA SILVA
 Nome da Mãe: IRIS MARIA DA SILVA
 Endereço: RUA MAJOR FERREIRA LIMA Bairro: SAO MARTINS DA LUZ
 CEP: 54735417 Cidade: SAO LOURENCO DA MATUF:

Médico: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA CRM: 23550
 Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL

Unilateral em 2 = QDE

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

NDN

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

Rx de Fratura do 2 = QDE

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO
 CIENTE:

Data: *23/11/18* - Hora de Saída: : h - Médico:

Dr. Wilton Mota da Silva
 Médico
 CRM-PE: 23550

Av. Get. Manoel Rabelo, 126 - Centro - CEP: 54160000 - Jaboatão dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 3482-8888 - www.hmipe.org

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Prontuário: 753855

Arrendamento: 385480

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 33 Anos, 2 Meses e 36 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

Operatório

Realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FALANGE MEDIA DE 2 QDE

22/11/2018

Cirurgião: JORGE ALBERTO CORDEIRO DOS SANTOS

Dr. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

Dr. 2. Auxílio Cirúrgico:

Instrumentador:

Anestesia: BLOQUEIO LOCAL + SEDACAO

Anestesia:

Anestesiista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL + SEDACAO
ROTINA ASSEPTICA
INCISAO DORSAL SOBRE 2 QDE
ABERTURA POR PLANOS
REMOÇÃO DO EXTENSOR
ESTABILIZAÇÃO DE FOCO DE FRATURA
TRATAMENTO DE FIBROSE
DE FRATURA O MAIS ANATOMICO POSSIVEL
COM 01 FIO K
FIO POR PLANOS
ESTERIL + TALA METALICA

Dr. Jorge Alberto Cordeiro dos Santos
Cirurgião / Instrumentador
CRM-PE-20770
CRM 20770

Dr. Wilton Marcos da Paz Filho
MÉDICO
CRM-PE-26637

ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 20022



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
055.607.324-00

Nome
LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Nascimento
19/08/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CPF 7.633.736

Validade: 08/05/2014

LEONARDO SEVERINO DA SILVA >>

SEVERINO PEDRO DA SILVA >>

SILVA MARIA DA SILVA >>

LEONARDO DA MATA - PE

DATA DE NASCIMENTO
19/08/1985

ENDEREÇO << GN: 4254 L. A23 F. 67 CART. SEDE
LOURENÇO-PE 30.08.1985 >>

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS BURIL



Leonardo Severino da Silva

CARTERA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

CARLOS ANDRÉ DA SILVA



DOC. IDENTIFIC. / ENCL. EMISSOR / UF

7429000 BON PE

CPC

DATA NASCIMENTO

066.693.484-83

13/04/1966

FILIAÇÃO

SEVERINO CARLOS DA

SILVA

LUÍZA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

AB

Nº REGISTRO

03941601551

VALIDADE

03/06/2031

INSCRIÇÃO

18/03/2005

OBSERVAÇÕES

A

CARLOS ANDRÉ DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

03/04/2016

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

45584380496

PRG70073040

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1298981779

PROIBIDA PLACAGEM
1298981779

**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: 3190636573
Nome do(a) Examinado(a): Leonardo Severino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nossa Sra de Fatima, 19
Matriz da Luz São Lourenço da Mata PE CEP: 54735-770
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7633736
Data local do acidente: [03/11/2018]
Data local do exame: [26/11/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO, FRATURA DE 2 QDE
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE, FISIOTERAPIA.
Complicações: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE DEDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM ENCURTAMENTO DISCRETO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ALTERAÇÃO DA MARCHA, SEM PREJUÍZO NA MOBILIDADE. FORÇA PRESERVADA. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 2 QDE, COM DEFORMIDADE, BLOQUEIO ARTICULAR LOCAL, DÉFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO, GRAVE DE 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA, COM BLOQUEIO ARTICULAR, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
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 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ☐ "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: ☒ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):
2º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO NEVES
Médico
CREMEPE 17742

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636573 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO
FRATURA EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM ENCURTAMENTO DISCRETO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ALTERAÇÃO DA MARCHA, SEM PREJUÍZO NA MOBILIDADE. FORÇA PRESERVADA. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 2 QDE, COM DEFORMIDADE, BLOQUEIO ARTICULAR LOCAL, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE, FISIOTERAPIA.
EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE DEDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL (10%) EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			14,5 %	R\$ 1.957,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636573 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO
FRATURA EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM ENCURTAMENTO DISCRETO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ALTERAÇÃO DA MARCHA, SEM PREJUÍZO NA MOBILIDADE. FORÇA PRESERVADA. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 2 QDE, COM DEFORMIDADE, BLOQUEIO ARTICULAR LOCAL, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE, FISIOTERAPIA.
EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE DEDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL (10%) EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	14,5 %	R\$ 1.957,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636573 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DA FALANGE MÉDIA DO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-4-5-6-7-8-9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X-SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			18,5 %	R\$ 2.497,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636573 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DA FALANGE MÉDIA DO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-4-5-6-7-8-9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X-SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			18,5 %	R\$ 2.497,50