
Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323533

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190323533 **Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA**

Data do Acidente: 05/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323533

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 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: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 0000012943-3

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



Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323533

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

94983895434

Nome completo da vítima:

JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3220

CONTA:

000129483

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

RECIFE, 20 MAIO 2017

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

522945
0161848/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ºCIRC
DIM/7ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114004222**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/05/2019** às **17:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **5/2/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1** - Bairro: **PEIXINHOS** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORES (AUTOR \ AGENTE)
JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO
CARLOS PEREIRA DE LIMA

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

JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** Data de Nascimento: **25/9/1975** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4784144/SSP/PE (RG), 94983895434 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO**
Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares:

- **996455752**
- **985102808**

Endereço Residencial: **AVENIDA GOVERNADOR CARLOS DE LIMA CAVALCANTE, 4308, V TRAVESSA - CEP: 55000-000** - Bairro: **CASA CAIADA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

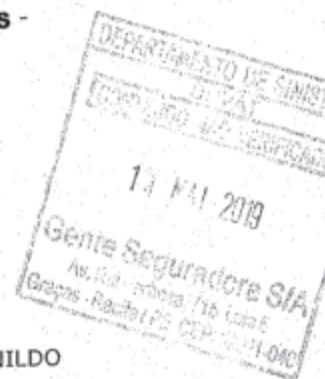
MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFV2767** (PERNAMBUCO/OLINDA)

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

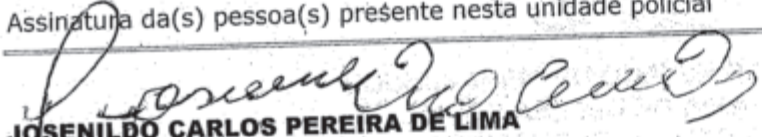
Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL MENCIONADOS ELE CONDUZIA SUA MOTO E COLIDIU CONTRA UM CAVALO QUE ATRAVESSOU A

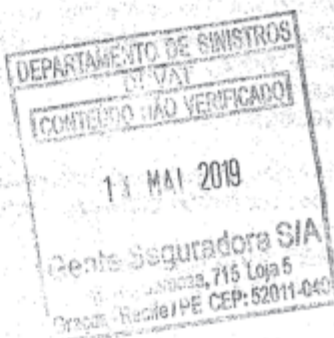


VIA NA SUA FRENTE FAZENDO PERDER O EQUILIBRIO E CAIR COM A MOTO EM CIMA DE UM BLOCO DIVISORIO DA VIA(GELO BAIANO). A VITIMA DECLAROU QUE APOS O ACIDENTE ELE PROPRIO FOI ATE A CLINICA AMAURY COUTINHO PEDIR SOCORRO MEDICO DE LA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ARMINDO MOURA.

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


JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURO CESAR BRANDAO** - Matrícula: **221139-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

94983895434

Nome completo da vítima:

JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3220

CONTA:

000129483

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

RECIFE, 20 MAIO 2017

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Registro Nº 1195 Hora: 08:05 Recepcionista Silene
Unidade de Saúde: 169 Distrito Sanitário: II Data: 05/02/19

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Josemildo Carlos Pereira de Lima
Data de Nascimento: 25/09/75 Sexo: M - Masc. () F - Fem. () 1 - Ignorado
Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda ☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena
Estado Civil: casado Escolaridade: Ensino Médio Completo Profissão: Motorista de Taxi
Nome da Mãe: Maria de Lourdes da Silva
Endereço: R-59 Trav. da Rua Am, 33 Número: 33 Complemento: Olinda CEP: 51000-000
Bairro: Rio do Coque Município: Olinda UF: PE
Acompanhante: NI Meio de Transporte: F -
Procedência: HDA
HDA: Sofreu queda de motorcycle batendo no poste e joelho exposto.
→ dor e hematomas
Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? Ignorado ()
Fator de proteção: Cinto / Capacete Sim () Não () Ignorado ()
Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? Ignorado ()
Indo / Voltando do trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? Ignorado ()
Local de Trabalho: Órgão: Órgão Endereço: Órgão

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()
Outro () Qual? Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual? Ignorado ()
Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? Ignorado ()

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Peso: 75 kg Estatura: 1,70 m Temp: 36,5 °C

B: Respiratório

14 MAR 2019
SISTEMA DE REGISTRO EM SAÚDE
SIA
4. Versão 2.0.15
Recife - PE 01000-000

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: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000012943-3

Nr. da Autenticação 3C90B7ED590A58AB

**SANTANDER FREE**

Nº DO CARTÃO 5447 XXXX XXXX 8059 | MASTERCARD

2/3

Limite Total de Crédito	R\$ 3.640,00
Limite para saque à vista**	R\$ 290,00
Limite disponível em 01/03/2019	R\$ 551,41

A utilização deste limite comprometerá o limite total do cartão.

Parcela esta fatura em: 12 X 134,02	Pagamento Mínimo R\$ 166,24	Total desta Fatura R\$ 985,00
--	--------------------------------	----------------------------------

Se você pagar qualquer valor entre o Pagamento Mínimo e o Total da Fatura, esta diferença será financiada pelo próximo período com os juros do Crédito Rotativo e IOF.

Vencimento
17/03/2019

Parcelas a vencer	Próxima Fatura	Total a Vencer*
Compras Parceladas	R\$ 587,41	R\$ 2.103,59
TOTAL	R\$ 587,41	R\$ 2.103,59

Comatória de todas as parcelas a vencer, incluindo as que vencerão na próxima fatura (demonstradas acima).

Juros (ao mês) para o próximo período

Parcelamento automático	9,99%
Crédito Rotativo	11,59%
Descontos	17,89%
Compras Parceladas com juros	1,99%
Parcelamento de Fatura	9,99%
Total Parcelado	5,49%

Pagando apenas o valor mínimo desta fatura até a data de vencimento, o valor dos juros e dos impostos a ser pago na próxima fatura será de: R\$ 103,25.

Data de fechamento desta fatura	01/03/2019
Revisão de fechamento da próxima fatura	04/04/2019

Conveniência

Parcela o total desta fatura em:

24 X	103,16	18 X	112,17	15 X	120,50	11 X	140,42
08 X	170,33	06 X	208,14	04 X	285,29		

PARA CONTRATAR O PARCELAMENTO DE FATURA:

Faça um único pagamento do valor da parcela escolhida até o vencimento desta fatura. O valor da parcela já inclui IOF e taxa de juros. Cartões em atraso devem consultar a Central de Atendimento Santander antes da contratação.

Benefícios

Período de Acúmulo de Pontos de 16/01/2019 a 15/02/2019

Estas são informações consolidadas de todos os seus cartões que participam do Pontos Esfera.

Saldo de Pontos Anterior:	4.984
(+) Pontos Acumulados por Transações	159
(-) Pontos cancelados/ expirados	62
(=) Pontos Disponíveis:	5.082
Pontos a expirar em 28/02/2019	84
Pontos a expirar em 31/03/2019	217

Para mais informações e consultar o saldo atualizado, acesse www.santanderesfera.com.br ou ligue para a Central de Atendimento Santander.**Importante**O NOSSO PROGRAMA DE FIDELIDADE PASSA A SER GERIDO PELA ESFERA FIDELIDADE S.A, UMA NOVA EMPRESA DO GRUPO SANTANDER. CONSULTE A VERSÃO ATUALIZADA DO REGULAMENTO DO PROGRAMA EM SANTANDERESFERA.COM.BR

Santander	Prefixo 033-7	03399.49281 36981.906005.94607 001024 9 00000000000000			
e do Pagador: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA - CPF/CNPJ: 949.838.954-34					
JOS DE LIMA CAVALCANTE 4308 - CASA CAIADA CEP 53130-555 OLINDA PE					
Número 1600946070	Número do Documento 7097660069133540	Data de Vencimento 17/03/2019	Valor do Documento R\$ 985,00	Valor pago R\$	
filiário					

$\text{Id } \Omega^{\otimes k} \otimes_{\mathbb{C}} S^k(\mathcal{E}) = S^k(\mathcal{E})$, $\text{Id } \Omega^{\otimes k} \otimes_{\mathbb{C}} S^k(\mathcal{F}) = S^k(\mathcal{F})$.

CAC Cartões e Cartões Consignados
 Capôis e Regões Metropolitanas: 4003 0101
 Demais localidades: 0800 888 0181
 Segundo o sábado, das 8h às 22h, inclusive feriados

SAC Cartões Consignados
 Para reclamações, cancelamentos, sugestões, elogios e informações
 gatis sobre o Cartão PAN Consignado: 0800 776 2000
 Atendimento: Segunda a sexta, das 9h às 18h

Ouvir
 Caso não esteja satisfeito com o serviço: 0800 776 9595
 Segunda a sexta, das 9h às 18h



Data de Postagem: 12/04/2019



CTC RECIBE PE PL2



MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA
AV DR CLAUDIO J GUEIROS LEITE 3214
AP 102 JANGA
53437-000 PAULISTA PE



72100718808203700

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PARA USO DOS CORREIOS	
<input type="checkbox"/> 01 - Indicar se <input type="checkbox"/> 02 - Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> 03 - Não Existe Nº Indicado <input type="checkbox"/> 04 - Faltando	<input type="checkbox"/> 05 - Desconhecido <input type="checkbox"/> 06 - Recusado <input type="checkbox"/> 07 - Ausente <input type="checkbox"/> 08 - Não Procurado
<input type="checkbox"/> 10 - Objeto Danificado <input type="checkbox"/> 11 - End. Desconhecido na Localidade <input type="checkbox"/> 12 - Falta Complemento (Cidade/UF) <input type="checkbox"/> 13 - Caixa Postal Cancelada	<input type="checkbox"/> 14 - Falta de Assinatura <input type="checkbox"/> 15 - Assinatura incorreta

Assinatura: _____
 Rubrica do Responsável: _____
 Postado no Serviço Postal em: _____

Data de Postagem: 12/04/2019 - Data do Verificação: 20/04/2019

BANCO PAN
 Av. Paulista, 1.374 10º andar - Bela Vista
 CEP: 01310-100 - São Paulo - SP

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

REMETENTE:

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 488257804,49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSEVILDO CARLOS PEREIRA LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 949838954,34

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSEVILDO CARLOS PEREIRA LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 949838954,34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. DR. CLAUDIO JOSÉ GOMES LEITE</u>	Número: <u>3224</u>	Complemento: <u>APTº 102</u>
Bairro: <u>JANGA</u>	Cidade: <u>PAULISTA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>82-985202808</u>	CEP: <u>53437-000</u>	Tel.(DDD): <u>81-98455782</u>

Local e Data: Recife, 10 Maio 2019

Mauricio Fernando Araujo da Silva
Assinatura do Declarante





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA			6 - Nº Prontuário	122703
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia	
898005148322308	25/09/1975	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	02 - Preta	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA DE LOURDES DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198417489
13 - Nome Responsável	VALDIRA MARIA FERREIRA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA UM, 350 - RIO DOCE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53090093		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE DE 43 ANOS REFERE TER SIDO VITIMA DE COLISÃO MOTO X CAVALO VEM ENCAMINHADO PELA UNIDADE AMAURY COUTINHO, REFERE DOR EM
O ESQUERDO COM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA OUTROS SINTOMAS

AO EXAME: REG, LOTE, EUPNÉICO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO
TEC <2S, COM TALA JOELHEIRA
EDEMA +/4+, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL

21 - Condições que justificam a internação
AS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RAIO X + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA ROTULA [PATELA]

24 - CID 10 Principal

S820

25 - CID 10 Secundário

V299

26 - CID 10 Causas Associada

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	0408050527		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPE) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	1	(X) CNS () CPF	980016001207394
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
FABIO NEUMANN KAUFFMAN	05/02/2019	México CRM-PE 26.720	14368

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº 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 () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar ()
	E2600000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Fagner Athayde Médico Ortopedista CRM 16863 - TEOT 12551	

AIH
261910214647-4

Código do Laudo: 464033

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA** Prontuário: 122703
Idade: 43a 4m 13d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 25/09/1975
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 53090093
R.G.: 4784144 C.P.F.: 94983895434 , 350 RIO DOCE - OLINDA - PE
Endereço: RUA UM
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 06/02/2019 11:00
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-02
Médico Internação: FABIO NEUMANN KAUFFMAN

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 6/2/19 Hora da Alta: _____ : _____

Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

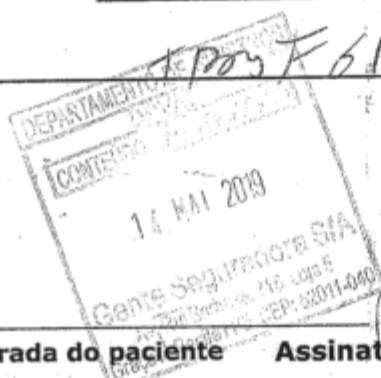
Condições de Alta: BOM

Diagnóstico Principal.....: Frm. de Pólv. 58g

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: Procedimento



Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TEOT 12551

Médico e CRM:

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, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 06 de 10 de VEREIRO de 2015

Joldir Ang Ferreira Naza
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 464033 Prontuário: 122703 SAME: 109567
Paciente..... : JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Endereço..... : RUA UM
Bairro..... : RIO DOCE
Cidade..... : OLINDA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 06/02/2019

Hora Atend: 11:00 Data Atend: 06/02/2019
Idade: 43 a

UF...: PE CEP: 53090093
Plano...: PLANO UNICO

Hora Saída : 10:59

Prestador da Evolução Médica:

FABIO NEUMANN KAUFFMAN

DIAGNOSTICO



FABIO NEUMANN KAUFFMAN / 14368
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/02/2019 10:56

Nome Paciente: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Cód. Paciente: 122703
Data de Nascimento: 25/09/1975
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: 0017
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 464033
SAME: 109567

Período: 05/02/2019 11:28 - 05/02/2019 11:31

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA POLICLINICA AMAURY COUTINHO COM RELATO DE COLISÃO MOTO - CAVALO, COM HD DE FRATURA DA PATELA ESQUERDA HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS. ESCORIAÇÃO EM MSE COM CURATIVO OCLUSIVO

Observação:

NEGA HAS,DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Eliminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

Genere 50/135/00.
- SACR - REGUA DE DOR: 6
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG

REVISADO
NEMI HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro



Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/02/2019 11:31

Atendimento: 464033
Senha da Classificação:
0017
Data e Hora: 05/02/2019 11:00
Paciente: 122703 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 25/09/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
Nome do Pai: ANTONIO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA UM
-- 1 ETAPA
350
Bairro: RIO DOCE
Cidade/UF: OLINDA
PE
Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____
Queixa Principal

Paciente vem encaminhado da UPA amary cutinho após colisão
moto x cauculo com fratura fechada de patela. Nega comorbidades
Nega derrame e outros sintomas

Exame Físico

Reg. LOTE eufórico, normocárdico, normotenso
TCC 2/25 sem sinais de exposição óssea, com escuridão
Tala joelheira

Hipótese Diagnóstico

fratura de patela esquerda

Prescrição Médica

- 1) Diprofona 0,1 amp + AD, EV
- 2) Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, lento
- 3) curativo
- 4) tala
- 5) Raio X + TC

Dr. Hudson Oliveira Rocha
Médico
CRM-PE 20.720

Carimbo do Hospital
05/02/2019

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____ Senha: _____
() Encaminhado ao setor de internação

EVOLUÇÃO CLÍNICA

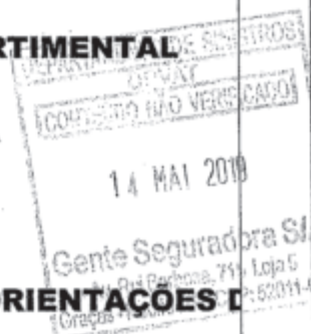
NOME: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA REG: 122703

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
5/2/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
15:55H	<p>PACIENTE DE 43 ANOS REFERE TER SIDO VITIMA DE COLISÃO MOTO X CAVALO VEM ENCAMINHADO PELA UNIDADE AMAURY COUTINHO, REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO COM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA OUTROS SINTOMAS</p> <p>AO EXAME: REG, LOTE, EUPNÉICO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO</p> <p>TEC <2S, COM TALA JOELHEIRA</p> <p>EDEMA +/4+, SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL</p> <p>RADIOGRAFIA: FRATURA DE PATELA ESQUERDA</p> <p>HD: FRATURA DE PATELA ESQUERDA</p> <p>CONDUTA: INTERNO + SOLICITO EXAMES SOB ORIENTAÇÕES DE</p> <p>DR FABIO KAUFMAN</p>
	Dr. Hudysn Oliveira Rocha Médico CRM-PE 26.720
06/02/2019	#807
11h	HD: As mesma
	Paciente segue estável, sem queixas
	sem intercorrências
	Ao exame: REG, LOTE, eupnéico, normocárdico
	TEC <2S

Conduta: solicito exames
Bloco amanhã

Dr. Hudysn Oliveira Rocha
Médico
CRM-PE 26.720



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: João Carlos Pereira REG: 122703
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO: 1/1/19 DATA DA ALTA: 06/02/19
DIAGNÓSTICO: _____

Fract. de PATELA

TRATAMENTO REALIZADO:

Fract. PE. Fechada

ORIENTAÇÃO:

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/19


ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Fagner Athayde
Ortopedista
TEOT 12551
CRM 16403

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

Atendimento: 464226

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 11:00

Dt Alta: 07/02/2019 - 10:00

Paciente: 122703 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 555 VERD2-02

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 44 TRANSFERENCIA EXTERNA

Usuário: ANDERSONSC

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

PACIENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA

ANDERSON DOS SANTOS CORSINO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Armando Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (1620326)

Admissão: 304788

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CD: <<S820>>

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 07/02/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 14/02/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PATELA ESQ

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA ---28/02 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/02/2019 as 14:15

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 8913/CRM-PE 17806
SBOT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (1620326)

Admissão: 304788

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA é portador do diagnóstico: <<FRATURA PATELA ESQ>>.

CPID: <<S820>>

Permaneceu internado do dia 07/02/2019 a 15/02/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 14/02/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 120 CENTO E VINTE) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 15/02/2019.

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17606

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 – Cópia autenticada para a empresa

01 – Cópia simples fica com o paciente

A declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/02/2019 as 14:15

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6913 / CRM-PE 17606
SBOT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 15/02/2019 08:01

Atendimento: 304788 Entrada: 07/02/2019 Hora: 10:36
Acomodação: LEITO 01
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Enfermaria: ENFERMARIA 04
Permanência: 7 Dia(s), 21 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898005148322308

Paciente: 1620326 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Nascimento: 25/09/1975 (43 Anos e 4 Meses)
Endereço: RUA UM
Bairro: RIO DOCE C.E.P.: 53070-400
Cidade: 2609600 OLINDA
Pal: ANTONIO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 94983895434
Identidade: 4784144 - SSP - PE
Telefone: / 987706332
G.Instrução:
Ocupação: PEDREIRO
Naturalidade: CARPINA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 07/02/2019 - 11:55

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

transferido dpo hosiptal miguela rraes para tratamento cirurgico - com tomografia
nega alergias e comorbidades
trauma: 05.02.2019 queda de moto

Exame físico:

escoriações em, antebraço e joelho esquerdo sem sinais de infecção
boa perfusao distal
rxjoelho - fratura cominuta de patela

Hipótese diagnóstica:

fratura patela esquerda

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checagem
01 - internamento	
02 - tala coxopodolica	
03 - pr-eop	
04 - p cardio	

Reavaliação:

Materials Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armino Moura
Hospital Memorial Armino Moura
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

R136 - Ficha de Cirurgia

CTI - Informática

Data: 02/05/2019

Página: 1 15:37

Atendimento: 304788

Aviso: 22272

Paciente: 1620326 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

RG.: 4784144

Idade: 43 Anos e 7 Meses

CPF.: 94983895434

Plano: SUS - ELETIVAS

Telefone: 987706332

Enfermaria: ENFERMARIA 04

Previsto Data: 14/02/2019

Início: 04:00

Duração: 00:30

Acomodação: LEITO 01

Diagnóstico Pré-Operatório

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT DA PATELA POR FIX INTERNA

Anestesia:

RAQUE COM SEDAÇÃO

Data: 14/02/2019 Início: 13:10 Fim: 13:40

Equipe Cirúrgica:

Início: 13:05 Fim: 13:50

Cirurgião: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Anestesista: ADRIANA SIMPLICIO SIMOES

1º Auxiliar:

Aux Anest:

2º Auxiliar:

Consultor:

3º Auxiliar:

Perfusionista:

4º Auxiliar:

Pediatria:

Instrument:

Intensivista:

Diagnóstico Pós-Operatório

Descrição

Diagnóstico Pré-Operatório
FRATURA DE PATELA ESQ

Cirurgia Realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PATELA + QUADRICEPSPLASTIA + TENOPLASTIA PATELAR +
ARTROTOMIA DE JOELHO

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISÃO ANTERIOR EM JOELHO DIREITO
- 4- DIVULSAO POR PLANOS ATE FOCO DE FRATURA COM ARTROTOMIA DE JOELHO PARA ACESSO ARTICULAR
- 5- VISUALIZADA FRAGMENTO PEQUENO E COMINUTO EM POLO PROXIMAL DA PATELA
- 6- REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM BANDA DE TENSÃO EM 8 E CIRCULAR
- 7- REALIZADA TENOPLASTIA DE TENDÃO PATELAR COM LESÃO PARCIAL
- 8- QUADRICEPSPLASTIA COM ALONGAMENTO
- 9- LIMPEZA C SF 0,9%
- 10- SUTURA POR PLANOS
- 11- CURATIVO

Materiais Prosmed

Intercorrências / Observações

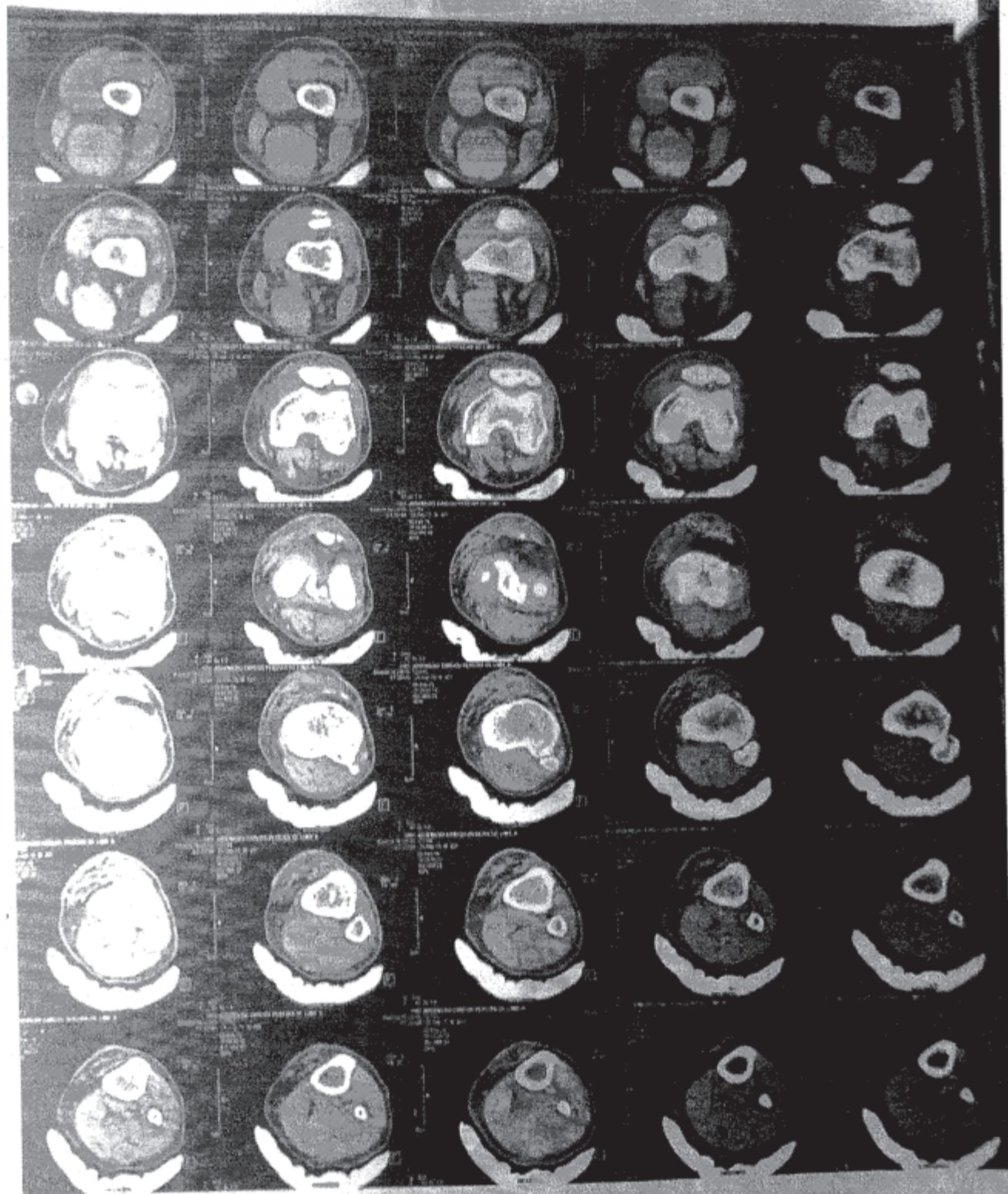
Assinatura do médico

Hospital Memorial Armino Moura
SANE
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (01) 9996-2013
Av. Celso Campesino, 10-PE

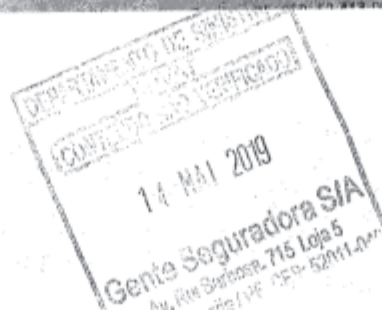


MEGACAT AIRRAIS

8 IMP



Scanned by CamScanner



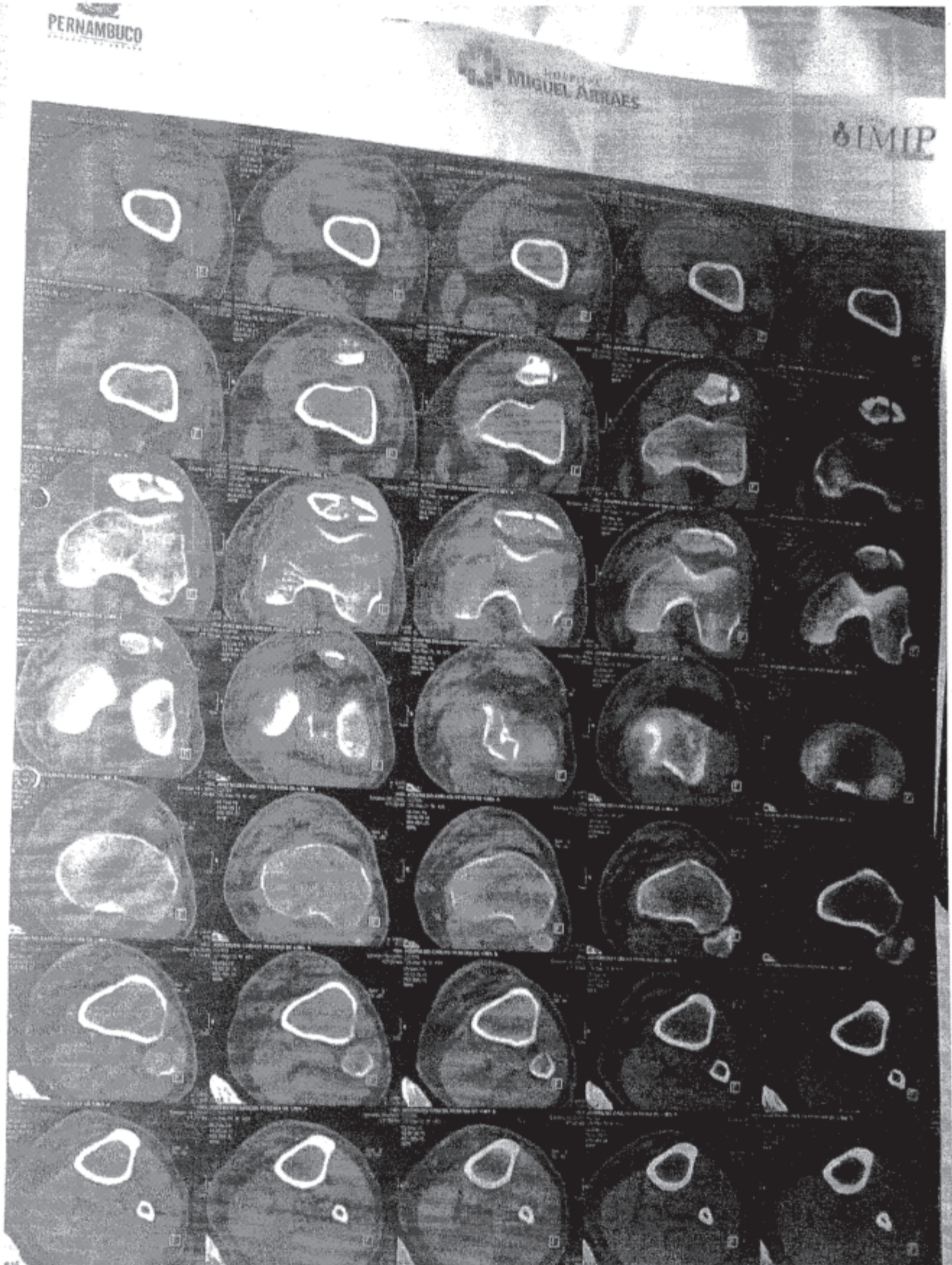
PERNAMBUCO
ESTADO DO BRASIL

HOSPITAL
MIGUEL ARRABAL

IMT



Scanned by CamScanner

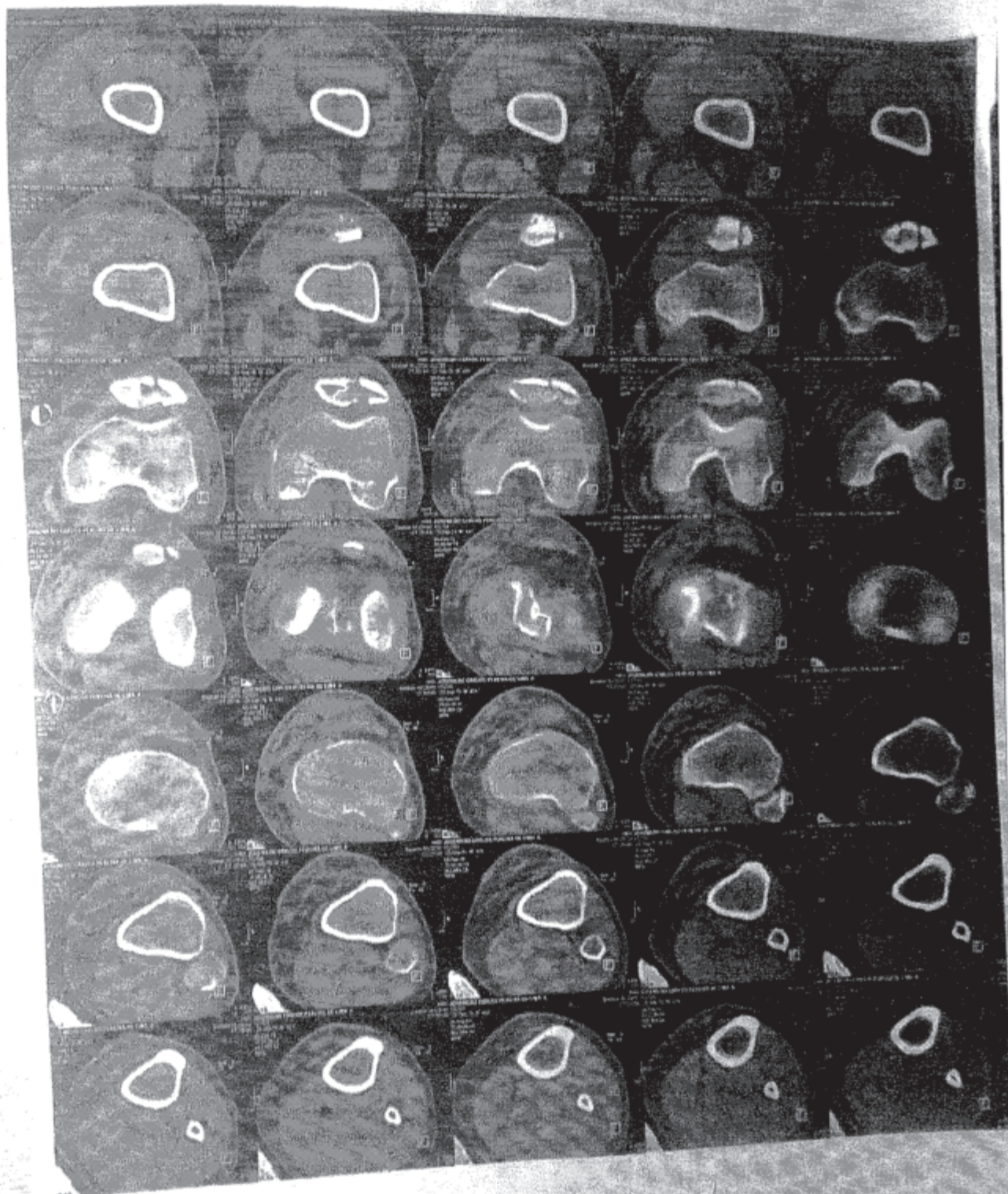


Scanned by CamScanner

PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

MIGUEL ARRABAL

AMIP

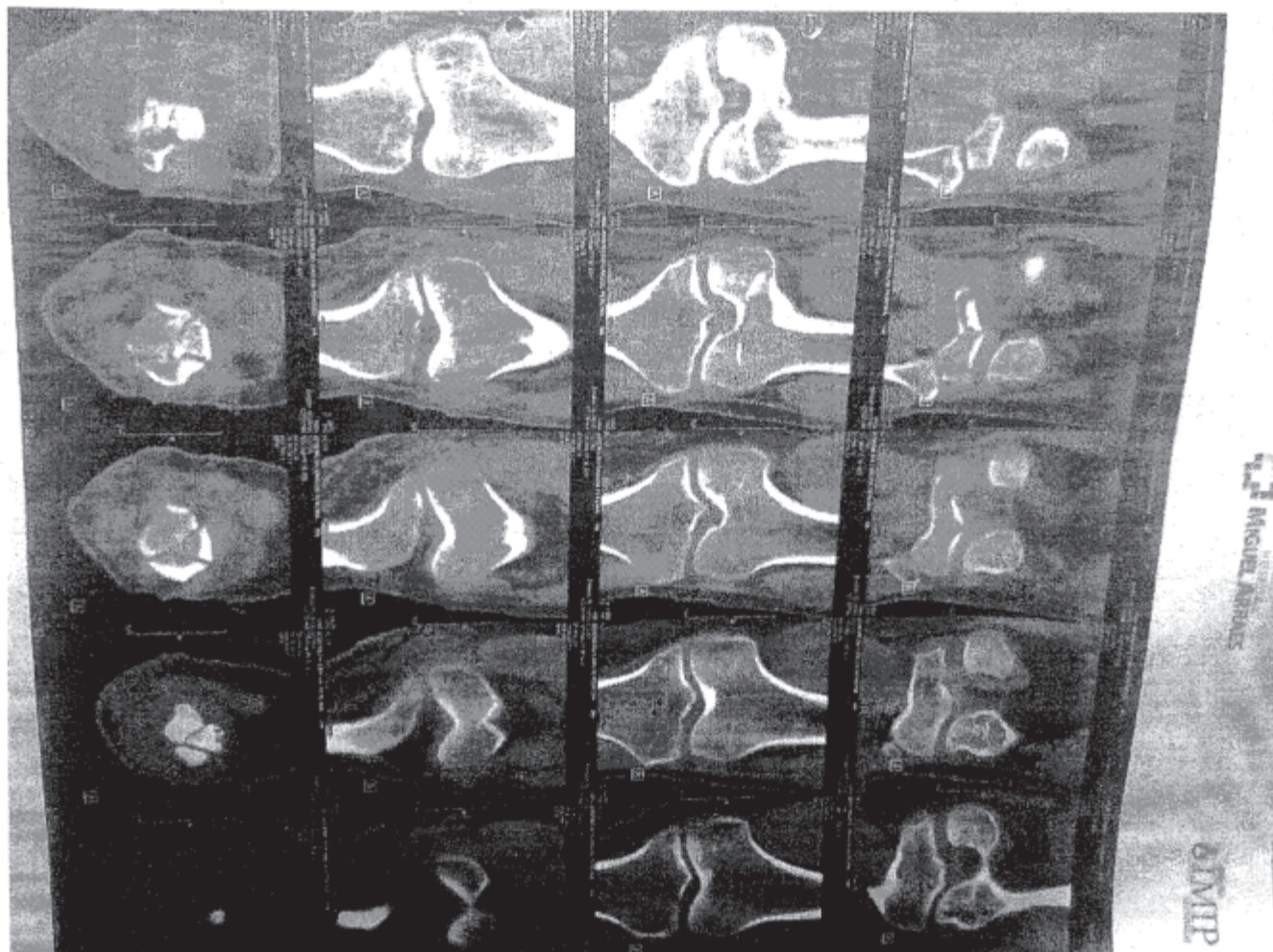


Estrada da Fazendinha S/N, Jaqueira, Paulista, PE CEP: 55.410-000
 PABX: 51-3151-9000 FAX: 3151-9017
 www.amip.org.br

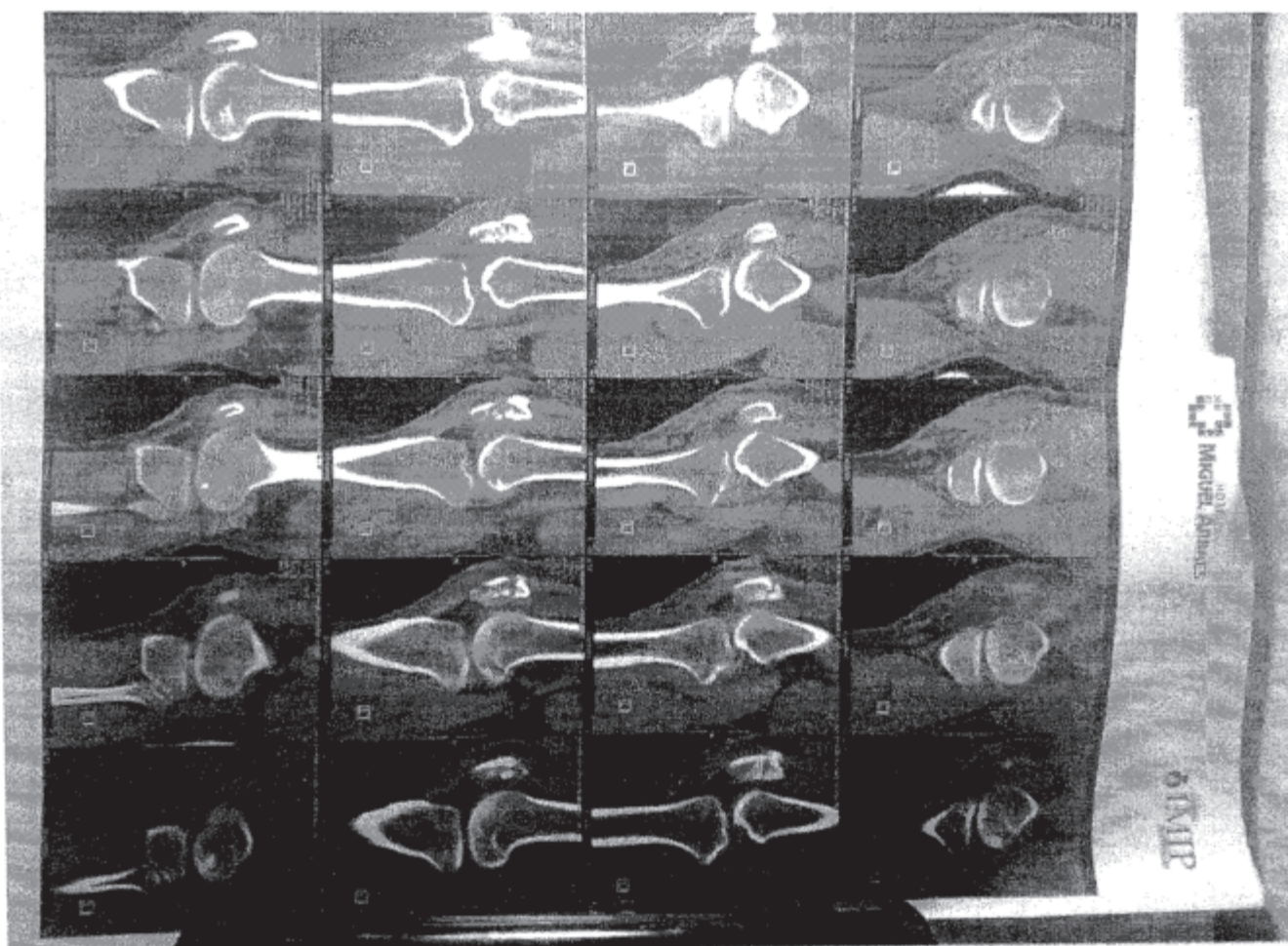
Exatidão de diagnóstico
 Menor dose
 Menor custo
 Menor tempo

DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA
 14 MAI 2019
 Gênto Seguradora S/A
 Av. Rio Sabeana, 715 Loja 5
 Recife - PE CEP: 52014-000

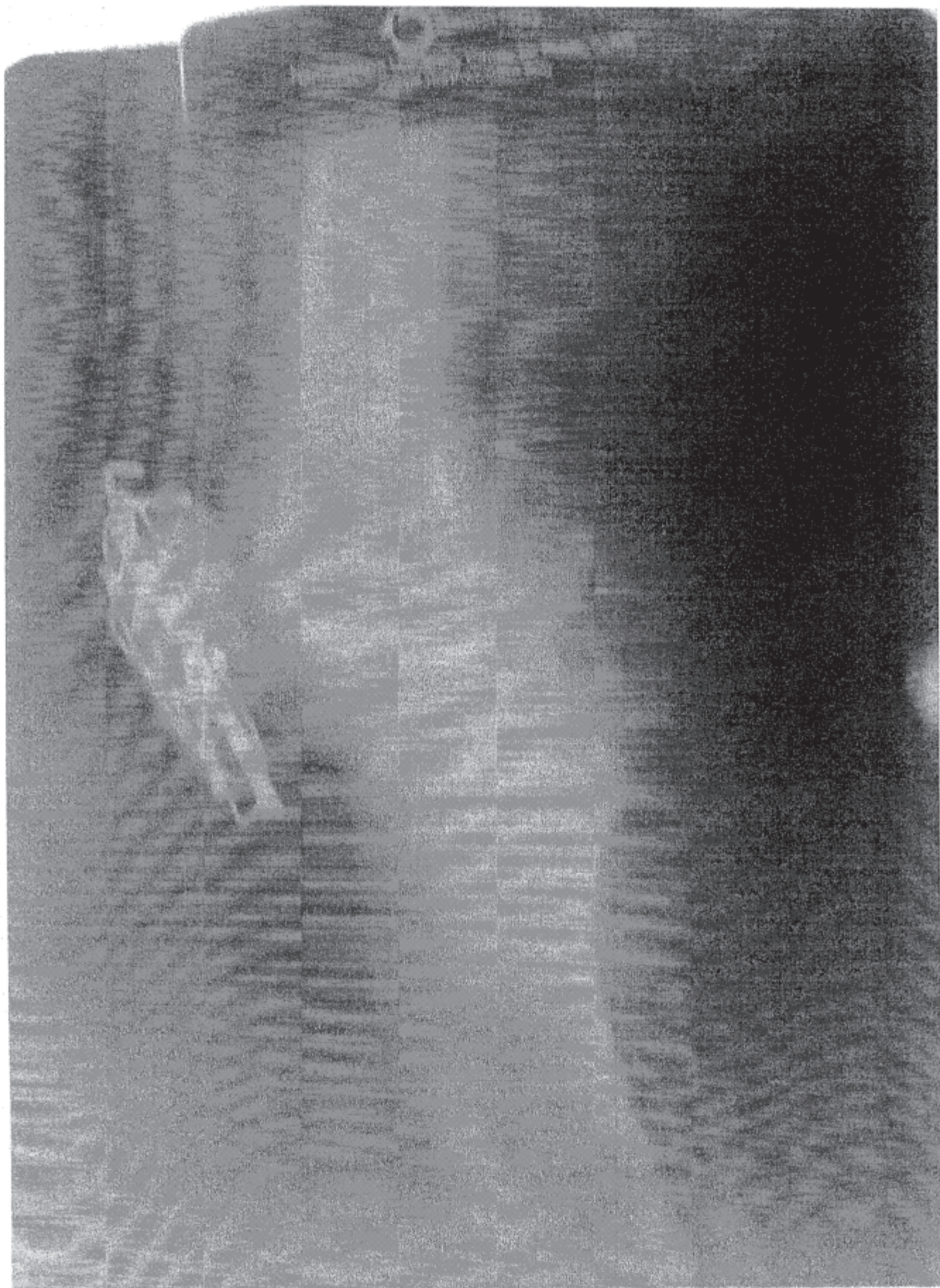
Scanned by CamScanner



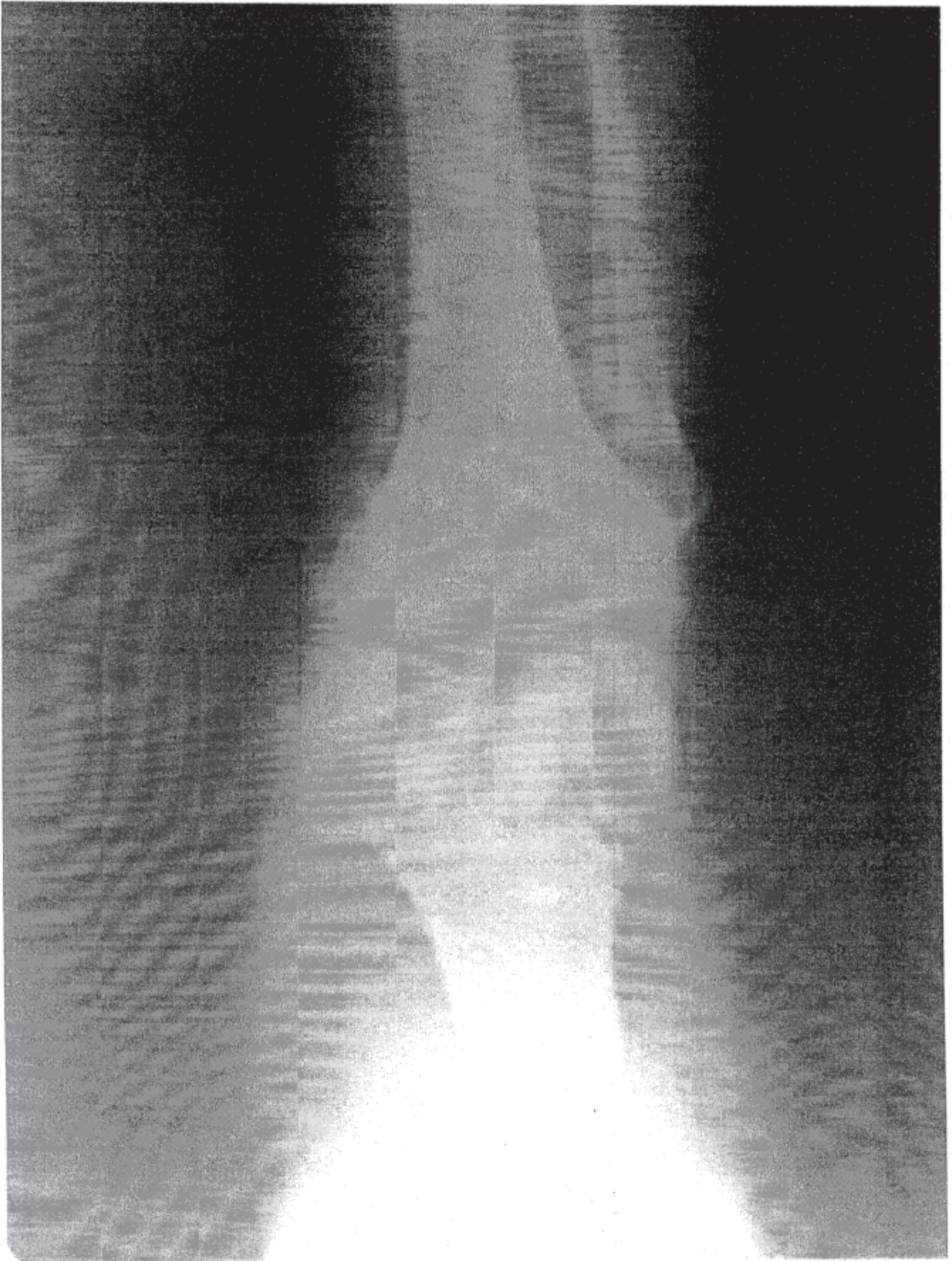
Scanned by CamScanner



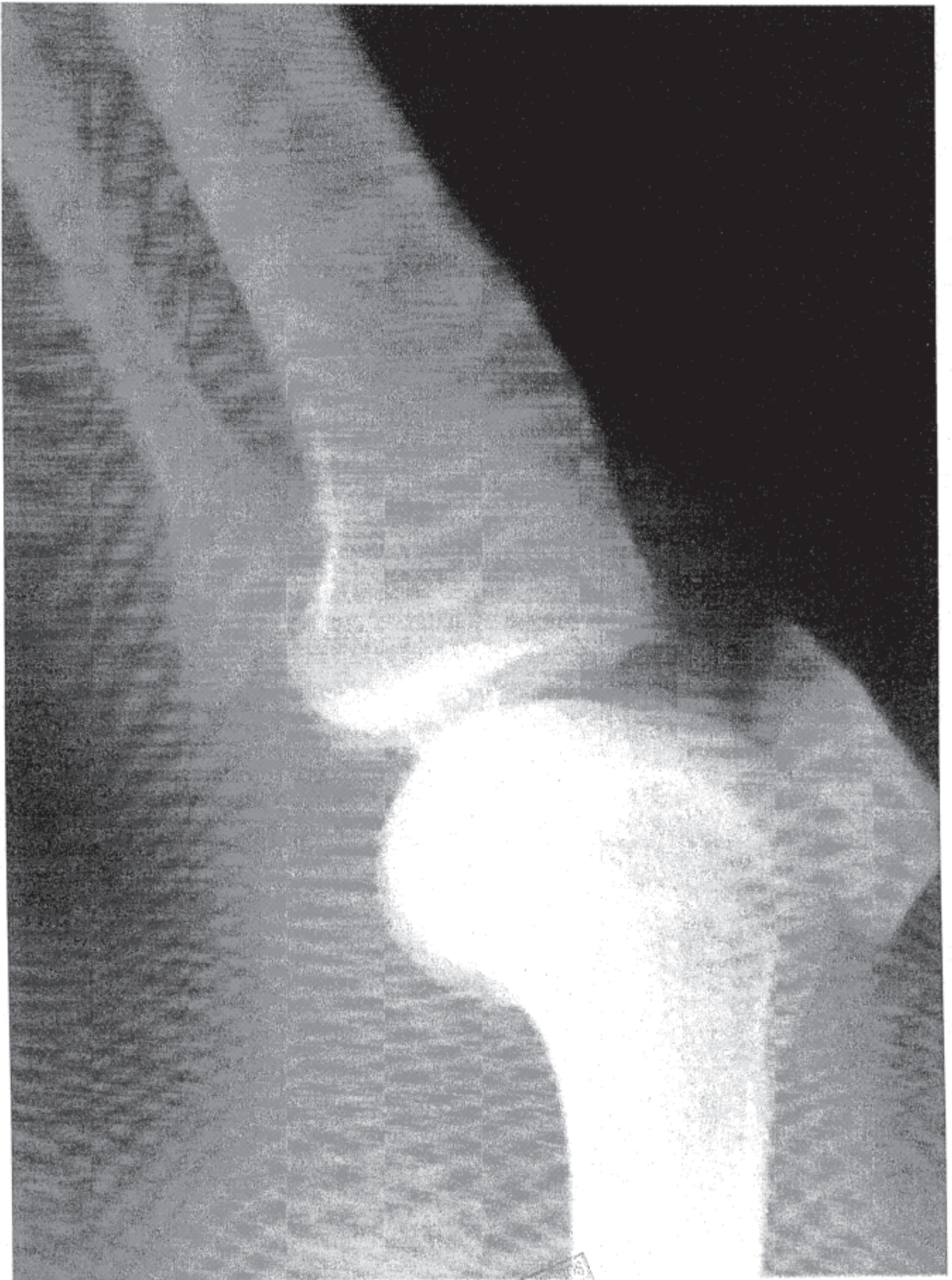
Scanned by CamScanner



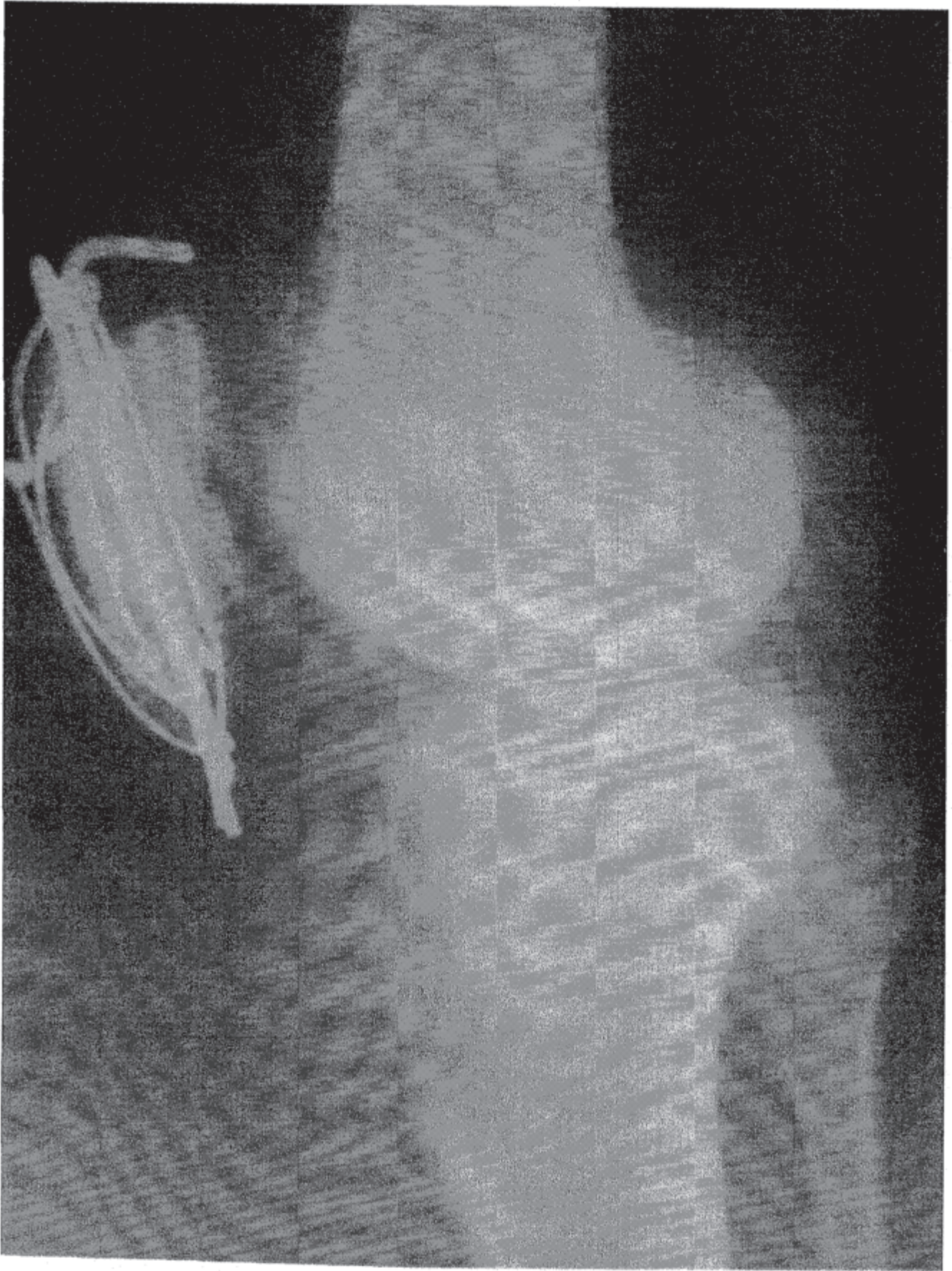
Scanned by CamScanner



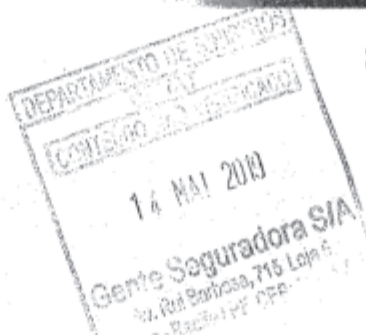
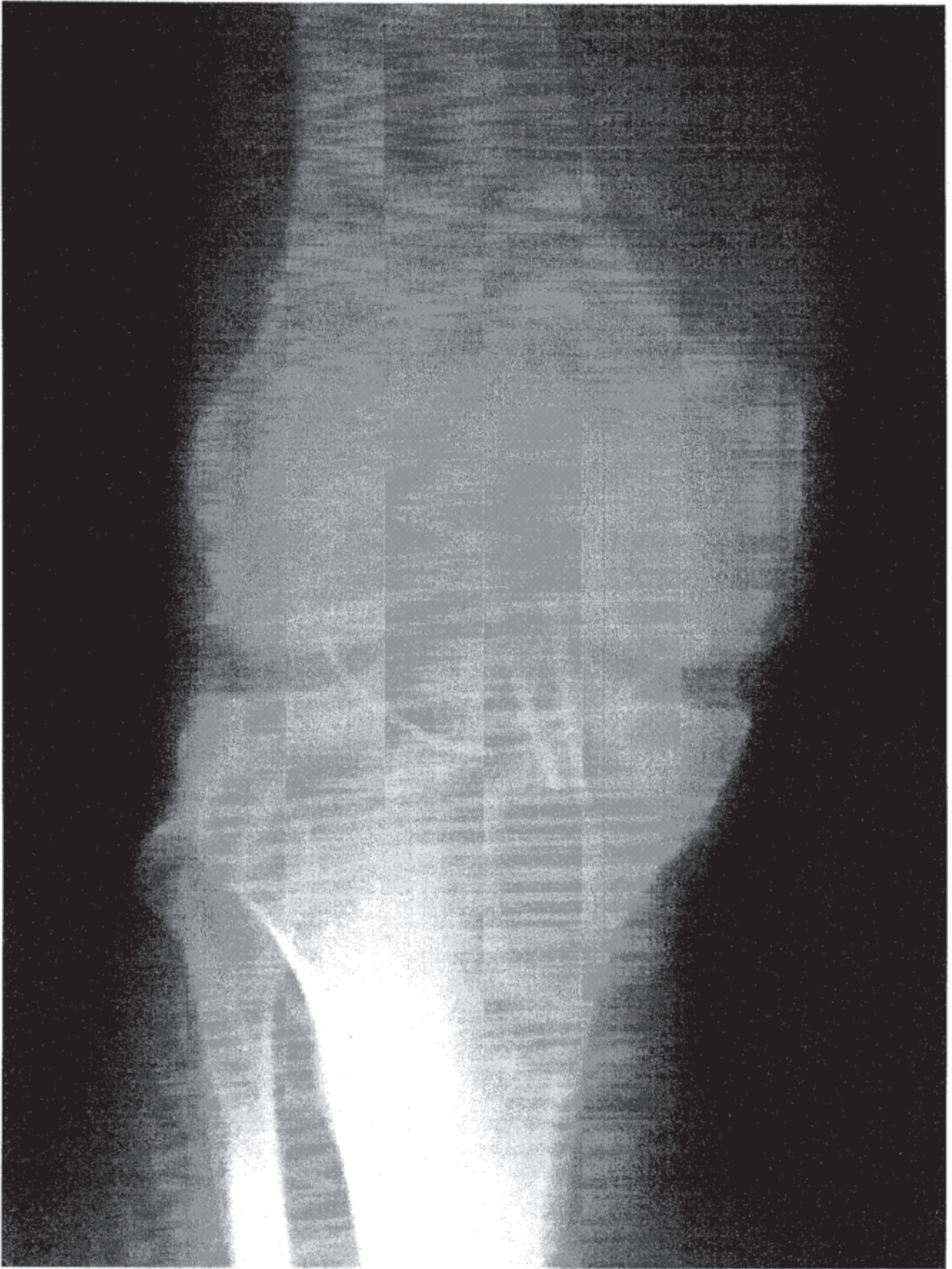
Scanned by CamScanner



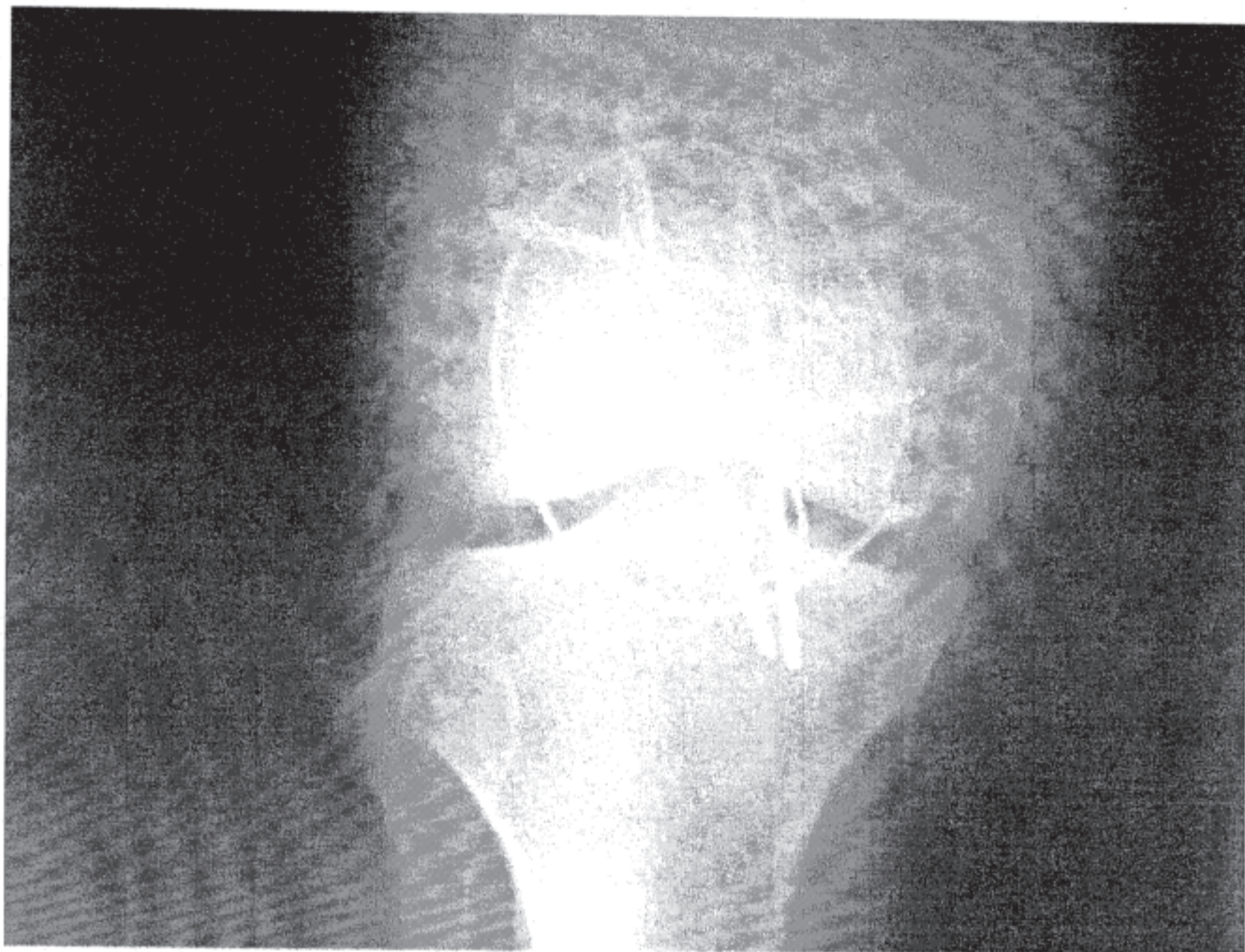
Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

0101848119

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 5/2/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 5/2/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: JESSE NILO CARLOS PEREIRA DE LIMA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de acidente de motocicleta, a comenda fratura da patela esquerd	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Paciente sendo submetido a CIRURGIA (CE ACLAGSM) FISIOTERAPIA (30 Sessões)	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> 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 ÓRGÃO AFETADO
1ª Patela / clavicula CR24.CC, Rigidez
2ª GRAVE, CLAUDICAÇÃO, atrofia de paravertebrais
3ª IMPORTANTE, déficit grave de força
4ª Sequela GRAVE e definitiva C6 C7 C8
5ª M.I.B

AFIRMO QUE ASSISTI E AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 31/5/2019	
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
31/5/2019	31/5/2019
LOCAL	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	

Maurício César Leal
Ortopedista
CRM - 12386

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2019
Genta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

R136 - Ficha de Cirurgia

Atendimento: 320089

Aviso: 24459

Paciente: 1620326

JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Idade: 43 Anos e 10 Meses

Telefone: 987706332

Plano: SUS - DEMANDA

RG.: 4784144

CPF.: 94983895434

Enfermaria: ENFERMARIA 03

Acomodação: LEITO 03

Previsto Data: 01/08/2019 Início: 06:00 Duração: 00:30

Diagnóstico Pré-Operatório**Cirurgia(s) Realizada(s):**

Cirurgia Principal: RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE TRAT CIRURGIC

Data: 01/08/2019 Início: 14:10 Fim: 14:5

Anestesia:

RAQUE COM SEDAÇÃO

Início: 14:05 Fim: 14:5

Equipe Cirúrgica:

Cirurgião: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Anestesista: ADRIANA SIMPLICIO SIMOES

1º Auxiliar:

Aux Anest:

2º Auxiliar:

Consultor:

3º Auxiliar:

Perfusionista:

4º Auxiliar:

Pediatria:

Instrument.:

Intensivista:

Diagnóstico Pós-Operatório**Descrição****Cirurgia Realizada**

1. QUADRICEPSPLASTIA
2. RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DO JOELHO ESQ
3. MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Descrição

- 1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
- 2) ASSEPSIA E CAMPOS
- 3) ACESSO ANTERIOR COM RETIRADA DE GRANDE QTDE FIBROSE E TECIDO CICATRICAL;
- 4) QUADRICEPSPLASTIA +RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE ;
- 5) MANIPULAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO;
- 6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS;
- 7) CURATIVOS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040**Intercorrências / Observações**

Assinatura do médico

Hospital Memorial Armand Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Rua Celso Campelo, S/N-Moracho-PE



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

JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
4784144 SSP PE

CPF 949.838.954-34 DATA NASCIMENTO 25/09/1975

FILIAÇÃO
ANTONIO CARLOS
PEREIRA DE LIMA
MARIA DE LOURES DA
SILVA

PROFISSÃO ACC CSE HAB
R. S. A. S.

Nº REGISTRO 03189428206 VALIDEZ 19/09/2019 HABILITAÇÃO 11/02/2004

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do titular: *JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL PAULISTA PE DATA EMISSÃO 13/10/2014

Assinatura do diretor: *Luiz Unio Boleha*

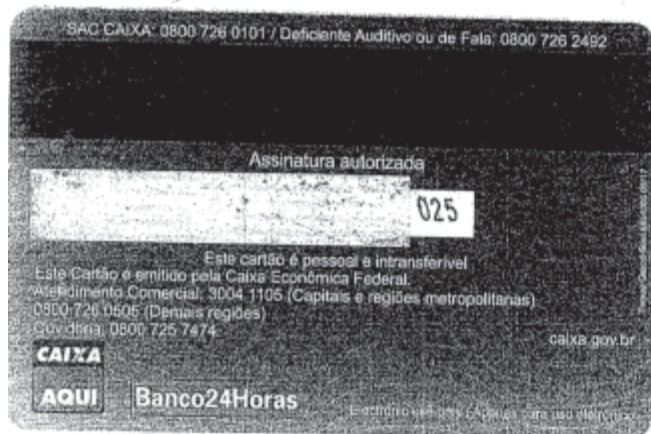
ASSINATURA DO DIRETOR

09107028334
PE061934356

DETRAN - PE - CRETAMBUCCO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 967027591

PROIBIDO PLASTIFICAR 967027591



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483910910
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 278121134 R.N.R.C. EXERCÍCIO 2018

JOSEMILTON OLIVEIRA FERREIRA DE LIMA

CLIMAX 3.0

948 555 PLACA 28V2767

PLACA ANT. 28V2767 CHASSI 1X29053584

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA CE 300R MARCA/MODELO ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. POT. CIL. 28V2500 CATEGORIA 250CC COR PREDOMINANTE AMARELA

I DOTA ÚNICA VENC. DOTA ÚNICA VENC. DOTA ÚNICA

P 1ª 2016 QUITA 1ª 2ª 3ª

V FAIXA I PVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

A PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDA PARA TRANSFERENCIA

DATA 27/08/18

Assinado por: Andreia Souza Ribeiro

DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
14 MAI 2019
Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lda
Gracas - Recife/PE CEP.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190323533

Nome do(a) Examinado(a): JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): Av Gov. Carlos de Lima Cavalcante, 4308 -
Olinda/PE - CEP 53130-555

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4784144 - ssp pe - 13/10/2014

Data e Local do Acidente : 05/02/2019 - Olinda, PE

Data e Local do Exame : 25/06/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de patela esquerda

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

Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

vítima com edema em joelho esquerdo, bloqueio articular, realiza flexão a 90
graus, extensão a 180 graus, déficit de força grau medio, discreta alteração da
marcha, presença de cicatriz cirúrgica.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**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 de grau medio do joelho esquerdo, com bloqueio articular.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

joelho esquerdo

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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.



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

À SEGURADORA LÍDER:

VÍTIMA: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

SINISTRO: 3190323533

NATUREZA: INVALIDEZ PERMANENTE

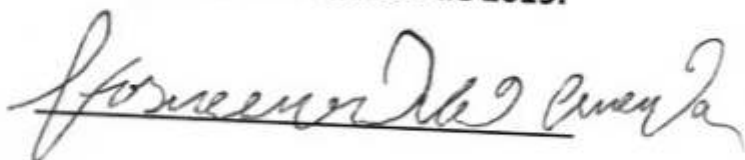
ASSUNTO: REANALISE DO PROCESSO

TELEFONES: 81-996455752, 81-985102808

ANEXO: COPIA DA FICHA DE CIRURGIA

Eu JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA , portador DO CPF 94983895434, venho através desta, 'PEDIR QUE A SEGURADORA LIDER PROCEDA REANALISE NOS DOCUMENTOS EM ANEXO REFERENTE A NOVA CIRURGIA A QUE FUI SUBMETIDO E NO GRAU ESTABELECIDO A SEQUELA QUE FIQUEI RECALCULANDO MINHA INDENIZAÇÃO.

Recife, 19 de SETEMBRO de 2019.





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com edema em joelho esquerdo, bloqueio articular, realiza flexão a 90 graus, extensão a 180 graus, déficit de força grau medio, discreta alteração da marcha, presença de cicatriz cirurgica

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/06/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com edema em joelho esquerdo, bloqueio articular, realiza flexão a 90 graus, extensão a 180 graus, déficit de força grau medio, discreta alteração da marcha, presença de cicatriz cirurgica

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/06/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** Apresenta apos análise médico documental debilidade funcional moderada do joelho esquerdo.

**Documentos
complementares:**

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXAÇÃO - TENOPLASTIA. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME A PÁGINA EM ANEXO 12 CIRURGIA REALIZADA EM 02/05/2019.

"DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA."

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** Apresenta apos análise médico documental debilidade funcional moderada do joelho esquerdo.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME PERICIA MÉDICA REALIZADA EM 25/06/2019: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXAÇÃO - TENOPLASTIA. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MEDICO ACOSTADO.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** Apresenta apos análise médico documental debilidade funcional moderada do joelho esquerdo.

**Documentos
complementares:**

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

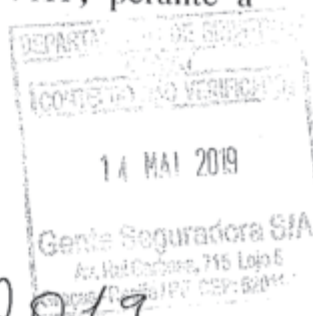
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO
CIVIL SOLTEIRO, PROFISSÃO PEDREIRO RG: 4784244/SSP/PE
C.P.F. 94983895434 ENDEREÇO AV CARLOS DE LIMA CAVALCANTE
Nº 4308, CASA CAIADA, OLINDA PERNAMBUCO.

OUTORGADO: MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA,
Brasileiro, Divorciado, Professor RG: 2883138/SDS/PE, CPF: 48821780449,
residente a Avenida Doutor Claudio Jose Gueiros Leite, nº 3214, apto 102,
Janga, Paulista, Pernambuco.

PODERES

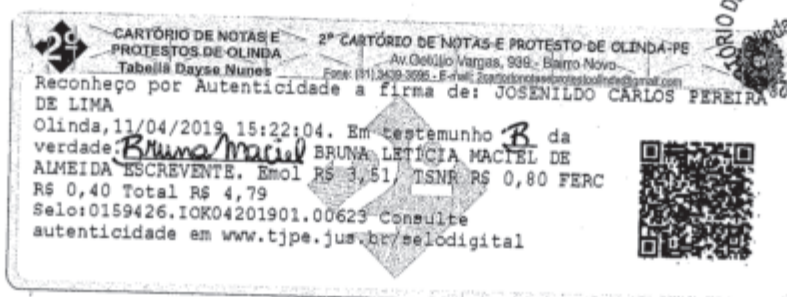
Para representá-lo(a) na solicitação da indenização
Por invalidez permanente no acidente ocorrido com a vítima
em 05/02/2019 referente ao **SEGURO DPVAT**, perante a
Seguradora Líder e suas Seguradoras conveniadas.



OLINDA de 11-04 de 2019

2º
Cartório


AUTORGANTE



Observação: só reconhecer firma no cartório por autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161848/19

Número do Sinistro: 3190323533

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

CPF: 949.838.954-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2019

Titular do CPF: JOSENILDO CARLOS
PEREIRA DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA : 488.217.804-49

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2019
Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
CPF: 488.217.804-49

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos