



08/02/2021

Número: **0042149-76.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JULIO CESAR BEZERRA DE SA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74818704	08/02/2021 15:31	2760135_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00421497620208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JULIO CESAR BEZERRA DE SA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no tornozelo esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:31:59
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815315916800000073328462>
Número do documento: 21020815315916800000073328462

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tibia e fibula esquerda.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, com edema residual localizado e redução moderada da amplitude de movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tibia e placa e parafusos na fibula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior esquerdo com repercussão leve (25%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO TORNOZELO ESQUERDO.**

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O TORNOZELO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO.



Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 5 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0042149-76.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JULIO CESAR BEZERRA DE SA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74818708	08/02/2021 15:31	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, no telefone 4020-1595 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200040827 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 23/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIJA DA SILVA PONTES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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, contados 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

Carta nº 15422106

Pág. 0035/0036 - Carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 08 às 20h, nos telefones 4020-1595 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200040827 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 23/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIJA DA SILVA PONTES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

Pág. 001/000104 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15445203





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradora lider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 08 às 20h, nos telefones 4020-1595 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200040827 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
---------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 01/03/2018 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 10587523





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, no telefone 4020-1595 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebido por: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 0000077679-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatómica 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 001/001/2020 - am_36 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h, nos telefones 4020-1595 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200040827 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.196, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pág. 0004/00047 - carta_08 - INVALIDEZ



Carta nº 15654708





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h, nos telefones 4020-1595 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.196, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pág. 01/07/2020 - carta_08 - INVALIDEZ



Carta nº 15823766









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 088ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP88ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0178004563

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às 13:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumada)
que aconteceu no dia 21/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, ST, LÉSSO
DOURADO - Bairro: CAJUÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DE ONIBUS (AUTOR/AGENTE)
LUCIMÁRIO JOSE DA SILVA (OUTRO)
COLETOIVO (OUTRO)
JULIO CESAR BEZERRA DE SA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a)
SR(a): MOTORISTA DE ONIBUS
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a)
SR(a): JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

MOTORISTA DE ONIBUS (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Não
XXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1988 Nacionalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

COLETIVO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Não XXXXXXXXXX
Data de Nascimento: 1/1/1988 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JULIO CESAR BEZERRA DE SA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Não
GENIVALDA URSULINA DE SA Fil: JOSENILO BEZERRA DE SA Data de Nascimento:
28/7/1989 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 346, AV DOM BOSCO - CEP: 5 - Bairro:
MAURICIO DE MASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

LUCIMÁRIO JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Não
XXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1988 Nacionalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL



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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): LUCIMARIO JOSE DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(s): JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Categoria/Veículo/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PBM1889 (PERAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 1697724779 Classe:

902JC8888NR001283

Ano Fabricação/Modelo: 2018/2017

ONIBUS (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): COLETIVO, que estava em posse do(s) Sr(s): MOTORISTA DE ONIBUS

Categoria/Veículo/Modelo: ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:

N/A

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO NA AV LEO DOURADO NO BAIRRO CAUÇA, QUE A VITIMA ESTAVA VINDO PELA ESQUERDA ONDE FOI TRANSCADO PELA MOTORISTA DO ONIBUS DA EMPRESA COLETIVA QUE APOS CAUSAR O ACIDENTE O MOTORISTA DO ONIBUS FOI ENBORA SEM SOCORRER A VITIMA, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SAMU LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AORESTE NESTA CIDADE

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

JULIO CESAR BEZERRA DE SA
(VITIMA)

B.O. registrado por: CARLOS FERNANDO DE ARRUDA COSTA - Matrícula:
111236-7





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Inscrição (RG) do reclamante: ☐ LIMPO (SEM PUNTO DE SUSPENSÃO DE RESPOSTA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE			
2 - Nº do processo judicial:	3 - CPF do segurado:	4 - Nome completo do segurado:	
660.180.271-43	1110.030.271-43	LUIZ CESAR BAZZOLA DE SA	
5 - Dados de identificação: ☐ CASAMENTO ☐ DIVÓRCIO ☐ SEPARAÇÃO DE CORPORES ☐ SEPARAÇÃO DE BENS ☐ SEPARAÇÃO DE BENS DE FATO ☐ SEPARAÇÃO DE BENS DE DROGA ☐ SEPARAÇÃO DE BENS DE DROGA DE FATO			
6 - Nome completo do segurado:	7 - Nome completo do segurado:	8 - Nome completo do segurado:	9 - Nome completo do segurado:
LUIZ CESAR BAZZOLA DE SA	LUIZ CESAR BAZZOLA DE SA	LUIZ CESAR BAZZOLA DE SA	LUIZ CESAR BAZZOLA DE SA
10 - Nome completo do segurado:	11 - Nome completo do segurado:	12 - Nome completo do segurado:	13 - Nome completo do segurado:
LUIZ CESAR BAZZOLA DE SA	LUIZ CESAR BAZZOLA DE SA	LUIZ CESAR BAZZOLA DE SA	LUIZ CESAR BAZZOLA DE SA
14 - Nome completo do segurado:			
15 - Nome completo do segurado:			
16 - Nome completo do segurado:			
17 - Nome completo do segurado:			
18 - Nome completo do segurado:			
19 - Nome completo do segurado:			
20 - Nome completo do segurado:			
21 - Nome completo do segurado:			
22 - Nome completo do segurado:			
23 - Nome completo do segurado:			
24 - Nome completo do segurado:			
25 - Nome completo do segurado:			
26 - Nome completo do segurado:			
27 - Nome completo do segurado:			
28 - Nome completo do segurado:			
29 - Nome completo do segurado:			
30 - Nome completo do segurado:			
31 - Nome completo do segurado:			
32 - Nome completo do segurado:			
33 - Nome completo do segurado:			
34 - Nome completo do segurado:			
35 - Nome completo do segurado:			
36 - Nome completo do segurado:			
37 - Nome completo do segurado:			
38 - Nome completo do segurado:			
39 - Nome completo do segurado:			
40 - Nome completo do segurado:			
41 - Nome completo do segurado:			
42 - Nome completo do segurado:			
43 - Nome completo do segurado:			
44 - Nome completo do segurado:			
45 - Nome completo do segurado:			
46 - Nome completo do segurado:			
47 - Nome completo do segurado:			
48 - Nome completo do segurado:			
49 - Nome completo do segurado:			
50 - Nome completo do segurado:			
51 - Nome completo do segurado:			
52 - Nome completo do segurado:			
53 - Nome completo do segurado:			
54 - Nome completo do segurado:			
55 - Nome completo do segurado:			
56 - Nome completo do segurado:			
57 - Nome completo do segurado:			
58 - Nome completo do segurado:			
59 - Nome completo do segurado:			
60 - Nome completo do segurado:			
61 - Nome completo do segurado:			
62 - Nome completo do segurado:			
63 - Nome completo do segurado:			
64 - Nome completo do segurado:			
65 - Nome completo do segurado:			
66 - Nome completo do segurado:			
67 - Nome completo do segurado:			
68 - Nome completo do segurado:			
69 - Nome completo do segurado:			
70 - Nome completo do segurado:			
71 - Nome completo do segurado:			
72 - Nome completo do segurado:			
73 - Nome completo do segurado:			
74 - Nome completo do segurado:			
75 - Nome completo do segurado:			
76 - Nome completo do segurado:			
77 - Nome completo do segurado:			
78 - Nome completo do segurado:			
79 - Nome completo do segurado:			
80 - Nome completo do segurado:			
81 - Nome completo do segurado:			
82 - Nome completo do segurado:			
83 - Nome completo do segurado:			
84 - Nome completo do segurado:			
85 - Nome completo do segurado:			
86 - Nome completo do segurado:			
87 - Nome completo do segurado:			
88 - Nome completo do segurado:			
89 - Nome completo do segurado:			
90 - Nome completo do segurado:			
91 - Nome completo do segurado:			
92 - Nome completo do segurado:			
93 - Nome completo do segurado:			
94 - Nome completo do segurado:			
95 - Nome completo do segurado:			
96 - Nome completo do segurado:			
97 - Nome completo do segurado:			
98 - Nome completo do segurado:			
99 - Nome completo do segurado:			
100 - Nome completo do segurado:			





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. JULIO CÉSAR BEZERRA DE SÁ portador do CPF: 040.180.274-43 e RG: 6.236.003 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências N°1910210125 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 21/10/2019 às 09h e 02min, no endereço AVENIDA LEÃO DOURADO, CAIUCÁ, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X ÔNIBUS tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 04 de Novembro de 2019.


Tiago Azeiteiro

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 04/11/2019.


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior



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:	28/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00051
CONTA: 000000077679-3

Nr. da Autenticação 5CCA1PC31815AB3A





ATENDIMENTO: SIA PR LACERDA - 0000 - 00152 - 0000000 DE 04/05
SIA LACERDA DE 00012-000

[illegible]

RECEBIMOS 05/12/2019 TOTAL A PAGAR 13,48

REAGIR: IDENTIFICAR A EXISTÊNCIA DE R FATORIO PERIGOSO, NO TOTAL DE R\$ 450,00. REAGIR: USAR O DROGO E EVITAR A REAGIR E SUBSTITUIÇÃO DO FORNECEDOR DE AGUA.





ATENDIMENTO: SIA PR LACERDA - 0000 - 00152 - 0000000 DE 04/05
SIA LACERDA DE 00012-000

[illegible]

RECEBIMOS 05/12/2019 TOTAL A PAGAR 13,48

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 8 FATORIAIS PONTUAIS, NO TOTAL DE R\$ 450,00. NEGOCIAR O CREDITO E EVITAR A NECESSIDADE E SUBMISSÃO DO FOMENTO DE AGUA.





R\$ 50,89

VENCIMENTO

10/09/2019

EM55AQ: 19/08/2019

POSTAGEM: 30/09/2019

FATURA: 3942906191

CLIENT: 175844136

CPF/CNPJ: 14.638.750-410

ATTN: # 998a-dtl

DNRPTC AUTOMATED CD: 0000009872335518713

IRINALDO BACCA DA SILVA MONTES
RUA VINTE E TRÊS, JEL. CASA
JARDIM BOA VISTA
05060-000 - CARLIJARI - SP

IMPORTANTE PARA GRINALDO

RE-SUBMIT YOUR COUNTS BY JULY 15, 2002

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ TIM Controle B Plus	R\$ 49,99
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,00

[VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA](#)

WEAR AWAYED
MENSALEADERS

Students were very interested in the

VEICULO	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	M² DIAS	PERÍODO	VALOR
Veículos que não estão cobertos						
TM Controlle B Plus: 0239540019 (088/POS/SMF)	-	-	1	-	-	44,90
TM Model	-	-	1	-	-	104,40
TM Sonco Jerrys	-	-	1	-	-	incluída
Descontos Franquia TM Controlle	-	-	372	-	-	-5,81
Descontos Serviços VAS TM Controlle	-	-	372	-	-	-5,27
					Total de Mensalidades	48,82

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Indica el crédito al débil pagador en sus libros.
LACER: VENE 1000175 PAGO EM CUENTA

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
		1			0,25

MUNICIPIO DE SAN JUAN DE LOS RIOS

É possível ver que os crimes gerados sempre que alguém, com acesso privilegiado a segundinhos, ao App Meu Tm, Para Análises, visita esta comunidade, tem de se ver reduzido Tm. Câmara de Acordamentos, 1996

[illegible]

©2010 The McGraw-Hill Companies. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without prior written permission from The McGraw-Hill Companies, Inc.

ACQUA E CO. CALIFORNIA

HERNÁNDO BARRA Y LA SELVA FONTESS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 00000000000000000000	MÊS DE REFERÊNCIA ACQ/0000	DATA DE EMISSÃO 18/06/2019	DATA DE VENCIMENTO 18/07/2019	VALOR R\$ 50,00
--	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------

total 104.400

[illegible]



Nº Documento: 2019028348763 Registrado: CPMAN00

FATIMA MEMORA DE ÁGUA E ESCOTO

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

AV. S. BOCAL, N. 6348 - PRIMEIRO DE MAIO, CAMARÉ PE. 55012-006
INDUSTRIAL - TEL. 361.380.2351/2352

06434470.9 10/2019-4

seale no. asimetrico: 0004896.0

[illegible]

management and operations in various

CONTINUING FROM PAGE 10

MARCH 25

1111

RECEIVED: 1994-09-01

—(1999) 1999, 1999.

2002

1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 26

FABRICIUS, DE, 1994

BULLOCK & JENKINS

2014年12月31日	1000000
2015年12月31日	1000000

RESEARCH DESIGN

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

(81) 99505-8004

	1997	1998	1999	2000
PIB	41,38	42,45	43,45	44,45
CONTEÚTO	41,38	42,45	43,45	44,45

09/03/2019

97.08

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 11 FÁBRICA(S) FUNDANTE(S), NO TOTAL DE R\$ 598,67. REGULARIZE O SEU DÉBITO E EVITE A REGULARIZAÇÃO E INSCRIÇÃO DO FUNDAMENTO DE AÇÃO.

Submitted: 10/14/2001



ATTENZIONE: 0800-0810195
ALTERNATIVE: 0800-0810195

0800-2813844

85/03/23019

079-044

CÓDIGO DE BARRAS

82890885019-4 87060018041-9 00634876901-5 02201940003-0

NOTA: ILLUSTRAZIONE



APPENDIX 3: MEDICATION





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorelider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 201206 (exceto para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

* Inscrição/Identificação de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

* Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, zelar pela ordem administrativa, receber, examinar e identificar as atividades suspeitas da atividade listada prevista na Lei nº 9.307/96.

Pelo sinistro, eu ESPAULO BAZA DA SILVA PENTE inscrito (a) no CPF nº 781.081.504, 10
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JULIO CESAR BIFFERRE DE SA inscrito
no CPF sob o nº 040.180.274, 43 do sinistro de DPVAT cobertura ENLAVARER da vítima
JULIO CESAR BIFFERRE DE SA inscrito (a) no CPF sob o nº 040.180.274, 43 conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço: <u>Rua 23</u>	Inscrição: <u>0261</u>	Comprovante: <u>2650</u>
Bairro: <u>Est. Boa Vista</u>	Delegado: <u>ROMANOW</u>	Ligação: <u>PP</u>
E-mail: _____	Telefone (comercial/DPO): _____	Telefone Celular COAF: <u>(81) 7927-7909</u>

ROMANOW 12 de DEZEMBRO de 2019
Local e Data

ESPAULO BAZA DA SILVA PENTE
Assinatura do Declarante

DL204_001_H001/0017





Protein: 347441

2 - ATENDIMENTO Data: 24/10/2019 05:52 Medico: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Exam Field: 1000-1000-1000 PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Doi: Trauma	
* Baixo x Crânio Perfil	* Baixo x de Perna
* Baixo x de Tórax AP	* Equerda AP e Perfil
* Baixo x de Bacia AP	* Anterior da Orla Pério

Prescription	Dose	Frequency	Duration
Cefixime 500mg 1 tablet 12h Dr. Vaidya Chennai 02/11/2020	500mg 1 tablet 12h Dr. Vaidya Chennai 02/11/2020	12h 12h 12h Dr. Vaidya Chennai 02/11/2020	12h 12h 12h Dr. Vaidya Chennai 02/11/2020





Data e hora retirada da senha: 21/10/2019 09:40

Nome Paciente: JULHO CESA BIZERRA DE SA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/07/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0011
Convênio:
Atendimento:
SANE:

Período: 21/10/2019 09:42 - 21/10/2019 09:45

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE ORIUNDO DE CARUARU TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLESAD
CARRO/MOTO APRESENTA DOR EDEMA TRAUMA E MIE. POSSIVEL FRATURA DE TIBI E
FIBULA

Medicamento(s): HAS - DM +

Observação: PACIENTE COM MACA SEM SENHA (SAMU)

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?

- EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: (IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A))

Data Impressão: 21/10/2019 09:45

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA			2 - CAGE 242741
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO RECELIANTE			
Identificação do Paciente			
1 - NOME DO PACIENTE João Carlos Silva de Sá		2 - Nº DO PRONTUÁRIO 347441	
3 - DATA NASCIMENTO DO PACIENTE (DD/MM/AA) 02/07/81		4 - SEXO ☒ M ☐ F	
5 - NOME DO PAI Carvalho umbelino de sa		6 - ENDEREÇO DO PACIENTE ☐ RUA ☐ AV. ☐ BR. ☐ OUTRO	
7 - ENDEREÇO DO PACIENTE chav-U		8 - CID-10 ☐ Z00-09 ☐ Z10-13 ☐ Z20-29 ☐ Z30-39 ☐ Z40-49 ☐ Z50-59 ☐ Z60-69 ☐ Z70-79 ☐ Z80-89 ☐ Z90-99	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
9 - PRINCIPAL DOENÇA E SINTOMAS DE INÍCIO HEPES COM CÂNCER PÂNCREAS COEXISTENTE APOC TUMOR			
10 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO diagnóstico			
11 - EXAMES DE LABORATÓRIO, EXAMES DE IMAGEM DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS 12/10/19			
12 - EXAMES DE LABORATÓRIO 12/10/19			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
13 - TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO urgência		14 - CID-10 DO PROCEDIMENTO 12/10/19	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
15 - DATA DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA ☐ 15-01 ☐ 02-02 ☐ 03-03 ☐ 04-04 ☐ 05-05 ☐ 06-06 ☐ 07-07 ☐ 08-08 ☐ 09-09 ☐ 10-10 ☐ 11-11 ☐ 12-12			
AUTORIZAÇÃO			
16 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR		17 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ☐ 1-1 ☐ 2-2 ☐ 3-3 ☐ 4-4 ☐ 5-5 ☐ 6-6 ☐ 7-7 ☐ 8-8 ☐ 9-9 ☐ 0-0	
18 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 12/10/19			

Scanned by CamScanner



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 23/10/19 Horário: 10:00 Registro: 34444 Leito: 36
Nome do Paciente: Jéssica Pinheiro Borges da Silva
Diagnóstico:

EXAME FÍSICO	
Estado Geral: (X) Regular () Comprometido () Grave (X) Normocrizado () Hipocrizado (X) Anictérico () Ictérico () Cícnico (X) Actinótico (X) Hidratado () Desidratado () Anusico	
AValiação Neurológica	
Nível de Consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento () Alento	
Nível de Orientação: (X) Orientado () Desorientado	
AValiação Respiratória	
(X) Espontânea (X) Espontâneo () Deapneico () Taquipneico () Bradipneico	
O2 Suplementar: () Sim (X) Não () Catear Nasal () Macronebulizador () Venturi	
Murmúrios Vesiculares: (X) Presentes () Ausentes () Diminuídos	
Ruídos Adventícios: () Roscos () Sibilos () Estertores () Crepantes (X) Nenhum	
Expansibilidade Torácica Conservada: (X) Sim () Não	
Tosse: () Sim (X) Não () Produtiva () Não Produtiva	
SISTEMA CARDIOVASCULAR	
FC: bpm PA: mmHg Pulso: bpm (X) Cheio () Filiforme () Ausentes	
Acesso Venoso Central: () Sim (X) Não Qual: BNF EM 2T (X) Sim () Não	
Acesso Venoso Periférico: (X) Sim () Não Qual: T65 (21/10)	
SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Nome do Paciente: Jéssica Pinheiro Borges da Silva	
Abdomem: (X) Plano () Globoso () Distendido () Escavado (X) Depressível () Ascítico () Doloroso (X) Não Doloroso RHA: (X) Presentes () Ausentes	
Dieta: (X) LÍQUIDA SNG: () SNE: () P/ Gavage: Sim () Não ()	
Eliminações Intestinais: (X) Presentes () Ausentes Frequência: 12/10	
SISTEMA GENITO-URINÁRIO	
Diurese: (X) Presente () Ausente (X) Espontânea () SVD Aspecto: 12/10	
SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO	
Deambulação: () Sim (X) Não () Com auxílio () Repouso Relativo () Repouso Absoluto	
Mobilidade: () Ativa (X) Passiva	
Imobilização: (X) Sim () Não Tipos: (X) Tala gessada () Tala trasequelética () IMI () Tipoia () Fixador externo () Outros Local: T65	
CURATIVO: () Sim (X) Não () Fechado () Aberto	
Localização: Cobertura:	
Descrição: () Necrose () Fístula () Genução Exudado: () Sim () Não () Pusilento () Seroso () Sanguinolento () Sero-sanguinolento Olor: sim () não ()	
Obs: 12/10	

Procedimentos Realizados:
Paciente admitido em UTI, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, apresentando sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, sendo realizado tratamento com medicação e monitorização.

Scanned by CamScanner





Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (LEITADO)

Admissão: 326235

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S82

CIRURGIA REALIZADA:

Admissão no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/10/2019.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA OSSOS DA PERNA ESQ

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES:

1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DÍPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 6 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Referência Eletrônica

Data: 24/10/2019 às 14:26

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRM: 15954

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRM





Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (PACIENTE)

Admissão: 328235

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 05

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JULIO CESAR BEZERRA DE SA é portador do diagnóstico:
«FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ.

CID: «S83.

mantido internado de dia 23/10/2019 a 25/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/10/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades laborais por um período de 150 (CENTO E CINQUENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Mozão, 25/10/2019.

Dr. Alisson Fabiano Fernandes Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 17606
25/10/2019

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CREMEPE: 17606

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Obs: Documentação original para o RAS.

II - Cópia autenticada pelo sistema.

III - Cópia simples fica com o paciente.

F - Declaração está sendo entregue diretamente ao paciente ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/10/2019 às 14:27

Dr. Alisson Fabiano Fernandes Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 17606
25/10/2019

Dr. (s) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:





3200040827



Lauda
Ortopédica
Dr. Paulo de Tasso Silveira Claudino
CRM 11154

Membro titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Júlio Cesar Begenha
do Sá CID S82.2
S82.4

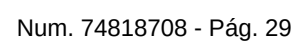
Fratura de tíbia
e fíbula esquerda consolidadas,
vitima de fratura por
ocidente em 21/10/2019.

Foi submetido a cirurgia
(toste bloqueada). Tem
tendinite patelar com o
aquela.

05/03/2020

R. Pedro Jordão, 1552 - Salicó de Nassau - Caruaru - PE
Fones: (81) 3723-2522 - 3345-6620





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: *Unidade de Pronto Socorro*
Nome: *João Carlos Bezerra*
Residência: *Unidade de Pronto Socorro*
Clínica: *Unidade de Pronto Socorro*
Endereço: *C.O. 522.2*

Fratura da
diáfise da tíbia
operada em outubro
de 2019. Fratura
consolidada. Apresenta
tendinite patelar
importante com
sequela. Fazendo
fisioterapia. Atende
há mais de 02 (dois)
meses.

09/02/2021
O médico Clínico é responsável por esta prescrição.
Eliete Mendes de Aguiar
1º de Saúde da Família
2º de Saúde da Família
3º de Saúde da Família



GOV DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG 1583509216

JOÃO CÉSAR BRUNO DE SOUZA

CPF 030.000.000-00

DATA DE NASCIMENTO 08/07/1980

SEX M

ENDEREÇO AVENIDA BRASIL, 100 - JARDIM BELLA VISTA - RECIFE - PE

PROFISSÃO ADVOGADO

ESTADO CIVIL CASADO

GRUPO SANGÜÍNEO B

TIPO DE SANGUE POSITIVO

DATA DE EMISSÃO 08/07/2010

VALIDADE 08/07/2015

ASSINATURA

PERNAMBUCO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012801444091

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

00795554814

1097734770

NOME/ENDEREÇO

LUCIMARIO JOSE DA SILVA
RUA MANOEL ALVES FEITOSA 12
CASA - JD PANORAMA BOA VISTA
CARUARU-PE 55039-650

OFÍCIO

848.424.454-48

PLACA

9CR1959

VEÍCULO ANTERIOR

MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUARU

PLACA ANTIGA

CHASSI

9C2JCS900HR001202

ESPECÍFICO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125I PAN

ANO FAB

2016

ANO MOI

2017

CAP/MOT/CL

22/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

20162762

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

[Assinatura]

CARUARU-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Idente DETRAN/PE

Scanned by CamScanner



**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: 3200040827

Nome do(a) Examinado(a): JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Endereço do(a) Examinado(a):

Avenida Dom Bosco, 340 - Caruaru - PE - CEP 55012-550

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6236003

Data e local do acidente: [21/10/2019] Caruaru

Data e local do exame: [18/02/2020] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de tíbia e fíbula esquerda.

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

Não houve os de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, sem edema realçado localizado e redução moderada de amplitude de movimentos do tornozelo e antebraço da tornozelo esquerda.

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

[X] Sim [] Não

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

Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tíbia e placa e parafusos na fíbula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

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

[X] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem seqüela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

Tomozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100%

completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100%

completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100%

completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100%

completo

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



André Rodrigues Madureira - CRM: 18953 - PE



320-040827



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredolider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e pedidos): Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04 / Das 08 às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800-022-0180 / SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800-022-12-06
Canal de Denúncia: 0800-591-3066 / Ouvidoria: 0800-021-91-35

Número do pedido DPVAT: 3200/040827
Nome do beneficiário: Nilo César Cordeiro de Sá
Nome do solicitante: Nilo César Cordeiro de Sá
Data de solicitação: 07-07-2020
CPF do beneficiário: 040180274-43
CPF do solicitante: 040180274-43

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99877-769
Tel. Comercial: ()
Tel. Residencial: ()
E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDA DA NEGATIVA ☒ DISCORDA DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informo quais documentos estão sendo anexados:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo de TMI
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Outros documentos complementares
☐ Outros: (OBRIGATORIO)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Sr. DANIEL, vindo de 14/02 desta forma, minha intenção pelo valor recebido de R\$ 50.000,00 por invalidez, por isso, preciso o novo relatório por parte do acompanhamento hospitalar, que os médicos não conseguiram fazer o diagnóstico e foram enviados para o hospital de São Paulo o Leão de Anjos Hospital, assim sendo, feito o diagnóstico de uma nova reanálise médica, uma nova análise e uma nova avaliação. Os documentos anexados são os seguintes: Laudo de TMI, Boletim de Ocorrência, e outros documentos complementares. Os documentos anexados são os seguintes: Laudo de TMI, Boletim de Ocorrência, e outros documentos complementares. Os documentos anexados são os seguintes: Laudo de TMI, Boletim de Ocorrência, e outros documentos complementares.

Local e Data: 07.07.2020.
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a cargo):
Nilo César Cordeiro de Sá

IMPORTANTE:

Obrigado de preencher todos os dados, informar o local onde reside e o endereço para envio do documento em que deve ser enviado ao pedido do Seguro DPVAT.
O beneficiário ou o representante legal deve assinar o formulário e anexar o documento em que deve ser enviado ao pedido do Seguro DPVAT.
O não preenchimento poderá ocasionar a perda de seu benefício, indenização, valor e custos, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a cargo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula esquerda.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, com edema residual localizado e redução moderada da amplitude de movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tíbia e placa e parafusos na fíbula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula esquerda.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, com edema residual localizado e redução moderada da amplitude de movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tíbia e placa e parafusos na fíbula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data de análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

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

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento de Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: VÍTIMA PERICLIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data de análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE), ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento de Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PÁG. 6, RESUMO DE ALTA HOSPITALAR.

X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data de análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

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

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento de Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: **PÁG. 2_LAUDEO MÉDICO.

**VÍTIMA PERICIADE EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data de análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

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

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento de Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE
TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: VÍTIMA PERICLIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA
CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data de análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

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

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento de Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: **PÁG. 2_LAUDEO MÉDICO.

**VÍTIMA PERICLIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data de análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE), ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento de Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PÁG. 6, RESUMO DE ALTA HOSPITALAR.

X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Julio Cesar Bezerra de Sá
brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: VENDEDOR
RG nº 6226003, CPF/MF nº 040.180.224-43, com
endereço residencial na AV. DOM BOSCO, N.º 340 - MARINHO
DE ALISSOL - GUAJAN - PE

OUTORGADO:

Nome: INIVALDO BEZERRA DA SILVA BATEL
brasileiro (a), estado civil: CASADO, RG nº 41.04099
CPF/MF nº 750.087.504-40, com endereço residencial na
Rua 03 - P.º 201 - Boa Vista - GUANAM - PE

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT, por natureza INVALIDIZ da Vítima Julio Cesar Bezerra de Sá CPF/MF nº 040.180.224-43 cujo Sinistro ocorreu no dia 21.10.2019.

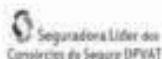
Guajana, 18 de NOVEMBRO de 2019.



Julio Cesar Bezerra de Sá
Outorgante



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.183.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data de apresentação: 20/03/2020
Nome: IRINALDO BADA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

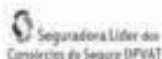
Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: Steffany Caroline Lins Veloso
CPF: 115.936.994-24

IRINALDO BADA DA SILVA PONTES

Steffany Caroline Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.183.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 84 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data de apresentação: 07/07/2020
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.067.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-34

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IMI
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

IRINALDO BADIA DA SILVA PONTES : 784.087.504-10

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

JULIO CESAR BEZERRA DE SA : 040.180.274-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data de apresentação: 24/01/2020
Nome: IRINALDO BADIA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

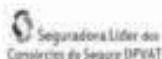
Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BADIA DA SILVA PONTES

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JULIO CESAR BEZERRA DE SA : 040.180.274-43

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h: 4020-1596 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data de apresentação: 17/02/2020
Nome: IRINALDO BADIA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BADIA DA SILVA PONTES

Steffany Carolyn Lins Veloso

