



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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CIBELY MONTEIRO DE MELO
MCID019P10
CPF 080 295 814-16 NIS: 16653343813

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

101278559	ÚNICA	16/03/2020
25/03/2020	2002828307	2109812

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SESSENTA E DOIS 20 AP-202 QD
18 BL B - 4 ETAPA

RIO DOCE/OLINDA
OLINDA PE
53080-790

4010241540 03/2020

Salvo o dia 20/03/2020

124.58

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,000000	0,13799624	4,13
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,23656498	16,55
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	85,930000	0,35484747	30,49
Consumo-TE até 30 kWh	30,000000	0,12698082	3,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,21788107	15,23
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	85,930000	0,32652181	28,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,44
Relação de Unidade Consumidora			7,98
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,34
Multa por atraso-NF 089656752 - 21/12/19			1,74
Juros por atraso-NF 089656752 - 21/12/19			1,56
Atualização IGPM-NF 089656752 - 21/12/19			0,27

TOTAL DA FATURA

124.58

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3172964949	CAT	02/03/2020	2 480,00	18/03/2020	2 486,00	16	1,00000
3172964949	CAT	01/03/2020	2 480,00	02/03/2020	2 480,00	1	1,00000
3172964948	CAT	17/03/2020	2 480,00	01/03/2020	2 480,00	13	1,00000

Mês/ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	32,05	32,81%
MAR 20 186				Transmissão	R\$	3,75	3,82%
FEV 20 181	ICMS %	98,25	25,00	Distribuição (Celpe)	R\$	22,78	23,19%
JAN 20 199	PIS %	98,25	1,04	Perdas de Energia	R\$	7,17	7,30%
DEZ 19 167	COFINS %	98,25	4,79	Energias Saturadas	R\$	2,22	2,26%
NOV 19 152				Tributos	R\$	30,28	30,82%
OUT 18 138				Total	R\$	98,36	100%
SET 18 92							
AGO 18 99							
JUL 18 105							
JUN 18 87							
MAR 18 161							

Consumo-TUSD até 30 kWh 0,09545200
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,15363200
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh 0,24544800
Consumo-TE até 30 kWh 0,08713200
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,18057000
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh 0,22696500

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES <i>AP526413</i> 6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES 6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente LUIZ CARLOS DE MELO FILHO	6 - N° Prontuário 136496			
7 - Cartão Nacional do SUS <i>70500782769650</i>	8 - Data de Nascimento 09/07/1987	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RaçaCor <input checked="" type="checkbox"/> 03 - Parda	11 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe ANDREA ARRUDA MONTEIRO	12 - Telefone de Contato 8198775321			
13 - Nome Responsável ANDREA	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) RUA SESSENTA E DOIS, 602 - RIO DOCE	17 - IBGE IDA	18 - UF 260960	19 - CEP PE	53040970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE APRESENTANDO DOR INTENSA COM EDEMA E DEFORMIDADE EM REGIÃO DISTAL DA Perna Direita + FERIMENTO

21 - Condições que justificam a internação
AS MESMAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna Direita

24 - CID 10 Principal

S623

25 - CID 10 Secundário

✓ Z00

26 - CID 10 Causas Associadas

0409050

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA

28 - Código do Procedimento

0408050608

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(CNS) (CPF)

32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

16/05/2020

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

*André Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia*

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - N° Bilhete

41 - Série

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Apos

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

46 - Nome do Profissional Autorizado

48 - Documento

49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

50 - Data da Autorização

*Adauto Lobo
Traumatologia / Ortopedia
CRP 0571 TEOT: 15566*

Código do Laudo:

526411

AIH
262010248317-4

AIH
262010248318-5



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 526413

Usuário: WESLEYFS

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

paciente:	LUIZ CARLOS DE MELO FILHO			Prontuário:	136496		
idade:	32a 10m 8d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	09/07/1987
Profissão:				Escolaridade:			
G.:	6106120	C.P.F.:	06989980494	Telefone:	CEP 53040970		
Endereço:	RUA SESENTA E DOIS , 602 - RIO DOCE				- OLINDA	- PE	
Prigem:	INTERNACAO			Data e Hora da Internação:	16/05/2020 23:48		
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL		
Nidade Internação:	VERMELHA - EMERGEI Acomodação:			ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito:	VERMELHO - LEITO 001	
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA						

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

*ESTUAR
05/06/2020
MADEIRA
FATURISTA*

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

data da Alta: 20,05,20 Hora da Alta: 09:00

motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

condições de Alta: BOAS

Diagnóstico Principal.....: FATIGA ESTÁ 0/01 BEM D

Diagnóstico Secundário01.: REVISADO

Diagnóstico Secundário02.: CCIH-HMA

Procedimento.....: RSF- c/ m. Molo / Prostítulos

*João Marcelo Xavier
CRM- 17.25 Médico e CRM:*

Maria Mayane Ferreira da Silva.

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Andréia Arruda monteiro
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/05/2020 22:37

	<p>Nome Paciente: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO Cód. Paciente: [REDACTED] Data de Nascimento: 09/07/1987 Sexo: Masculino Idade: 32 Senha: 0019 Convênio: - Atendimento: SAME: : 16/05/2020 22:40 - 16/05/2020 22:42 ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A) -</p> <p>Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO Cor: VERMELHO</p> <p>Queixa Principal: VÍTMIA DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 1 HS, APRESENTANDO DOR E FERIMENTO EM MID; NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E ÊMESE NEGA HAS, DM ALERGIA A DIPIRONA</p> <p>Medicamento(s): NEGA</p> <p>Observação: TRAZIDO PELO SAMU</p> <p>Fluxograma sintoma: TRAUMA</p> <p>Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE</p> <p>Especialidade: CIRURGIA GERAL</p> <p>Sinais Vitais Lidos:</p> <ul style="list-style-type: none">- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM- P.A. SISTOLICA: 150.00 MMHG- P.A.DISTOLICA: 96.00 MMHG- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %- TEMPERATURA(C): 36.40 °C <p style="text-align: right;">RJ NEP, ...IA</p>
--	--

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/05/2020 22:42

Aviso de Cirurgia : 64662

Paciente : 136496

Convênio Atend. : 1

Leito : 228

Dt. Início : 17/05/2020 01:25

Sala : 0001 SALA 01

LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

Atendimento : 526413

SUS - INTERNACAO

Carteira :

VERMELHO - LEITO 001

Idade : 32 Anos

Dt. Fim : 17/05/2020 02:40

Cid Pré-Operatório : S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050608

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição Cirúrgica :

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA

CIRURGIA: LIMPEZA CIRURGICA + DEBRIDAMENTO + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO

CIRURGIAO: DR THIAGO DOS ANJOS

1º AUXILIAR: GUILHERME BORBA

2º AUXILIAR: DR ANDRE CHAVES

ANESTESISTA: DR FELIPE

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA É ANTISSEPSIA DE MID
3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS
4. ABORDAGEM DE FERIMENTO EM REGIÃO MEDIAL DISTAL DE PERNAS DIREITA. OBSERVADO PERDA IMPORTANTE DE BSTANCIA ÓSSEA
5. LIMPEZA COM SF 0,9% E DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. REDUÇÃO FECHADA E POSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO. PERMANECENDO INSTABILIDADE IMPORTANTE NO FOCO DE FRATURA
7. VERIFICADA REDUÇÃO ACEITÁVEL PELO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
8. SUTURA COM NYLON 2-0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. VERIFICADA BOA PERFUSÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM/PE 27.749

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM : 16339

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data....: 23/05/2020
Hora....: 20:32

Aviso de Cirurgia : 64758 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 136496 LUIZ CARLOS DE MELO FILHO
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO
Leito : 200 ORTO-502-LEITO 004
Dt. Início : 23/05/2020 18:10 Dt. Fim : 23/05/2020 20:15
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 526413
Carteira :
Idade : 32 Anos

Procedimento: 0408050608 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

RURGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CIRURGIAO 20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
ANESTESISTA 10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNAS DIREITA
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI COM PLACA + PARAFUSOS
CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXILIAR: DR AYRON FERRAZ
2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: DRA SYLVIA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
RETRADA DE FIXADOR EXTERNO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE DE 8CM NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO DISTAL AO FOCO DE FRATURA; INCISÃO DE PELE 4CM NO NA FACE MEDIAL DA PERNAS(1/3 MEDIO)
5. DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE TIBIA;
6. FIXADO FRATURA COM PLACA 4,5 MM EM "T" 12 FUROS COM 04 PARAFUSOS CORTICais 4,5 MM PROXIMALMENTE AO FOCO DE FRATURA, 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS DISTALMENTE AO FOCO.
7. FIXADO MALÉOLO MEDIAL COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS
8. FEKADO TUBÉRCULO DE CHAPUT COM PARAFUSO CANULADO
9. INCISÃO DE PELE POSTEROLATERAL DE 6 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO DISTALMENTE AO FOCO DE FRATURA
10. DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
11. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DA FÍBULA;
12. APOSIÇÃO DE PLACA 1/3 DE CANO DE 8 FUROS FIXADO PROXIMAMENTE 03 PARAFUSOS CORTICais 3,5 MM E DISTALMENTE COM 03 PARAFUSOS CORTICais 3,5 MM;
13. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
14. LIMPEZA COM SF 0,9%;
15. SUTURA POR PLANOS;
16. CURATIVO ESTÉRIL
17. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM-PE 29414

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

DATA DE NASC.: 09/07/1987

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 136496

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
16/05/2020	
23:28	ADMISSÃO
	QPD/HDA: FERIMENTO + DOR + EDEMA EM Perna Direita APÓS COLISÃO CARROxMOTO
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA
	MEDICAÇÕES DE USO: NEGA
	EXAME FÍSICO: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO. NEGA DESMAIO OU VÔMITOS. SNC: ECG: 15 MID: APRESENTANDO DEFORMIDADE E FERIMENTO EM REGIÃO DISTAL. NV PRESERVADO.
	EXAMES DE IMAGEM: FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA
17/05/2020	CONDUTA: INTERNAMENTO + AO BLOCO
02/06	André Chaves de Miranda Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 29416
02/06	# SOT # paciente chegou a procedimento unígido ferimento direito #TO: TA SR
02/06	Guilherme Borba Asselmo Medico CRM-PE 27.749
18/06	Paciente chegou estabil., consciente, orientado, apertado, normotensos, normocordados, normofibras, normoventilados, rales distornas. TO: Salições tópicas RE perna D com fixação. exame + TAE perna D.
19/06	Renatha Fonseca Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 22394
19/06	HO: Fratura exposta de ossos da perna D com fixação dor intenso. Pct instável, consciente, orientado, apertado, normotensos, normocordados, rales distornas. MID: Edema ++/++ Nega lesões quim.
19/06	TO: Fisioterapia motora Acondro mag. enxepida

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

DATA NASC.: 09/07/87

NOME SOCIAL:

REG:136496

IDADE: 32 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 06/05/2020

DATA DA ALTA: 25/5/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DISTAL DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 17/05/2020: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + REDUÇÃO FECHADA E APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
- 213/05/2020: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO +REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA + PARAFUSOS EM TÍBIA DISTAL E MALEOLO LATERAL

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM PISAR COM O MEMBRO OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO, AFEBRIL

FERIDA OPERATÓRIA: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL

OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

João Marcelo Kavic.
Médico
CRM-PE 17.725

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313008 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO **Data do acidente:** 16/05/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.P7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 2/4/5.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

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 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245893/20

Vítima: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

CPF: 069.899.804-94

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2020

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIZ CARLOS DE MELO FILHO : 069.899.804-94

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 da apresentação: 01/09/2020
Nome: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO
CPF: 069.899.804-94

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313008

Vítima: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

Data do Acidente: 16/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

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



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:

06989980494

4 - Nome completo da vítima:

LIVI CARLOS MELO FILHO

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

5 - Nome completo:

LIVI CARLOS MELO FILHO

6 - CPF:

06989980494

7 - Profissão:

MORTONISTA

8 - Endereço:

Rua 62 - 00-18 Bloco B

9 - Número:

20

10 - Complemento:

AP 202

11 - Bairro:

RIO DOA

12 - Cidade:

DUNAS

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53080-790

16 - Tel.(DDD):

81 99284-2398

15 - E-mail:

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO VOTORANTIM (655)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0655

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 3285 188 0

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:

Não

30 - Vítima deixou

nascimento (varascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data,

01/05/2020
Luzia d. Melo

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25
 DIM/7ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0115002040**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/08/2020 às 10:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 16/5/2020 às 21:45

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BRASIL, 1 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL - CEP: 53070-040**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 LUIZ CARLOS DE MELO FILHO (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

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

LUIZ CARLOS DE MELO FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANDREA ARRUDA MONTEIRO Pai: LUIZ CARLOS DE MELO Data de Nascimento: 9/7/1989 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6106120/SDS/PE (RG). 06989980494 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Endereço Residencial: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1023 - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CARLOS DE MELO FILHO
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN9676** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005**
 Descrição: **PROPRIEDADE DE BUENO VALENTIM ALVES DE LIMA**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PELA LOCALIDADE ACIMA CITADA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA ORA MENCIONADA NESTE BO QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA KHX-8321, UM I/VW SPACEFOX SPORTLINE VEIO A COLIDIR NA TRASEIRA DA MOTO QUE A VÍTIMA ESTAVA, VINDO ESTA A

CAIR NO CHÃO E SER SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES CONFORME ATENDIMENTO N° 136496.

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

**LUIZ CARLOS DE MELO FILHO
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO** - Matrícula: **220.926-8**
(Liberado em **27/08/2020** às **11:04**)



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:

06989980494

4 - Nome completo da vítima:

LIVI CARLOS MELO FILHO

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

5 - Nome completo:

LIVI CARLOS MELO FILHO

6 - CPF:

06989980494

7 - Profissão:

MORTONISTA

8 - Endereço:

Rua 62 - 00-18 Bloco B

9 - Número:

20

10 - Complemento:

AP 202

11 - Bairro:

RIO DOA

12 - Cidade:

DUNAS

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53080-790

16 - Tel.(DDD):

81 99284-2398

15 - E-mail:

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO VOTORANTIM (655)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0655

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 3285 188 0

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data,

Olinda 28/10/2020
Roberto J. Melo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

A Nº 05.05.2020.
M: 21.05.2020.

Atendendo ao requerimento do Sr., **LUIZ CARLOS DE MELO FILHO, RG Nº 6.106.120 SSP - PE, CPF Nº 069.899.804-94**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 809573** do dia **16 de maio de 2020**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 21hs e 18min, vítima de acidente com motocicleta, na Avenida Brasil, S/N, Maranguape I - Paulista, nas proximidades do posto BR, sendo em seguida removido para o hospital Miguel Arraes.

*Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista*

Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

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: 15/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000003285188-0

Nr. da Autenticação D13815E1F573423E