



04/01/2021

Número: **0030736-66.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/07/2020**

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	
ISAIAS GOMES DOS SANTOS (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73141557	04/01/2021 16:44	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171992

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Data do acidente: 07/12/2019

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 9
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguredolider.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, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171992

Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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

Carta nº 15762027

Pag. 00069/00060 - carta_1 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradomlider.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, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200171992 Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido, pois não foi entregue.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Pag. 01039V1040 - carta_3 - INVALIDEZ

00005530



Carta nº 15764041





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradonalider.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, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171992

Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVAIUDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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 quadril 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

Recebedor: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001055-3

Conta: 0000040801-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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.seguradonalider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0022300224 - carta_30 - INVAIUDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do anexo ou ASL: 3 - CPF do vítima: 795.850.944-87 4 - Nome completo da vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPRE Nº 445/2013

5 - Nome completo: ISAIAS GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 795.850.944-87
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: R. HORACIO SARDALHA 9 - Número: 288 10 - Complemento: ES
11 - Bairro: VARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.980-050
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 019.855.1.9424

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declara, 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 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (304)

☒ CONTA CORRENTE (somente para bancos)

Nome do BANCO: BRANCO 237

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito de validação)

(Informe o dígito de validação)

(Informe o dígito de validação)

(Informe o dígito de validação)

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

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

Declara, sob as penas da Lei, que não possui responsabilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.294/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento de 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.294/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CM) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Data de nascimento com a vítima:

26 - Última data de comparecimento(s): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a última data de comparecimento(s), informar a razão completa:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou patrimônio (bens)?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder sugere, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar e preencher esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, bem da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a ruga):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a ruga):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a ruga):

38 - 1ª | Nome: JERÔNIMO DOS SANTOS

CPF: 034.799.189-09

Assinatura da Testemunha

39 - 2ª | Nome: ANILTON MARIA SILVA DA SILVA

CPF: 043.922.794-26

Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data: RECIFE PE 02 DE MAIO 2020

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (intercedente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Promotor (se houver)

TPS.001 V002/2015



Nome do Cliente

ISAÍAS GOMES DOS SANTOS

Agencia
01058

Fig. 3

Conta-Corrente
0000000040801

15
16

Seja bem-vindo ao Bradesco!

Sua conta foi aberta com sucesso. A partir de agora, você passa a contar com todas as vantagens de ser cliente Bradesco.

Derivadas das vantagens, destacamos nossa constante preocupação em sempre superar suas expectativas em relação ao atendimento e serviços prestados. Relacionamos abaixo os produtos e serviços que você solicitar na contratação.

- | | | | | | |
|------|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|---|
| 1 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Crédito Flex Bradesco
(Limite de Crédito Pessoal / Limite Cheque Especial / Cartão de Crédito) |
| 2 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Crédito Flex Bradesco (Limite de Crédito Especial / Limite Cheque Especial) |
| 3 - | ☒ | Sim | ☐ | Não | Limite de Crédito Especial / Limite Cheque Especial |
| 4 - | ☒ | Sim | ☐ | Não | Limite de Crédito Pessoal |
| 5 - | ☒ | Sim | ☐ | Não | Adiantamento à Depositante |
| 6 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Invest Fácil |
| 7 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Invest Plus |
| 8 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Cartão de Crédito |
| 9 - | ☒ | Sim | ☐ | Não | Cestas de Serviços |
| 10 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Seguro Primeira Proteção |
| 11 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Débito Automático |
| 12 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Multi Serviço de Cartão de Crédito |
| 13 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | DDA |
| 14 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Talão de Cheques |
| 15 - | ☒ | Sim | ☐ | Não | Cartão de Débito |
| 16 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Conta Salário |
| 17 - | ☒ | Sim | ☐ | Não | Autorização para Envio de Mensagens por Meio Eletrônico |
| 18 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Agendamento de Poupança |
| 19 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Poupa Troco |
| 20 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Beneficiário do INSS |
| 21 - | ☐ | Sim | ☒ | Não | Capitalização |

As solicitações de contratação acima estão de acordo com seu perfil, no entanto os limites de crédito são sujeitos a aprovação e poderão, a qualquer tempo, ser aceitos, total ou parcialmente pelo Bradesco. Sempre que necessário, você será informado sobre os dados específicos da contratação, observados os termos da Proposta de Abertura.

A movimentação da conta e/ou a utilização de qualquer dos serviços contratados caracterizarão a aceitação por você das Condições Gerais da Conta Fácil e dos Serviços, parte integrante da Proposta de Abertura, que estão à sua disposição na Agência Bradesco.

Caso tenha necessidade de novos produtos ou serviços nos procure, estaremos à disposição.

Banco Bradesco S.A.

Fone Fácil Bradesco
Consultas, Informações e Serviços Transacionais.
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022
Demais Localidades: 0800 570 0022
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

SAC - Alô Bradesco: 0800 704 8383
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvridoria: 0800 727 9933 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvridoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

54-2 54-615 November, 1913 498 6015 1 ACTA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0104000986

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/04/2020 às 16:23

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/12/2019 às 11:13

Fato ocorrido no endereço: VARZEA, 1, RUA VALE DO SIRIJÁ, UR-7 VARZEA - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 50810-000
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MOTORISTA DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ISAIAS GOMES DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MOTORISTA DESCONHECIDO

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

ISAIAS GOMES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: RITA MARIA DOS SANTOS Pai: JOSE GOMES DOSSANTOS Data de Nascimento: 30/3/1959 Naturalidade: CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 3882536/SDS/PE (RG), 79585094487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO
Profissão: PADEIRO
Telefones Celulares:
- 986999782
Endereço Residencial: BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 122, RUA ANTONIO DA COSTA FILHO, 122 UR-7 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

MOTORISTA DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: M Data de Nascimento: 1/1/1900 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MOTORISTA DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): MOTORISTA DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PGZ4703 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

CONFORME CERTIDÃO DO CORPO DE BOMBEIRO Nº 2019A PH001426 DIV. OP., QUE ATENDERAM UMA OCORRÊNCIA DE ATROPELAMENTO ENVOLVENDO A VÍTIMA E UMA MOTOCICLETA, QUE FOI ATENDIDO PELA UNIDADE TÁTICA DE

file:///C:/Users/inv/.infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.html

24/04/2020



RESGATE E ENCANINHADA A UPA DA CAXANGA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTA CASA, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO NO FEMO, CONFORME PROTOUÁRIO 1176869.

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

ISAIAS GOMES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAILTON JOSE GOMES - Matrícula: 319707-7
(Liberado em 24/04/2020 às 16:57)



INEXISTÊNCIA DE IML NA ABA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01055-3

CONTA: 000000040801-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2005202005000000000023701055000000040801168750 PAGO





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão n° 2019APH001426 Div. Op.

Com fulcro no art. 5° XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ISAIAS GOMES DOS SANTOS, 50 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG n° 3882536 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF n° 795.850.944-87, residente à RUA OZEBIO ATANASIO, n° 122, , VARZEA UR 7, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 07/12/2019, por volta das 11:13 hs, no endereço: RUA VALE DO SIRIJI, XX, UR 7 VÁRZEA RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo MOTOCICLETA CG START PRETA PGZ4703-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ISAIAS GOMES DOS SANTOS, inscrito sob o CPF n° 795.850.944-87 e Registro Geral n° 3882536, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718028-4 POLIANE. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário n° 1377438. Ficou aos cuidados do médico MAVINIER MENDES, registro 18569. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 09/01/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo n° 2019APH001426.

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



1055/BAIRO CORDEIRO-URÉ
AV CAXANGA, 1319 CORDEIRO
RECIFE-PE
50630-000

00005574

DN13

EMISSÃO - 20200418
ENVEL - 00005574
TP-C



ISAÍAS GOMES DOS SANTOS
R HORACIO SALDANHA 285 CASA B VARZEA
RECIFE-PE
50870-070



7209036539034010000000435230270420

Você acaba de receber
o **Cartão de Débito**
Bradesco Elo Internacional
e todas as informações
que precisa para
utilizá-lo de forma
prática e segura.



ISAÍAS GOMES DOS SANTOS

CARTÃO DE DÉBITO BRADESCO ELO INTERNACIONAL

Além de utilizar o seu cartão para compras e saques no Brasil, você também pode usá-lo para saques no Exterior.

COMO DESBLOQUEAR

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco seguindo as instruções da tela. A partir de então, você já poderá utilizá-lo quando e como quiser.

SENHA

Se este for o seu primeiro cartão

Utilize a senha de 6 dígitos que você cadastrou na agência.

Em caso de esquecimento da senha, realize o recadastramento no Autoatendimento Bradesco com o uso da Biometria. Basta acessar a opção "Cadastrar Senha" e escolher uma nova senha de 6 dígitos.

Se for reposição do cartão

Sua senha continua a mesma.

COMPRI NO DÉBITO

Pague suas compras com o cartão de débito. Basta digitar sua senha de 6 dígitos. O valor exato é debitado na sua conta-corrente, você não precisa esperar pelo troco e, o melhor, não tem cobrança de tarifa. Seu cartão é aceito em milhares de estabelecimentos nas principais maquininhas.

Consulte ou altere seu limite diário de compras pelo Fone Fácil Bradesco > conta-corrente > outros serviços > limites de compra.

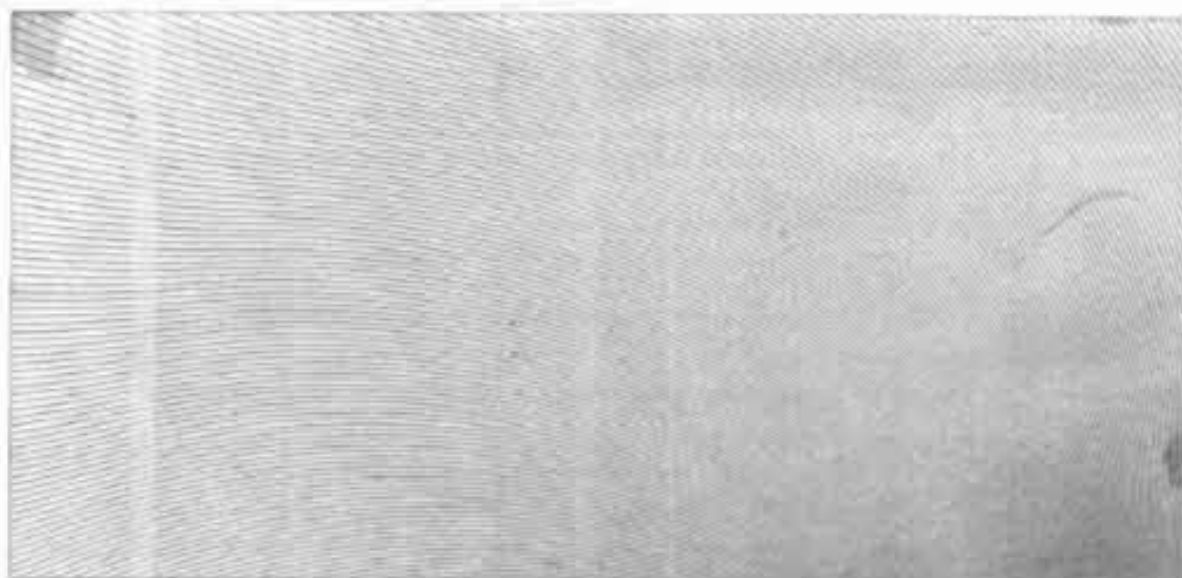
Não acerte as chaves na utilização dos caixas eletrônicos.
Não forneça os seus dados e senhas, e nem entregue o seu cartão a terceiros.
Em caso de perda ou roubo, ligue imediatamente para o Fone Fácil Bradesco ou dirija-se até a Agência Bradesco mais próxima para os procedimentos de cancelamento e reposição do cartão.

 **bradesco**
cartões

Nome do Contribuinte: _____ Número do Documento: _____		Data de Emissão: _____ Data de Vencimento: _____
Valor do Documento: _____ Valor em Letras: _____		Valor em Letras: _____ Valor em Letras: _____

Documento: 73141557 - Data de Emissão: 04/01/2021 - Valor em Letras: R\$ 100,00

 	
 CTD RECIFE PE PL1 FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA RUA CONEJO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A VARZEA 50970-230 RECIFE PE  72 50056536 54180 5000014043 3 0 200220 Versão: 04/01/2021 - Página: 20/02/2021	





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

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou consulte em qualquer agência de um dos membros do Comitê

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1336 / Outras regiões: 0800-022 13 94

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-822 81 29 - SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 13 06 | Central Operadora: 0800-022 81 30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de inscrição do cliente, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECAMF/DOCORIGINAL.ASPX?IPO=1&CODIGO=13636>

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 dos dados envolvidos no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoais, informações acerca da profissão e da fonte 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 de seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, este recusa é passível de comunicação ao COMF.

* Superintendência 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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.131/95.

Pelo exposto, eu, **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.094**, **69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ISAÍAS GOMES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o nº **795.880.944**, **87**

do veículo de DPVAT sobrenome **INVA G DEL** de vítima **ISAÍAS GOMES DOS SANTOS**

inscrito (a) no CPF sob o nº **795.880.944**, **87**, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Esteu ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 289 do Código Penal.

Endereço: RUA CONGO JOSE FERNANDES MACHADOS	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: SALETE	Cidade: RECIFE	CEP: 50.975-250
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com		Tel (DDD): 81 98552-9424 / 81 99472-7859

Local e Data:

RECIFE 04 de MAIO 2020


Assinatura do Declarante

04/05/2020 10:03:20

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

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

Data e hora retirada da senha: 2019-12-07 12:00:06

	Nome Paciente:	ISAIAS GOMES DOS SANTOS
	Cód. Paciente:	310320
	Data de Nascimento:	01/12/1967
	Sexo:	Masculino
	Idade:	52
	Senha:	OR0016
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1377438 
SAME:		

Período: 2019-12-07 12:00:06 - 2019-12-07 12:04:15

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ +-1 HORA. REFERE DOR EM MIE + EDEMA NO LOCAL.

PACIENTE TRAZIDO A UNIDADE POR EQUIPE DE BOMBEIROS (NO: 1329996)

Observação: HAS+
DM +
ALERGIAS-

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 2019-12-09 10:57:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome: 310320-ISAÍAS GOMES DOS SANTOS
Sexo: COMISSÃO: MASCULINO / 81-86999792

Idade: 52a 0m 8d Nascimento: 01/12/1967

Mãe: RITA MARIA GOMES DOS SANTOS

Endereço: RUA VILA OZÉRIO OTANASSIO, 122 - VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50960310

Data do Atendimento: 07/12/2019

Prontuário: 00310320

Nº Atendimento: 01377438

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM QD.

EXAME FÍSICO:

MIE LATERALIZADO
ECG 15 SEM SINAIS DE TC E

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DEFHEUR PROXIMAL ESQUERDO 1

UPA24h
CAXANGÁ
Coord. Médico
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 5090580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
310320-ISAÍAS GOMES DOS SANTOS

Sexo:
Contato: / 81-86999792
MASCULINO

Idade:
Nascimento: 01/12/1967
52a 0m 8d

Não:
Endereço: RUA VILA OZÉRIO OTANASIO, 122 -
VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50960310

Data do Atendimento: 07/12/2019

Prontuário: 00310320

Nº Atendimento: 01377438

Serviço: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAYNIEZ OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Conduta:

DOL RA
ANALGESIA

MAYNIEZ OLIVEIRA CRM: Nº 18569

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844386 / CEA: 976/633000009





Nome:
310320-ISAÍAS GOMES DOS SANTOS

Sexo: Masculino
Contatos: / 81-85999792

Idade: 52a 0m 8d
Nascimento: 01/12/1967

Endereço:
RUA VILA OZÉBIO OTÁNASIO, 122 -
VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50960310

Data do Atendimento: 07/12/2019

Prontuário: 00310320

Nº Atendimento: 01377438

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA TRANSTROCANTERICA ESQUERDA

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOL RX
ANALGESIA, em: 07/12/19 12:09
TRANSFERENCIA
PACIENTE EM LISTA DE CONVENIO



MÉDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

RUA RUBEN DE NESSA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31894366 / CGC: 9767633000609





Nome:
310320-ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Idade: 52a 0m 8d
Nascimento: 01/12/1967

Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-86999792

Mãe:
RITA MARIA GOMES DOS SANTOS

Endereço:
RUA VILA OZÉRIO OTANÁSIO, 122 -
VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50960310

Data do Atendimento: 07/12/2019

Prontuário: 00310320

Nº Atendimento: 01377438

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SÁBADO, 07 DE DEZEMBRO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

SENHA:

QP:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO REFERINDO DOR INTENSA EM RAIZ DA COXA ESQUERDA

EVOLUÇÃO:

ECG 15 SEM SINAIS DE TCE
MIÉ LATERALIZADO

MEDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

RUA KIKÉIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50900580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ISAIAS GOMES DOS SANTOS**, **prontuário nº 1176869**, admitido neste hospital em 08/12/2019 com diagnóstico de Fratura transtrocanterica do fêmur esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 12/12/2019.

Recife, 13 de Fevereiro de 2020.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM-PE 13495

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP: 50040-000 | Fone: (61) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO 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 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HSA

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

ISAIAS GOMES DOS SANTOS

647356

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - ETNIA

12 - NOME DO BOM

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - TELEFONE DE CONTATO

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

20 - UF

21 - CEP

22 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO - ANTERIOR

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO - MUDANÇA

26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

27 - ESPECIALIDADE ORGÃO

28 - CÓD. ESPECIALIDADE

29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Tratamento Cirúrgico de Fratura Transstrocanterica do Fêmur

0408060632 / 0408060123

Esquerdo + Tenoplastia + Osteotomia + Artroscopia

0408060476 / 0408060174

31 - SOLICITAÇÃO DE TIPO DE ORTESE (BASTÃO DE APOIO)

32 - TIPO DE APOIO

33 - TIPO DE APOIO

34 - TIPO DE APOIO

35 - TIPO DE APOIO

36 - Haste N° 11x200mm

0 7 0 2 0 3 0 4 8 1 01

37 - Pino Deslizante N° 105/01

01

38 - Parafuso Cortical N° 30/01

01

Paciente vítima de atropelamento por moto, em via pública, com Fratura Transstrocanterica do Fêmur Esquerdo, Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta hospitalar após melhora.

DR. JOSE VENÂNCIO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10/12/19

39 - DOCUMENTO

40 - Nº DOCUMENTO (IDENTIFICADOR DO PROCEDIMENTO)

0 2 8 9 7 4 9 1 4 0 0

41 - DATA

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (IDENTIFICADOR DO PROCEDIMENTO)

45 - DATA

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





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: 647386 Prontuário: 1176869 Data de Nascimento: 30/03/69 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **ISAIAS GOMES DOS SANTOS** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: RITA MARIA DOS SANTOS
CPF: 79585094487

Data: 10/12/2019

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S721 - FRATURA PERTROCANTERICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocanterica do Fêmur Esquerdo
CÓDIGO: 0408050632

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocanterica do Fêmur Esquerdo + Tenoplastia +
Osteotomia + Artrotomia CÓDIGO: 0408050632 / 0408060123 / 0408060476 / 0408060174

COD	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. José Venâncio	16684
2	1.AUX CIRÚRGICO		
3	2.AUX CIRÚRGICO		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Edgar Peixoto	3802
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de atropelamento por moto, resultando em Fratura Transtrocanterica do Fêmur Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operada. Alta hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO





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: 647386 Prontuário: 1176869 Data de Nascimento: 30/03/69 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **ISAIAS GOMES DOS SANTOS** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: RITA MARIA DOS SANTOS
CPF: 79585094487

Data: 10/12/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura coxofemoral esquerdo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura coxofemoral (osteossíntese com haste bloqueada) + Tenoplastia do tendão glúteo + osteotomia do fêmur + artrotomia coxofemoral

Cirurgião: José Venâncio de Oliveira Junior

Anestesista: Dr Edgar Peixoto

Anestesia: Raquideana

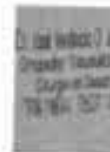
Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em mesa ortopédica
 - 2) Realizado redução incruenta da fratura. Verificada boa redução da fratura através de radioscopia em AP e Perfil
 - 3) Assepsia e antissepsia
 - 4) Aposição de campos cirúrgicos
 - 5) Incisão em face lateral do quadril. Dissecção por planos, tenotomia, artrotomia coxofemoral e hemostasia. Identificado a cortical lateral do fêmur e realizada osteotomia do fêmur e colocado fio guia intramedular e verificado através de radioscopia em AP e Perfil. Realizado fresagem através do fio guia com triplice alargador. Colocado haste bloqueada, realizado bloqueio proximal com 01 pino delizante e bloqueio distal com 01 parafuso cortical de bloqueio. Verificado boa posição dos implantes através de radioscopia. Introduzido parafuso tampão da haste bloqueada.
 - 6) Realizado tenoplastia do glúteo médio (abdutor do quadril)
 - 7) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia.
 - 8) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
 - 9) Curativo
 - 10) Retirado paciente da mesa ortopédica
 - 11) Verificada boa perfusão distal
- Recife, 10/12/2019-12:16

Dr. JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM: 16684

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001

Nome do profissional: JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR CRM: 16684, Data e Hora: 10/12/2019 12:16:55.





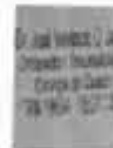
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 647386 Prontuário: 1176869 Data de Nascimento: 30/03/69 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **ISAIAS GOMES DOS SANTOS** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: RITA MARIA DOS SANTOS
CPF: 79585094487

Data: 10/12/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: JOSÉ VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: 16684 Data e Hora: 10/12/2019 12:16:55



Santa Casa de Recife
Relatório Médico de Alta

Nome: ISAIAS GOMES DOS SANTOS
Reg.: 647386 Pront.: 1176869
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 30/03/1969
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 50
Admissão: 08/12/2019 15:59 Alta: 12/12/2019 12:14

Admissão:

FRATURA EM FÊMUR ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação

Unidade

Admissão

Alta/Transferência

Tempo

ENFERMARIA CLOVIS PEXOTO

08/12/2019 15:59

12/12/2019 12:14

4 dia(s)

Orientação

- 1) Agendar retorno para Dr. VENÂNCIO para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX;
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Asmar Sulgado
Traumato-Ortopedia
CREMEPE - 6218





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1569 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

ISAÍAS GOMES DOS SANTOS

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S721

Recife, 12/12/2019

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Traumato-Ortopedia
CREMEPE - 6218



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.882.536 DATA DE EMISSÃO 23/10/2018

NOME << ISAIAS GOMES DOS SANTOS >>

PERIODO << JOSÉ GOMES DOS SANTOS >>
<< RITA MARIA DOS SANTOS >>

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO

RECIFE - PE 30/03/1969

SOC. ORIGIN << 074211 01 55 1972 1 00045 129

0040401 57 CAMARAGIBE PE >>

CPF 795.850.944-87

ASSINATURA DO DETENTOR

118931532610181712.8365615 P-R3 46.409 - 4131

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

INSUFICIÊNCIA PARA ASSINAR

CARTÃO DE IDENTIDADE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/01/2021 16:44:35
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010416443524400000071699262>
 Número do documento: 21010416443524400000071699262

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **ISAAPS GOMES DOS SANTOS**
DATA DO ACIDENTE **09/12/2019** IN DA VITIMA **7915 850 944-87**
PROFISSÃO DA DOCUMENTAÇÃO **Fernanda Brandão de Oliveira**
QUALIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE **1 - TITULO**
A VITIMA É **PROCURADOR**
NOME DO REPRESENTANTE **JOSE FERNANDES MACHADO**
RUA **233** COM **190 N° 1** A **BRASIL** **VIAZEM**
Cidade **Rio de Janeiro** UF **PE** CEP **51070-280**
E-MAIL **fernandabrandao2013@gmail.com** TELEFONE **81 98652-9454**

Marquei de uma caixa documentando a situação

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo
- ☒ Atestado de incapacidade (emitido pela autoridade médica competente) e laudo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171992

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Data do acidente: 07/12/2019

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 9
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	ISAÍAS GOMES DOS SANTOS
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
IDENTIDADE	3.082.536-6 DSI/PE CPF: 795.850.944-8+
ENDEREÇO	R. HORACIO SALGANTHA 283 - VILA REUPE

OUTORGADO	FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	O. 141.955 OP. 056.639.994-69
ENDEREÇO	R. CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO, 233, VAREZA

NOME	ANA PATRICIA DOS SANTOS LIMATO
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	8.903.472
ENDERECO	R. JOSE ANTONIO DA COSTA LIMA, 122 VILA REU

1. TESTEMUNHA	ANDRÉA MARIN SANTANA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	5.696.087 CPF: 043.922.754-26
ENDEREÇO	R. WENIGO JOSE FERNANDES MALMIXOS, 233 - VARGEM GRANDE
2. TESTEMUNHA	JESSICA DOS SANTOS PEREIRA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	8.434.661 SDS/PE CPF: 097.216.924-50
ENDEREÇO	R. MATA GRANDE, 210 - VARGEM - PE/PE 50980-050

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomina e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) ISAÍAS GOMES

DOS SANTOS em 07/12/19 conforme registrado pelo BO em anexo ao processo, tendo como natureza do processo: INVALIDEZ

Po podendo dito(a) procurador(a) representar o (a) outorgante como se o(a) próprio fosse, enfim requerer todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

LOCAL E DATA: C:\naflawhe 1610112020

A RCGO: Uma palavra só? 30m30s

TESTIMUNIA 01

TESTEMUNHA C2:



OBS: Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira do A flog e das testemunhas.

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
ARA PATRICIA DOB SANTOS VINÓTEO
ANUNIA MARIA SANTANA DA SILVA
Carimbo: 05/10/2010 - 15:37:00 R\$ 0,00
+ TAXA 1.84 + FERR 0,00 + FISC 0,00 + FURSC 0,16 + ISS 0,42 Total R\$ 10,12
Consulta em: <http://jws.br/validador>
J0N0170J001.03400 +
1031001.03400
VER DA MOTA MALTA - ESCRIVENTE

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:
JESSICA DOS SANTOS PEREIRA

Camarguê 16/01/2010 - 15:37:34 Enviado: R\$3,50
+ TSNR 0,02 + FERR 0,04 + FERC 0,40 + FUNGEO
0,06 + ISS 0,11 Total: R\$3,09

Consulte em: tjpe.jus.br/validador
Selo: 0076489 WP010103001.01660

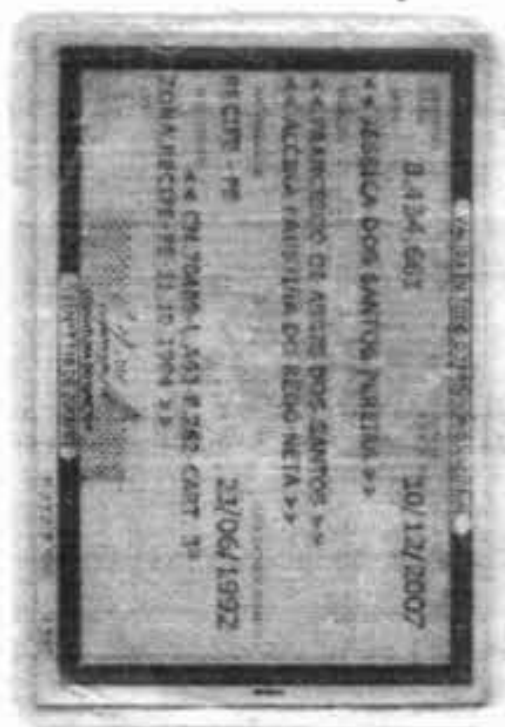
ANA PAULA ALVES DA MOTA MALTA - ESCRIVENTE
AUTORIZADA 037



RECIFE - PE 01/08/1993

105.154.474-20







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134232/20
Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS
CPF: 795.850.944-87
Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 07/12/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

ISAIAS GOMES DOS SANTOS : 795.850.944-87

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: 10/05/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2020
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

