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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190679125 **Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA**

Data do Acidente: 26/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELIO LIBORIO 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

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

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190679125 **Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA**

Data do Acidente: 26/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), HELIO LIBORIO 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

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

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190679125 **Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA**

Data do Acidente: 26/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELIO LIBORIO 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$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R$ 2.531,25

Recebedor: **HELIO LIBORIO DA SILVA**
Valor: **R$ 2.531,25**
Banco: **104**
Agência: **000000923**
Conta: **0000071596-4**
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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: 172.212.854-20 | 4 - Nome completo da vítima: Nelio Hilario da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Nelio Hilario da Silva | 6 - CPF: 172.212.854-20

7 - Profissão: Autonomo | 8 - Endereço: Rua dos Maces | 9 - Número: 1245 | 10 - Complemento: D

11 - Bairro: Arruda | 12 - Cidade: Recife | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 52320-320

15 - E-mail: | 16 - Tel(DDD): (81)3011-3224

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0923 (informar o dígito se existir) CONTA: 73596-4 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou neto(a)/ascendente? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda 02 dezembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ÁGUA FRIA
16ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA - DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0106002181

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2019** às **15:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **26/6/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ARRUDA (BAIRRO), 1** - Bairro: **ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \AGENTE)
JEREMIAS DE SOUZA FERREIRA (OUTRO)
HELIO LIBORIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): HELIO LIBORIO DA SILVA

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

HELIO LIBORIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1439664/SSP/PE (RG), 17221285420 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 984298918**

Endereço Residencial: **RUA DAS MOCAS, 1148 - CEP: 50000-000 - Bairro: AGUA FRIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEREMIAS DE SOUZA FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEREMIAS DE SOUZA**

FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): **HELIO LIBORIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGA0691** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Descrição: **WUYANG WY49Q2**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CITADA E AO CHEGAR NO BAIRRO DO ARRUDA NAS PROXIMIDADES DO BAR DO BEL, SE ENVOLVERA UMA COLISÃO COM OUTRA MOTOCICLETA,, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA A UPA DA CAXANGÁ E ATENDIDO COM O Nº 01306228 .

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

HELIO LIBORIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **SILVANO PEREIRA SOARES** - Matrícula: **3948638**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: 172.212.854-20 | 4 - Nome completo da vítima: Nelio Hilario da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Nelio Hilario da Silva | 6 - CPF: 172.212.854-20

7 - Profissão: Autonomo | 8 - Endereço: Rua dos Maces | 9 - Número: 1245 | 10 - Complemento: D

11 - Bairro: Arruda | 12 - Cidade: Recife | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 52320-320

15 - E-mail: | 16 - Tel(DDD): (81)3011-3224

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0923 (informar o dígito se existir) CONTA: 73596-4 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou neto(a)/ascendente? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda 02 dezembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO LIBORIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00923

CONTA: 000000071596-4

Nr. da Autenticação 6D55024EB338B9DD

CELPE

DADOS DO CLIENTE
JONAS DE SOUZA FERREIRA

CPF: 029 836 474-01

ELABORAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
REFERENCIAL

ALAMEDA RECIFE
RECIFE PE
51120-331

7001844780 | 07/2019

28/07/2019 | 20/08/2019

17,57

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	[illegible]	[illegible]	17,57
Acréscimo Bandeira Amarela			0,26
Multa por atraso-NF 000027589 - 16/07/19			0,03
Juros por atraso-NF 000027589 - 16/08/19			0,00
Atualização IGPM-NF 000027589 - 16/08/19			3,04
Bônus ITAIPU - art 2º da Lei 10.438/2002			-4,36

TOTAL DA FATURA 17,57

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO CONTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO(kWh)
[illegible]	CAT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

	QUANTIDADE (kWh)	%	VALOR (R$)
KWH			
PIS	17,57	[illegible]	[illegible]
COFINS	17,57	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil Maria Lucinda
Fundação Manoel de Eros Almeida

Nome:
469478-HELIO LIBORIO DA SILVA

Idade: 60a 11m

Nascimento: 24/07/1958

Sexo: MASCULINO

Contatos: - / 81-988493481

Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Endereço: RUA MOCAS DE 1272 A 99999 , 1145 - AGUA FRIA - RECIFE/ PE - CEP: 52121070

Data do Atendimento: 26/05/2019

Prontuário: 00469478

Nº Atendimento: 01306225

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTORICO DE COLISAO MOTO X MOTO
APRESENTANDO DOR EM MAO ESQUERDA E JOELHO ESQUERDO
CONDUZIDO PELO SAMU , REALATO DE INGESTAOID E BEBIDA ALCOOLICA
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VOMITOS

EXAME FÍSICO:

A- VIAS AEREAS LIVRES,COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA.
B- MV EM AHT, SRA . FR:14
C- SEM SINAIS DE SANGRAMENTO EXTERNO, BACIA LIVRE, ABDOMEN INDOLOR.
PA: 120 X80 FC:80
D- PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTE, GLASGOW:
E: LESAO CORTANTE EM MAO ESQUERDA, ESCORIAÇAOES E DOR EM JOELHO ESUQERDO

DIAGNÓSTICO:

RX SEM EVIDENCIAS DE FRATURAS OU LUXAÇOES

PACIENETE AGITADO , XINGANDOM PROFISSIONAIS DO SMU

HD: ESCORIAÇAO EM JOELHO

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **UPA CAXANGA - (SUS BH)**

Data e hora retirada da senha: 2019-05-26 20:14:05

Nome Paciente:	HELIO LIBORIO DA SILVA
Cód. Paciente:	469478
Data de Nascimento:	24/07/1958
Sexo:	Masculino
Idade:	60
Senha:	POR0006
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1306225
SAME:	

Período: 2019-05-26 20:14:05 - 2019-05-26 20:24:37

Prioridade:	URGENCIA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO. REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO + FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM MID. PACIENTE TRAZIDO A UNIDADE PELA EQUIPE DO SAMU RECIFE BASICA 16/ (OCORRENCIA 633162)
Observação:	ALERGIA- NEGA HAS- REFERE DM- NEGA HGT:112
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Acolhido(a) por: NATHALIA BARBOSA TORRES DA SILVA - COREN: 525005 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-17 07:41:35

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

LAUDO MÉDICO

(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 11/06/2019
PACIENTE: HELIO LIBORIO DA SILVA

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

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

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S821 FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

DATA DE INTERNAMENTO: 05/06/2019

DATA DA CIRURGIA: 10/06/2019

DATA DE ALTA:12/06/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 01/07/2019

MEDICO ASSISTENTE: DR. ALVARO LEO

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: HELIO LIBORIO DA SILVA **Pront.:** 1174443 **Idade:** 60 **Alta:** 12/06/2019 06:47
Reg.: 544465 **Dt. Nasc.:** 24/07/1958 **Admissão:** 05/06/2019 10:57
Sexo: Masculino
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão:
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:
OPERADO,SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal	S82.1	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA BAD FRANCISCO	05/06/2019 10:57	12/06/2019 06:47	7 dia(s)

Orientação:
ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
ANALGESIA + ATB+ACO
FISIOTERAPIA
CARGA ZERO(DEAMBULAR COM MULETAS)
RETORNAR AO AMBULATORIO DE 18/06/2019 PARA DR ALVARO LEO

Tipo de Alta: Médica

Condição de Alta:

Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **HÉLIO LIBORIO DA SILVA, prontuário nº 1174443,** admitido neste hospital em 05/06/2019 com diagnóstico de Fratura de platô tibial esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 12/06/2019.

Recife, 29 de Agosto de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

ANEXO II

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HSA

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Helio Liborio da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 644469

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 3

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

26 - CID 10 PRINCIPAL:

27 - CID 10 SECUNDÁRIO:

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Trat. platô tibial + osteotomia + fratura maléolo + fasciotomia + fenestração

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0408050088 + 0408050080 + 0408060046

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE:

[ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO I [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Placa cmt 4,5mm

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 0710121013110101 3 01

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Placa cmt 4,5m

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 0710121013101910 01

37 - QTDE.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Parafuso esponjoso 4,5mm

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 0710121013107121 4 06

40 - QTDE.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura de platô tibial esquerdo, sendo submetido a procedimento cirurgico, sem intercorrências.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Rodrigo de Souza Mendes Santiago Mourinho

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/06/19

44 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 04619851219 14117

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

Dr. Rodrigo

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

50 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CÓD: 1193

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:644465 Prontuário:1174443 Data de Nascimento:24/07/58 Idade:60 ANO(S)
Nome do Paciente:**HELIO LIBORIO DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DE LOURDES DA SILVA
CPF: 17221285420

Data: 10/06/2019

5	ANESTESISTA	:DR. NATHÁLIA	23638
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANLATO TIBIAL SEM INTERCORRÊNCIAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH
CRM: 22104

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH. CRM: 22104. Data e Hora: 10/06/2019 17:01:49.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:644465 Prontuário:1174443 Data de Nascimento:24/07/58 Idade:60 ANO(S)
Nome do Paciente:**HELIO LIBORIO DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DE LOURDES DA SILVA
CPF: 17221285420

Data: 10/06/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

HIPÓTESE DIAGNÓTICA: FRATURA DE DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
PROCEDIMENTO CIRURGICO REALIZADO:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL 04.08.05.055-1
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS 04.08.06.019-0
TRATAMETO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNICOMPARTIMENTAL 04.08.05.088-8
FASCITOMIA DE MEMBRO INFERIOR 04.08.05.008-0
TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO 04.08.06.046-8

CIRURGIÃO: DR RODRIGO MOUSINHO
1° AUX.: DR ALVARO LEO
ANESTESISTA: DRA. NATÁLIA
ANESTISIA: RAQUI

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
1.RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EXTRA-ARTICULAR MIE
1 DDH + ISQUEMIA E GARROTE +ASSEPSIA E ANTI SSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
2 . INCISÃO POSTERIOR EM "L" POSTEROMEDIAL + DISSECÇÃO POR PLANOS.
3. REALIZADO FASCIOTOMIA E DESINSERÇÃO MUSCULOTENDINEA POSTEROMEDIAL
VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA, SENDO REALIZADA OSTEOTOMIA PARA REDUÇÃO ARTICULAR E FIXAÇÃO DE PLACA EM T 4,5 EM PORÇÃO

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH. CRM: 22104. Data e Hora: 10/06/2019 16:57:50.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:644465 Prontuário:1174443 Data de Nascimento:24/07/58 Idade:60 ANO(S)
Nome do Paciente:**HELIO LIBORIO DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DE LOURDES DA SILVA
CPF: 17221285420

Data: 10/06/2019

PÓSTERO MEDIAL DO PLATÔ SOB ESCOPIA COM PARAFUSOS CORTICAIS CORTICAIS E ESPONJOSO
4 INCISÃO LATERAL PROXIMAL NA PERNA, DISSECÇÃO POR PLANOS, COM FASCIOTOMIA DO COMPARTIMANTO ANTERO-LATERAL DA PERNA E DESINSEÇÃO DO TRATO ÍLIO-TIBIAL NO TUBÉRCULO DE GERDY PROXIMAL, VISUALIZANDO FOCO DE FRATURA
5.REALIZADO OSTEOTOMIA DA TIBIA NO FOCO DA FRATURA, COM ABERTURA DE JANELA OSSEA PARA REDUÇÃO ARTICULAR.
6 REALIZADO MANIPULAÇÃO ARTICULAR E REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA SOB RADIOSCOPIA COM FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FK
7.POSICIONAMENTO DE PLACA LATERAL 4.5 EM L, PASSAGEM DE PARAFUSOS DISTAIS E PROXIMAIS
8. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
9. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Recife,10/06/2019-16:48

Dr. RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH
Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH. CRM: 22104. Data e Hora: 10/06/2019 16:57:50.

Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: HELIO LIBORIO DA SILVA
Reg.: 644465 **Pront.:** 1174443
Sexo: Masculino **Dt. Nasc.:** 24/07/1958 **Idade:** 60
Conv.: RETAGUARDA GETULIO **Admissão:** 05/06/2019 10:57 **Alta:** 12/06/2019 06:47

Admissão:

FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO,SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal	S82.1	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SAO FRANCISCO	05/06/2019 10:57	12/06/2019 06:47	7 dia(s)

Orientação:

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
ANALGESIA + ATB+ACO
FISIOTERAPIA
CARGA ZERO(DEAMBULAR COM MULETAS)
RETORNAR AO AMBULATORIO DE 18/06/2019 PARA DR ALVARO LEO

Condição de Alta: **Tipo de Alta:** Médica

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429

Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

LAUDO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 11/06/2019
PACIENTE: HELIO LIBORIO DA SILVA

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

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

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S821 FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

DATA DE INTERNAMENTO: 05/06/2019

DATA DA CIRURGIA: 10/06/2019

DATA DE ALTA:12/06/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 01/07/2019

MEDICO ASSISTENTE: DR. ALVARO LEO

Victor M. C. Cardoso
CRM-PE 27429

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

SANTA CASA
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:644465 Prontuário:1174443 Data de Nascimento:24/07/58 Idade:60 ANO(S)
Nome do Paciente:**HELIO LIBORIO DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DE LOURDES DA SILVA
CPF: 17221285420

Data: 10/06/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

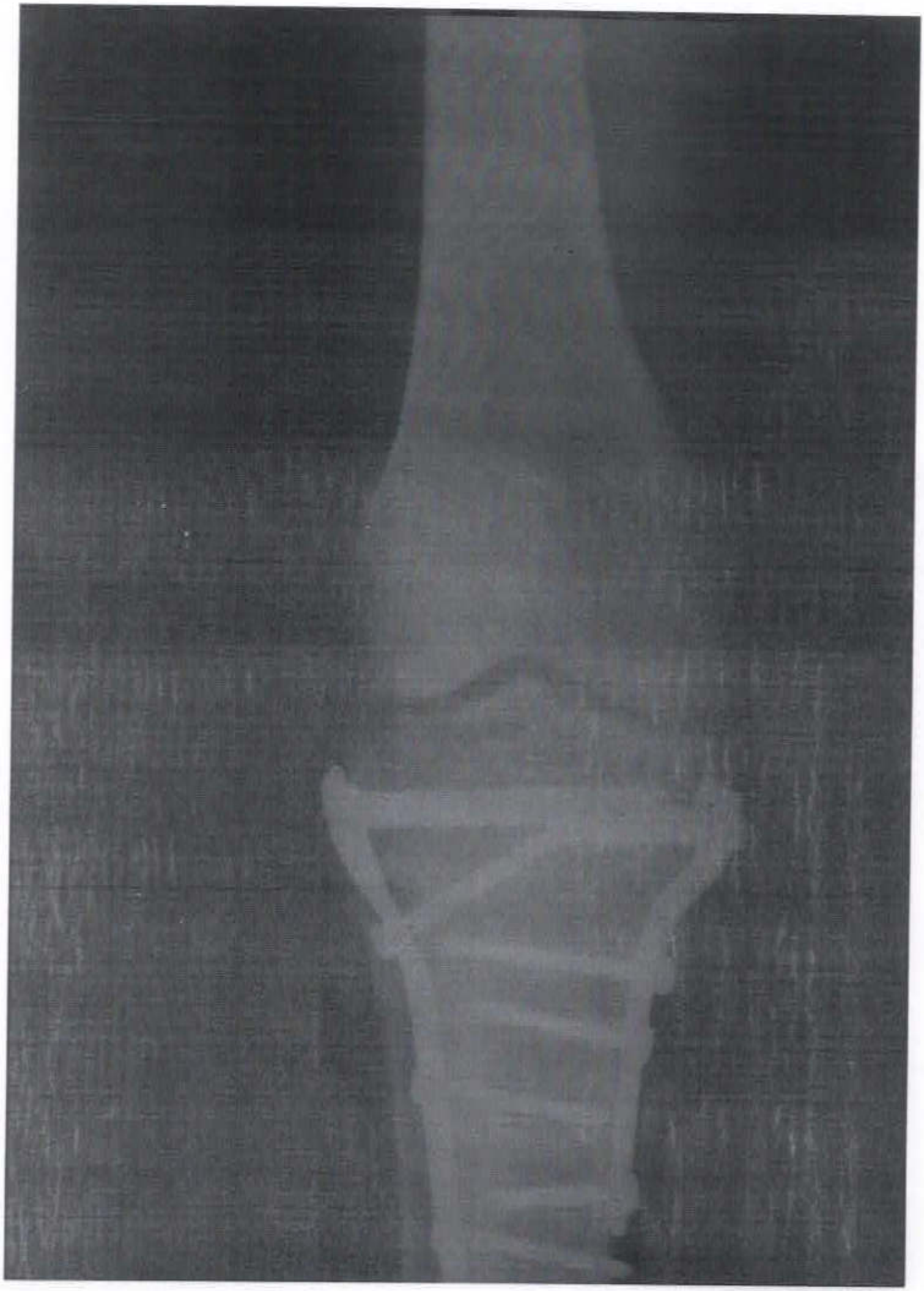
PROCEDIMENTO SOLICITADO:TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL 04.08.05.055-1
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS 04.08.06.019-0
TRATAMETO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNICOMPARTIMENTAL 04.08.05.088-8
FASCITOMIA DE MEMBRO INFERIOR 04.08.05.008-0
TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO 04.08.06.046-8
CÓDIGO: 04.08.05.055-1
04.08.06.019-0
04.08.05.088-8
04.08.05.008-0
04.08.06.046-8

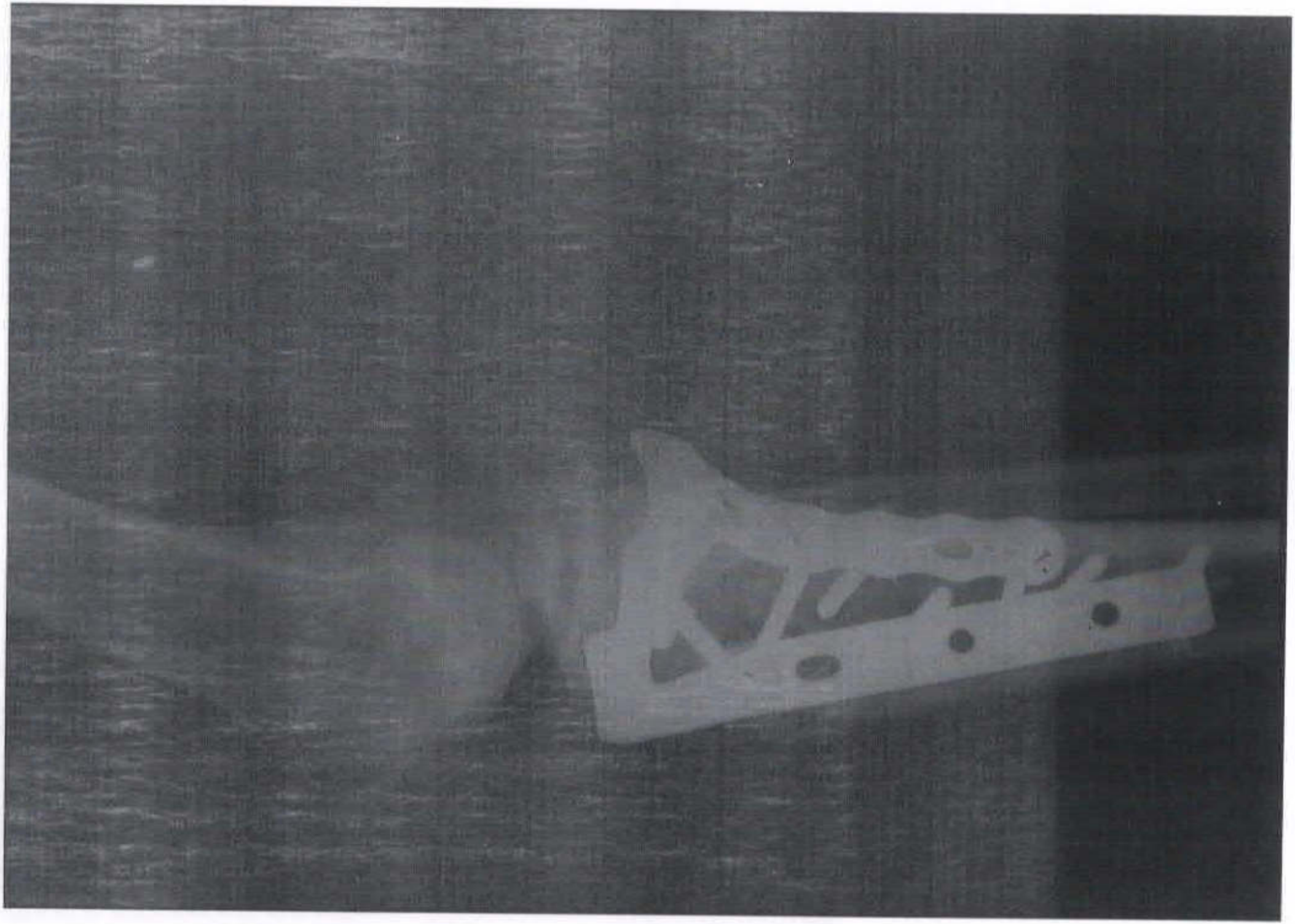
TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL 04.08.05.055-1
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS 04.08.06.019-0
TRATAMETO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNICOMPARTIMENTAL 04.08.05.088-8
FASCITOMIA DE MEMBRO INFERIOR 04.08.05.008-0
TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO 04.08.06.046-8
CÓDIGO: 04.08.05.055-1
04.08.06.019-0
04.08.05.088-8
04.08.05.008-0
04.08.06.046-8

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:DR RODRIGO MOUSINHO	22104
2	1.AUX CIRÚRGICO:	DR ÁLVARO LEO	25517
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH. CRM: 22104. Data e Hora: 10/06/2019 17:01:49.





RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 26/05/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 26/05/2019

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: HELIO LIBORIO DA SILVA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
Paciente Vítima de acidente de motocicleta, e Comum de fratura de Platô

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
Tibial Perna esquerda. Paciente submetido a osteossíntese (Bilateral - COLUNA MEDIAL + COLUNA LATERAL) - Placas
FISIOTERAPIA 40 sessões

ALTA MÉDICA? [X] SIM [ ] NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [ ] SIM [X] NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[ ] A INVALIDEZ É **TEMPORÁRIA**, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] A INVALIDEZ É **PERMANENTE**, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO
1º	Fratura C/Perda Bilateral. Paciente C/dor +
2º	edema CRÔNICA, Rigidez + Fadiga +
3º	Déficit de força + Claudicação na
4º	MTE. Sintomatologia dolorosa 75%
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 26/11/2019 A 26/11/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO
Belém	26/11/2019	

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 1.439.064

NOME ELIO LIBÓRIO DA SILVA

FILIAÇÃO Maria de Lourdes da Silva

Recife-PE. 24-07-1958
NATURALIDADE DATA DO NASCIMENTO

RECIFE, DE 18 fevereiro 1976

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **172.212.854-20**

Nome: **HELIO LIBORIO DA SILVA**

Data de Nascimento: **24/07/1958**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:47:04** do dia **04/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F18C.5703.BA87.A6AE**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

DETRAN-PE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 11255-0 DIR. DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

08:44:06

Controle de Veículos - Relatório Geral Do Veículo

Placa: PCA0691 UF: PE

Renavam: 1074530595

Chassi: LWYMCA206E6016463

Numero do Motor: WY139FMA13356829

Proprietário: JEREMIAS DE SOUZA FERREIRA

Município: OLINDA

Marca/Modelo: I/WUYANG WY48Q-2

Fabricação/Ano: 2013 / 2014

Cor: VERMELHA

Restrições Gerais:

Registro do contrato de Financiamento: Data:

Restrição1:

Restrição2:

Restrição3:

Restrição4:

Observação restrição:

Débitos:

IPVA: Não Valor:

Licenciamento: Não Valor:

Multas IPVA: Não Valor:

Multas: Sim Valor: R$ 2.912,21

DPVAT: Não Valor:

Autuações em Tramitação: Não Valor:

Último CRLV Emitido:

Exercício: 2019

Emissão: 17/01/2019 INFORMATICA-OPERACAO Entrega:

Destino: END. DEFINITIVO Retirante:

Devolução: Motivo:

AR de Postagem: BG370543245BR

Gravame:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679125 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERO LATERAL DO JOELHO DE 25 CM DE EXTENSÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 2 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° COM BLOQUEIO ARTICULAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE, DOR A PALPAÇÃO EM PORÇÃO INFERIOR DA PATELA COM PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA EM FACE LATERAL DO JOELHO, EDEMA ARTICULAR (2+/4+).

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS NO DIA 10/06/2019, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434649/19

Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2019

CPF: 172.212.854-20 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** HELIO LIBORIO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HELIO LIBORIO DA SILVA : 172.212.854-20

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 05/12/2019	Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: HELIO LIBORIO DA SILVA	Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 172.212.854-20	CPF: 115.938.994-24
HELIO LIBORIO DA SILVA	Steffany Caroliny Lins Veloso

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: ***3190679125***

Nome do(a) Examinado(a): ***HELIO LIBORIO DA SILVA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***Rua das Moças, 1145 - Recife - PE - CEP 52120-320***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PE***] ***1439064***

Data e local do acidente: [***26/05/2019***] ***RECIFE PESSP***

Data e local do exame: [***16/12/2019***] ***Goiana*** [***PE***]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

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

AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERO LATERAL DO JOELHO DE 25 CM DE EXTENSÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 2 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° COM BLOQUEIO ARTICULAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE, DOR A PALPAÇÃO EM PORÇÃO INFERIOR DA PATELA COM PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA EM FACE LATERAL DO JOELHO, EDEMA ARTICULAR (2+/4+).

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS NO DIA 10/06/2019, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

Limitação funcional do joelho esquerdo

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Joelho esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14830

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB