

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Carta nº 14853466



# 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 Penkina de Lima

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

Nome completo:

Josenildo Carlos Penkina de Lima

CPF: 94983895434

Profissão:

PEONINHO

Endereço:

AV. CARLOS DE LIMA (AV. DA SAÚDE)

Número: 9308 Complemento: CASA

Bairro:

CASA CAIADA

Cidade:

OLINDA

Estado: PE

CEP: 53040-000

E-mail:

82-985207808

Tel.(DDD): 82-996455782

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  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)

AGÊNCIA: 3220

CONTA: 00022981 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 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 atende 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 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.

14 MAI 2019

## 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 Lider 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, 10/11/2017

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | 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 - DP24ªCIRC**  
**DIM/7ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0114004222**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** 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)**

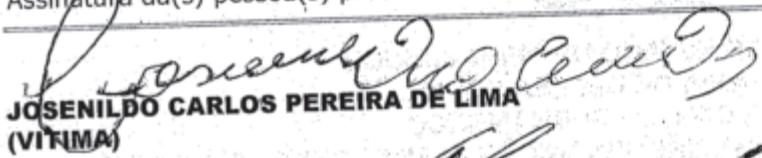
Placa: **PFV2767** (PERNAMBUCO/OLINDA)  
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

**Complemento / Observação**

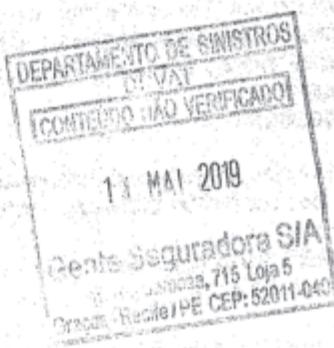
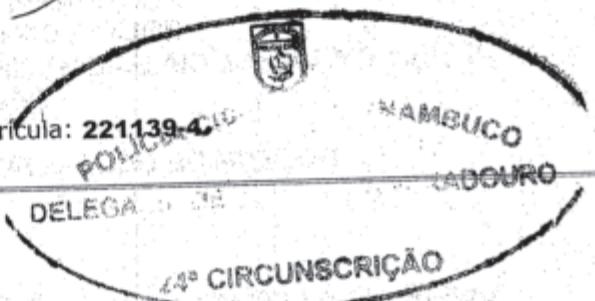
**O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL MENCIONADOS ELE CONDUZIA SUA MOTO E COLIDIU CONTRA UM CAVALO QUE ATRAVESSOU A**

VIA NA SUA FRENTES 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 ATÉ 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 - Matricula: 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: <b>94983895434</b>	Nome completo da vítima: <b>JOSÉNILDO CARLOS PENKINA DE LIMA</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <b>JOSÉNILDO CARLOS PENKINA DE LIMA</b>	Profissão: <b>PEONINHO</b>	Endereço: <b>AV. CARLOS DE LIMA (AV. VASCONCELOS)</b>	CPF: <b>94983895434</b>	Número: <b>9308</b> Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>CASA CAIADA</b>	Cidade: <b>OLINDA</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>53040000</b>	Tel.(DDD): <b>82-996455782</b>
E-mail: <b></b>	Tel.(DDD): <b>82-996455782</b>			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **3220**  CONTA: **00022948** **3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_  CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 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.

14 MAI 2019

### 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 Lider 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: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | 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 N° 1195 Hora: 08:05 Recepção: Silene  
Unidade de Saúde: 169 Distrito Sanitário: II Data: 05/10/2019

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Josénildo Carlos Pereira de Souza  
Data de Nascimento: 25/09/75 Sexo: M - Masc. ( ) F - Fem. ( ) I - Ignorado  
Raça/Cor:  1-Branca  2-Preta  3-Parda  
 4-Amarela  5-Indígena

Estado Civil: Escolaridade: Maria de Souza da Silva  
Profissão: Complemento: CEP:

Nome da Mãe: Maria de Souza da Silva  
Endereço: R- 5<sup>a</sup> Trav. da Rua Am. 33  
Número: 33 Município: Olinda UF: PE

Bairro: Rio Seco Nº F-  
Acompanhante: Sophia

Procedência: Meio de Transporte:

HDA: Sophia queixas de mictorafte borborema no estômago e joelho erguido.  
⇒ dor e erupções

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: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

##### 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:	Estatura:	Temp:	71,5 kg	140 cm	36,5 °C
----------------	-----------	-------	---------	--------	---------

B: Respiratório

# 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

\* Utilização deste limite comprometerá o limite total do cartão.

Parcelar esta fatura em:  
12 X 134,02

Pagamento Mínimo  
R\$ 166,24

Total desta Fatura  
R\$ 989,50

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

14 MAI 2019

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

Somatória 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%
Salvores	17,89%
Compras Parceladas com juros	1,99%
Parcelamento de Fatura	9,99%
<b>Total Parcelado</b>	<b>5,49%</b>

Segundo apenas o valor mínimo dessa fatura até a data de vencimento, o valor dos juros e 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	Parcelar 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
--------------	---

### Conveniência

PARA CONTRATAR O PARCELAMENTO DE FATURA:	Faça um único pagamento do valor da parcela escolhida até o vencimento dessa 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.
--	---

### Período de Acumulo de Pontos de 16/01/2019 a 15/02/2019

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

Benefícios	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 é consultar o saldo atualizado, acesse [www.santanderesfera.com.br](http://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
------------	---

800.000

Santander	Prefixo	033-7	03399.49281 36981.906005.94607 001024 9 0000000000000000
<b>Endereço do Pagador:</b> JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA - CPF/CNPJ: 949.838.954-34 C.R.S DE LIMA CAVALCANTE 4308 - CASA CANADA CEP 53130-555 OLINDA PE			
o Número	Número do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento R\$
1600946070	7097660069133540	17/03/2019	985,00
<b>Importante:</b>			



SAC Cachões = Cartões Construções  
Capitais e Regiões Metropolitanas 4003 0101  
Demais localidades 6600 888 0101

Segundo a tabela das 8h às 22h, não é feriado

SAC Cachões - Cartões Construções  
Para rede de lojas, concessionárias, supermercados, shoppings e hipermercados

Gabinetes sobre o Centro ZN e Comunidade 0800 776 8000  
Atendimento Diário de 8h às 22h e de Férias 0800 776 2200

Ouvir direto  
Clique aqui para ouvir direto com o sistema 0800 776 9595

Segundo a tabela das 8h às 22h, não é feriado



Data de Postagem: 12/04/2019

...the first time I heard it, I was struck by its beauty and complexity.

STC RECIPE PE PL2



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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
00000556830120 BIPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

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

PARA USO DOS CORREIOS	
01-Utilizar as 02-Considerar os resultados 03-Não Escrever N° indicado 04-Falsificado	Preparando o Selo Informações Mensageiro Mensagem
05-Desconhecer 06-Recusado 07-Ausente 08-Correio 09-Recusa 10-Objeto Denunciado 11-E-mail Desconhecido na Localidade 12-Falso Comprovamento (Cobrby/GU)	Preparando o Selo Informações Mensageiro Mensagem
00-Não 01-Não 02-Considerar resultado 03-Não Escrever N° indicado 04-Falsificado	Preparando o Selo Informações Mensageiro Mensagem

Data da Postagem: 12/04/2019 - Data do Veredicto: 20/04/2019

CEP: 01310-100 - São Paulo - SP

BANCO PAN

REMEMBER



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mauricio Fernando Anavjo da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 488257804,49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
José恩里科 Carlos Pereira Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 94988954,34  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima José恩里科 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 Jose Guerres Leite</u>	Número:	<u>3324</u>	Complemento:	<u>APTO 102</u>
Bairro:	<u>TANCA</u>	Cidade:	<u>PAULISTA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:			<u>81-985202808</u>	CEP:	<u>53437000</u>

Local e Data:

Recife, 10 Maio 2019

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 - N° Prontuário

122703

7 - Cartão Nacional do SUS

898005148322308

8 - Data de Nascimento

25/09/1975

9 - Sexo

Masculino

Feminino

10 - RaçaCor

02 - Preta

10.1 - Etnia

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, N°, Bairro)

RUA UM, 350 - RIO DOCE

17 - IBGE

18 - UF

19 - CEP

16 - Município

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 IO 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  
DEDEMA +/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

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

S820

V299

02010600

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA

0408050527

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

1

31 - Documento

(X) CNS ( ) CPF

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

980016001207394

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

FABIO NEUMANN KAUFFMAN

34 - Data da Solicitação

05/02/2019

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

Médico  
CRM-PB 26.720

14368

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

41 - Série

44 - CBOR

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - N° Bilhete

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto

14 MAI 2019

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (

E260000001

48 - Documento

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

( ) CNS ( ) CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH  
261910214647-4  
C

Código do Laudo: 464033

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 464226

Usuário: ELISAMASP

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

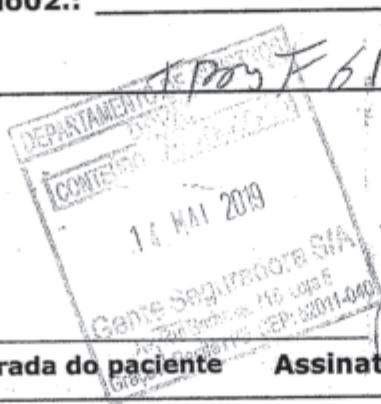
## DADOS DO PACIENTE

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

## DADOS DO RESPONSÁVEL

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

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	<u>6/2/19</u>	Hora da Alta:		
Motivo:	<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão			
Condições de Alta:	<u>BOTS</u>			
Diagnóstico Principal.....:	<u>FMS. de PÓSIS 58</u>			
Diagnóstico Secundário01.:				
Diagnóstico Secundário02.:				
Procedimento.....:	<u>1003 F6 No 210</u>			
Responsável pela retirada do paciente				
Assinatura e RG	<p><i>Dr. Fagner Athayde</i>  <i>Médico Ortopedista</i>  <i>CRM 16863 - TEOT 12551</i></p> <p><i>REVISADO</i>  <i>CCIH-HMI</i></p> <p><i>Médico e CRM:</i></p>			

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 06 de FEVEREIRO de 2019

*Josénildo Carlos Pereira Nazá*  
 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: 05/02/2018  
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

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

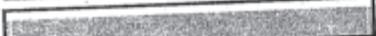
Nome Paciente: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA  
Cód. Paciente: 122703  
Data de Nascimento: 25/09/1975  
Sexo: Masculino  
Idade: 43  
Senha: 0017  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 464033   
SAME: 109567



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

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
*Sentive 56135 00*

mais Vitais Lidos:  
- SACR - REGUA DE DOR: 6  
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG  
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG



HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)

Local .....



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

Data Impressão: 05/02/2019 11:31

Atendimento: 464033

Data e Hora: 05/02/2019 11:00

Senha da Classificação:

0017

Paciente: 122703 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/09/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

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 amaury eutônio aps colisão moto x cálculo com fratura fechada de patela Nega comorbidades Nega desmaio e outros sintomas

#### Exame Físico

Res, lote eupnéico, rítmo cardíaco, ritmo regular  
Tec<sup>c</sup>s sem sinais de exposição óssea, com escoriações  
Tala, joelheira

#### Hipótese Diagnóstico

fratura de patela esquerda

#### Prescrição Médica

- 1) Dipirona 61amp + AD iEV
- 2) Tramadol 100mg + 100ml Sfugix, EV, tonto
- 3) Curofix
- 4) Tala
- 5) Raio X + TE

(13)

(13)

Dr. Hudson Oliveira Rocha  
Médico  
CRM PE 20.720

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
ENF: \_\_\_\_\_

#### Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## Evolução Clínica

NOME: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA REG: 122703

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

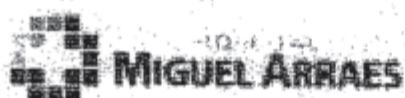
DATA/HORA	
5/2/2019	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
	<b># ADMISSÃO</b>
15:55H	<p><b>PACIENTE DE 43 ANOS REFERE TER SIDO VITIMA DE COLISÃO MOTO X CAVALO VEM ENCAMINHADO PELA UNIDADE AMAURY COUTINHO, REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO COM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA OUTROS SINTOMAS</b></p> <p><b>AO EXAME: REG, LOTE, EUPNÉICO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO TEC &lt;2S, COM TALA JOELHEIRA EDEMA +/4+, SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL</b></p> <p><b>RADIOGRAFIA: FRATURA DE PATELA ESQUERDA</b></p> <p><b>HD: FRATURA DE PATELA ESQUERDA</b></p> <p><b>CONDUTA: INTERNO + SOLICITO EXAMES SOB ORIENTAÇÕES DR FABIO KAUFMAN</b></p>
	<p><i>Dr. Hudyson Oliveira Rocha Médico CRM-PE 26.720</i></p>
06/02/2019	<p><i>#80T</i></p> <p><i>HD: As mesma</i></p>
11h	<p><i>Paciente segue estável, sem queixas Sem intercorrências</i></p> <p><i>Ao exame: REG, LOTE, eupnéico, normocardico TEC &lt;2S</i></p>

*Conduta solicito exame  
Bloco amanhã*

*Dr. Hudyson Oliveira Rocha  
Médico  
CRM-PE 26.720*



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME:

Josémar Corrêa Pereira

REG:

122703

IDADE:

SEXO:

DATA DA ADMISSÃO

/ /

DATA DA ALTA

DIAGNÓSTICO:

Fra. de rotula.

TRATAMENTO REALIZADO:

Transfér. Nervosa

ORIENTAÇÃO:

*(Handwritten signature)*

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM( ) NÃO( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO, CÁRMIO E CRM

Fagner Athayde  
Médico Ortopedista  
CRM 16903 TEOT 12551

**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



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: / /

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CÓD: <<S820>>

#### CIRURGIA REALIZADA:

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

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 8813 CRM-PE 17606  
SBOT 12614

Dr. (a)ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606



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>>.

CID: <<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 ambulatório.

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

Essa 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 Eletronico do Paciente**

Emissão: 15/02/2019 08:01

Atendimento: 304788 Entrada: 07/02/2019 Hora: 10:36  
Acomodação: LEITO 01  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
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  
Pai: 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 hospital 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 perfusão distal

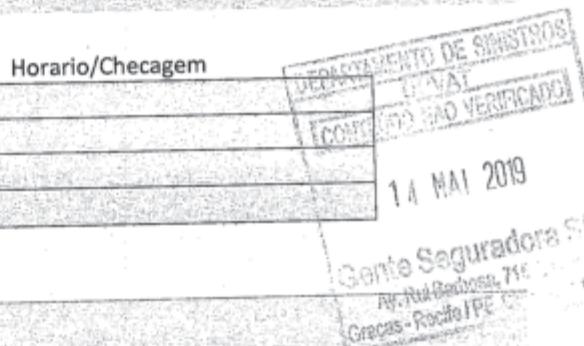
rxjoelho - fratura cominuta de patela

**Hipótese diagnóstica:**

fratura patela esquerda

**Prescrição/Conduta:**

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



**Reavaliação:**

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

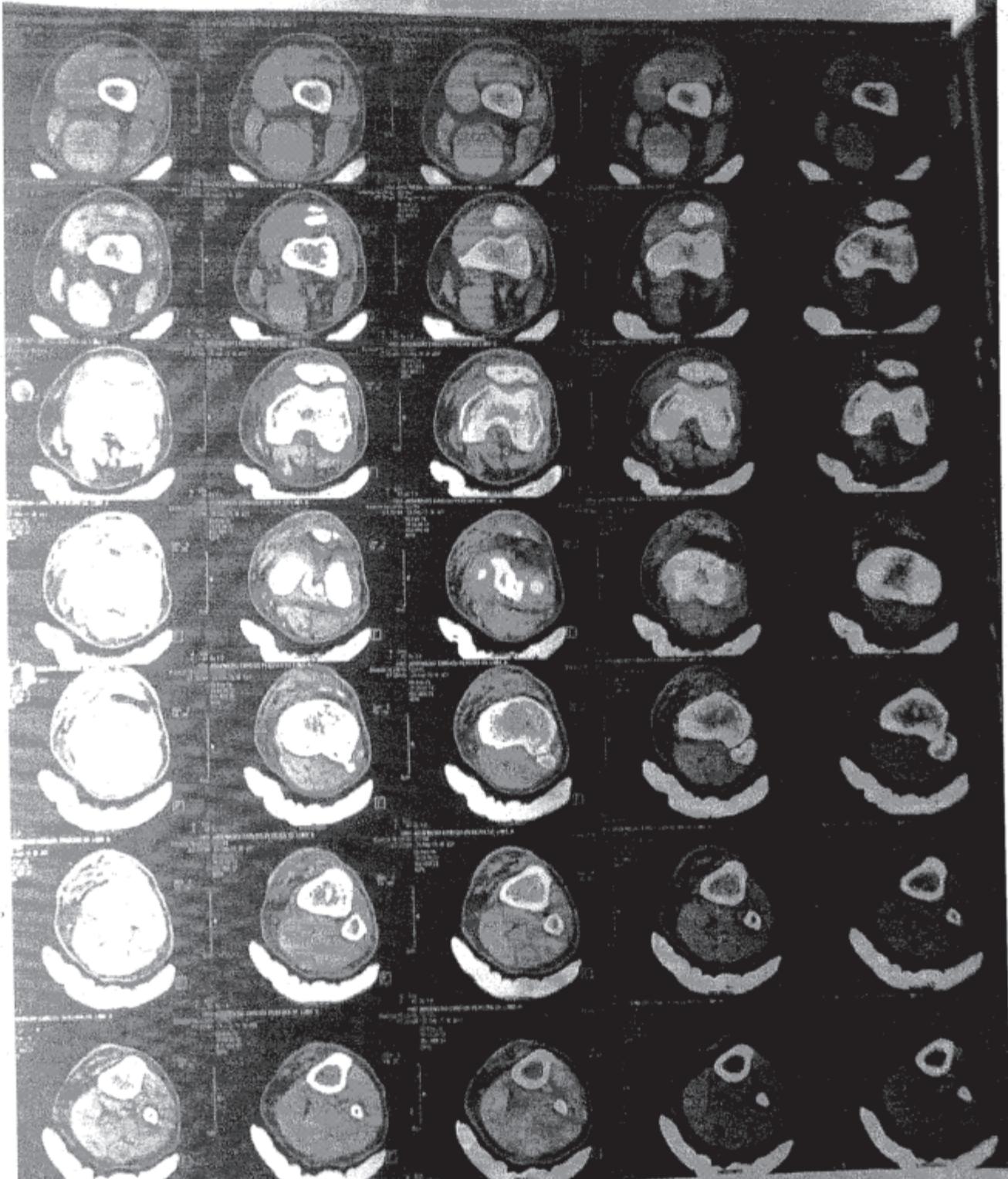
Hospital Memorial Armindo Moura  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone:(81) 3535-2013  
Av. Cleto Campelo,S/N-Moreno-PE





DIRETORIA DE AGRICULTURA

61MIP



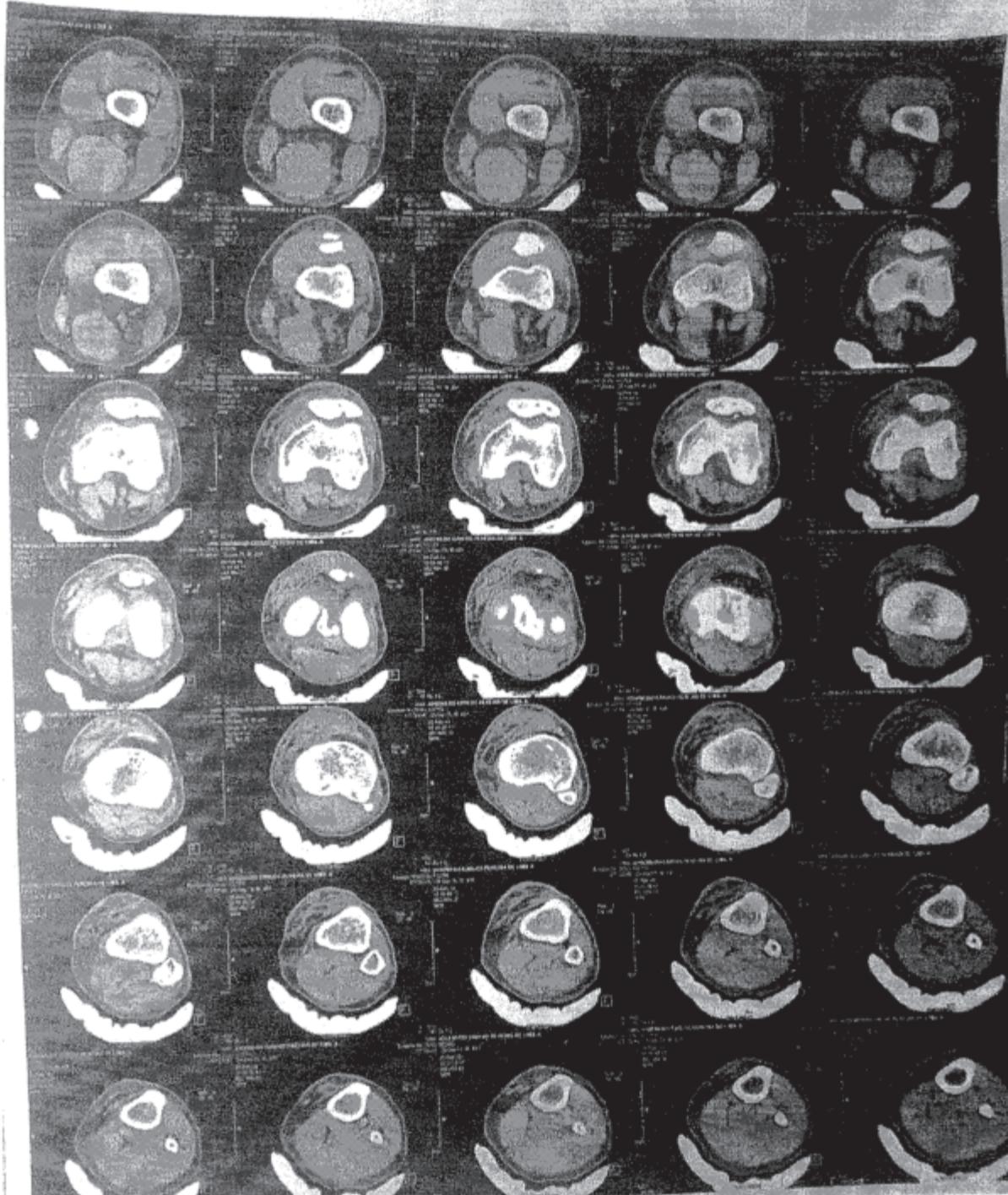
Scanned by CamScanner



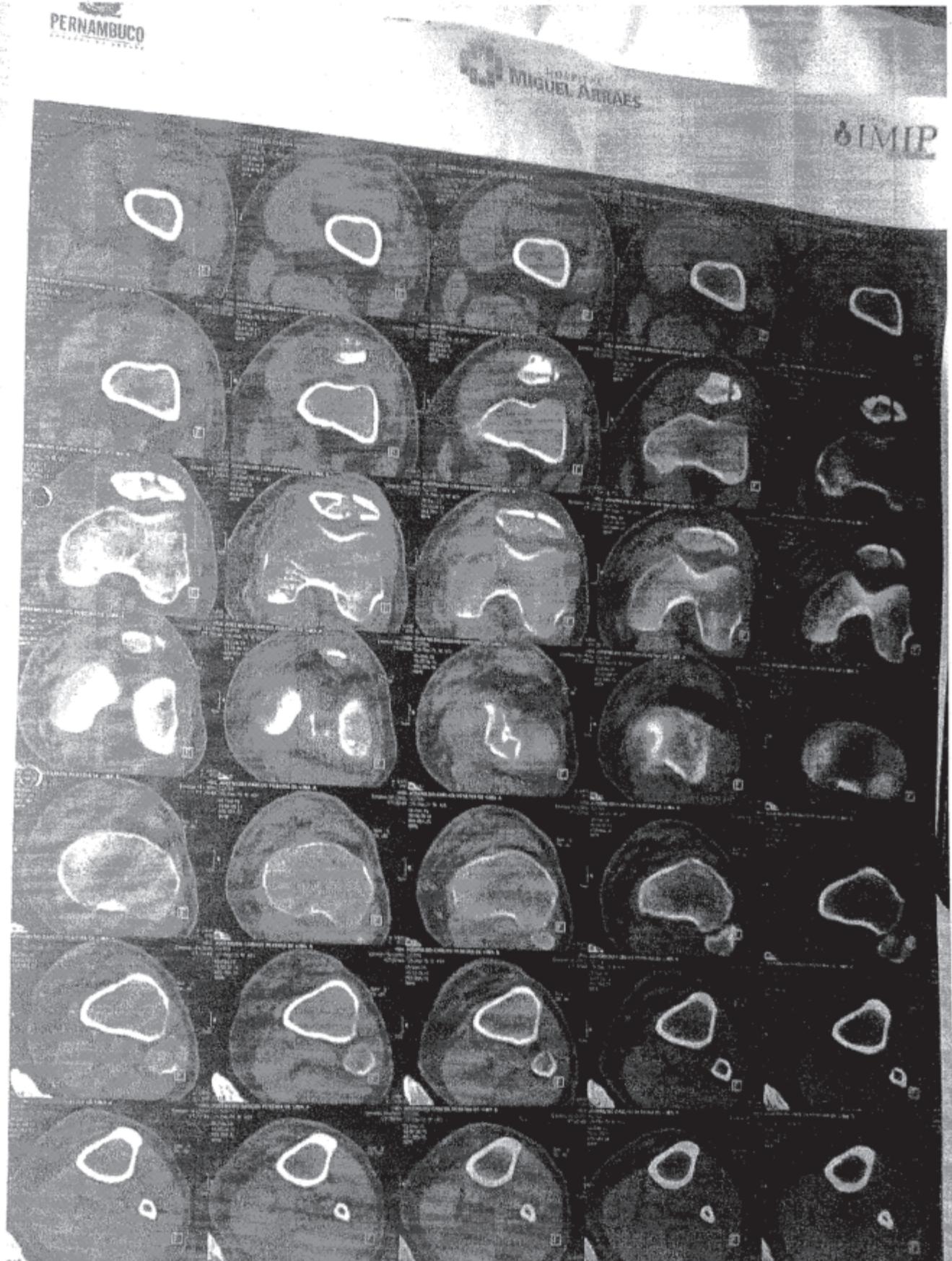
PERNAMBUCO  
ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL  
MIGUEL ARRUDA

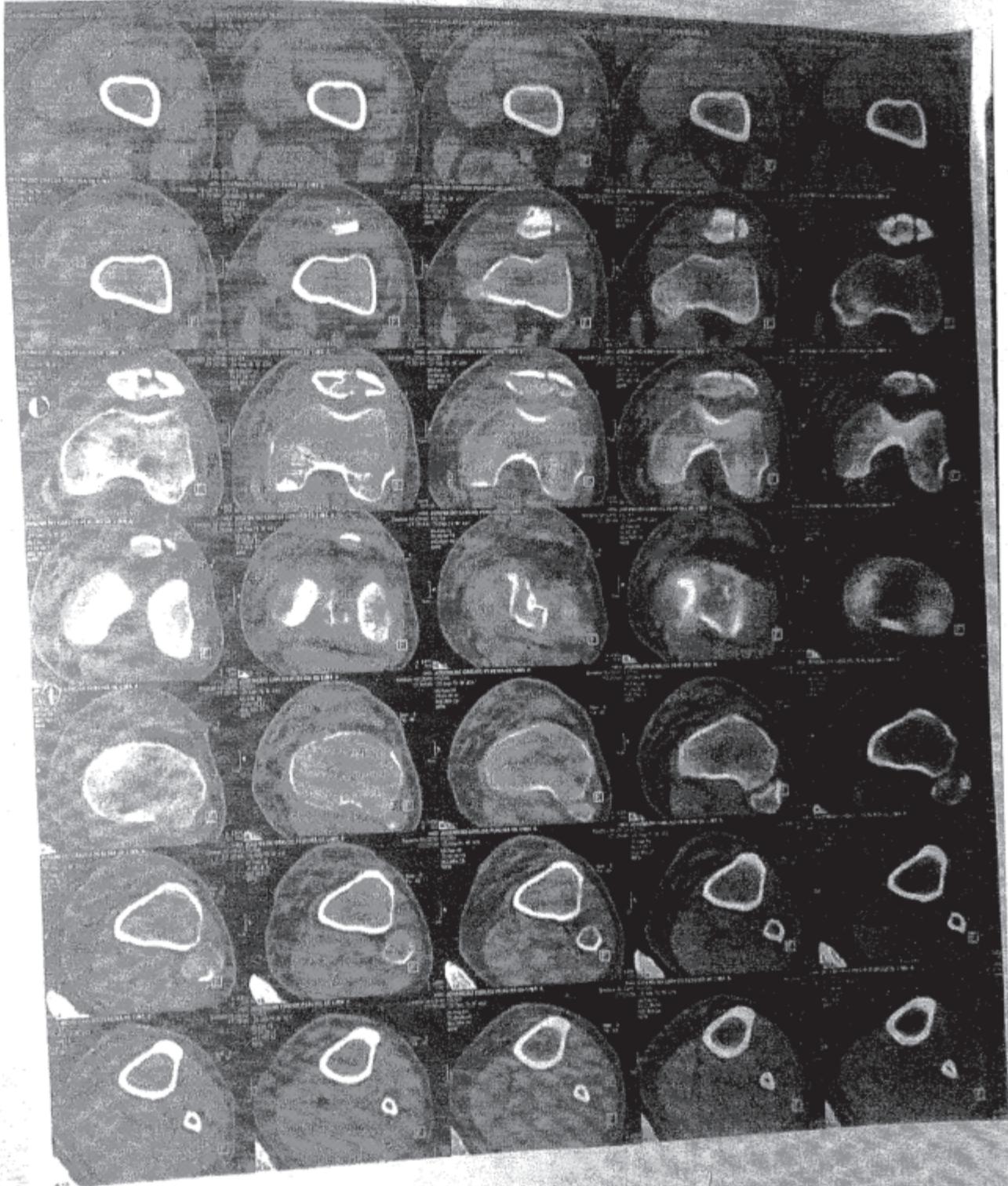
61MIE



Scanned by CamScanner

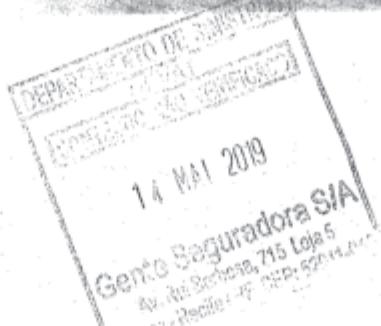


Scanned by CamScanner

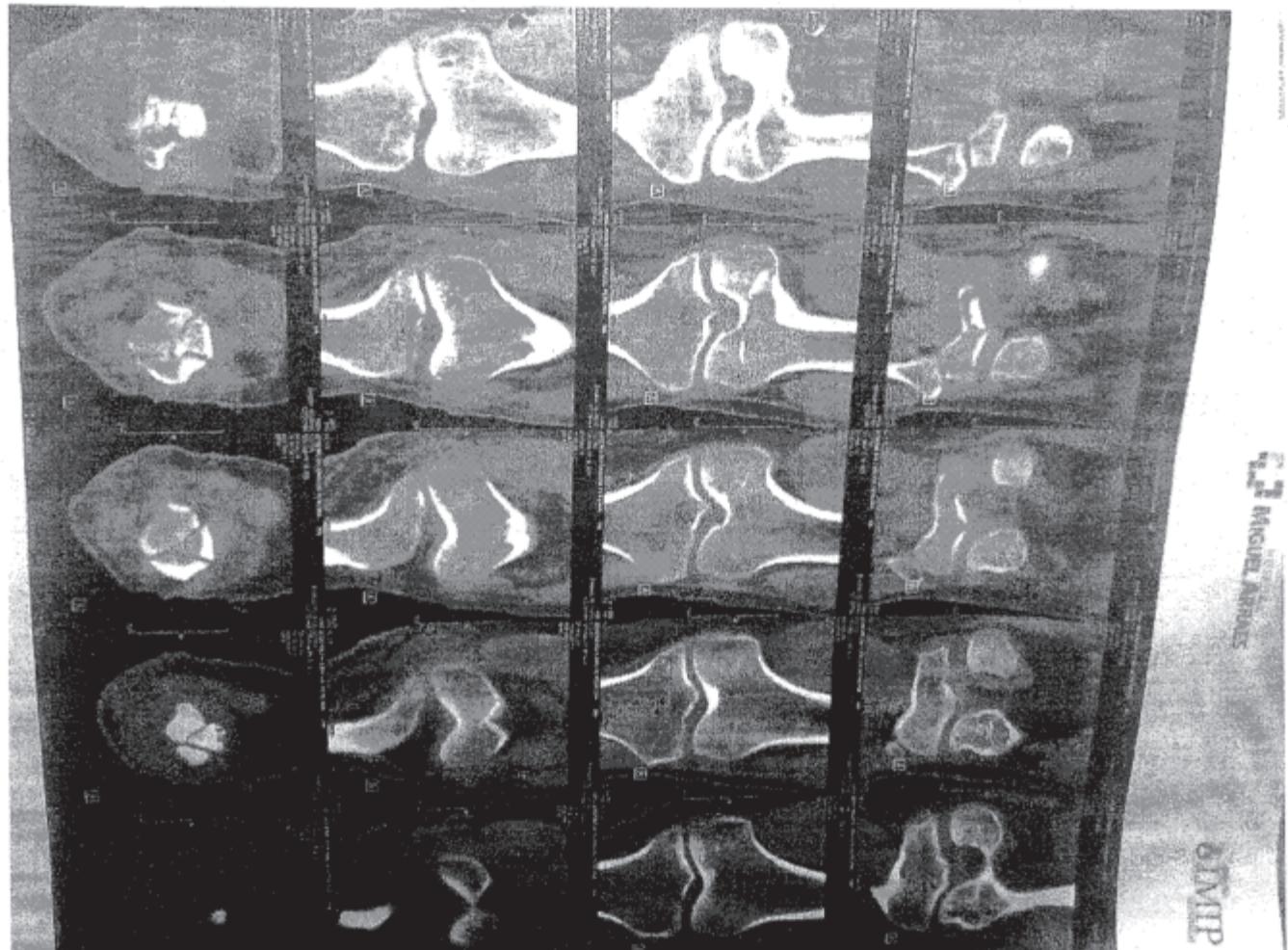


Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe - Paulista - PE / CEP 54.410-000  
FAX: (82) 3181-8500 / (82) 3182-9812  
www.limpemt.com.br

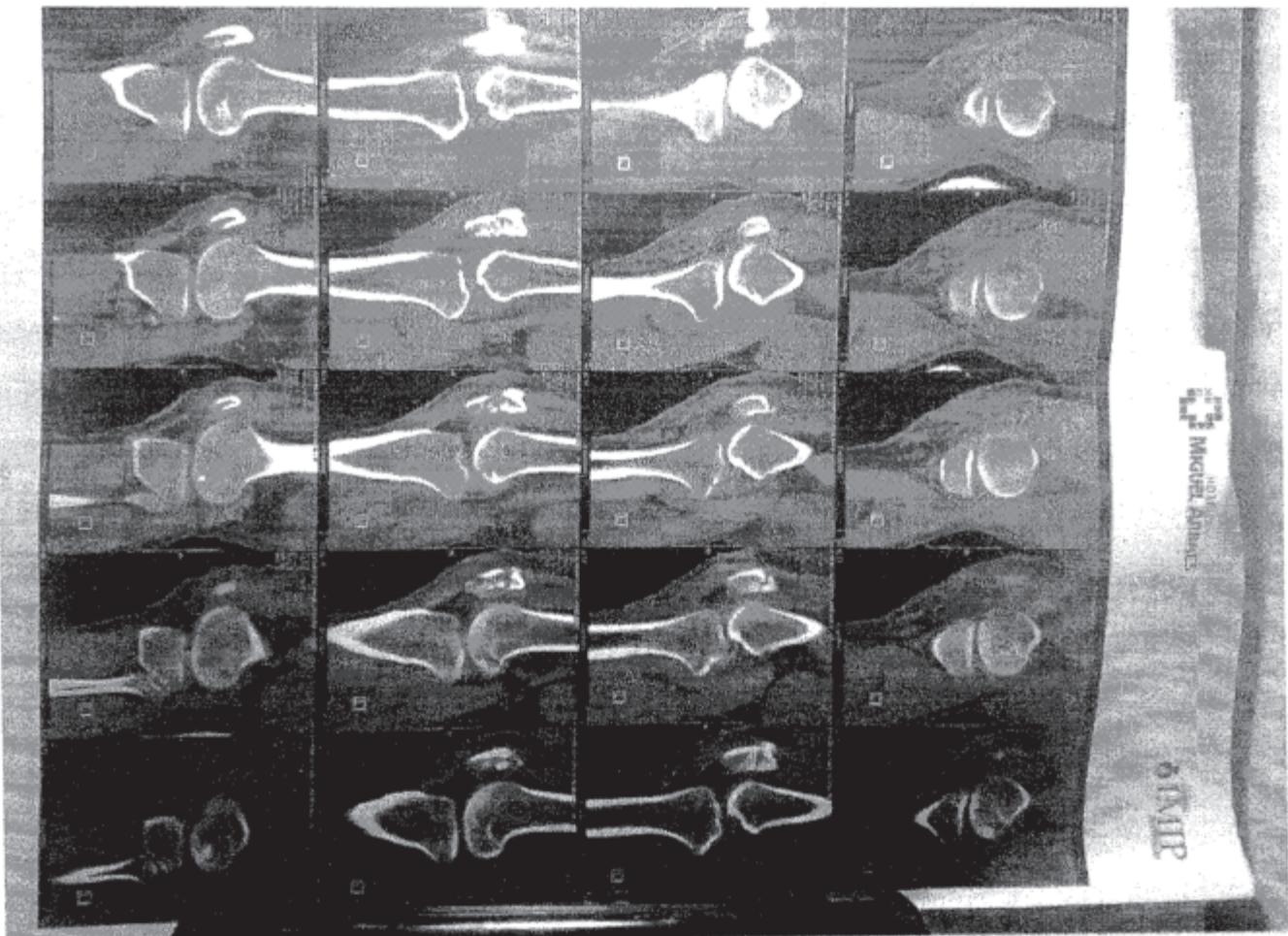
Área de  
Atendimento  
para o  
Consumidor  
Final



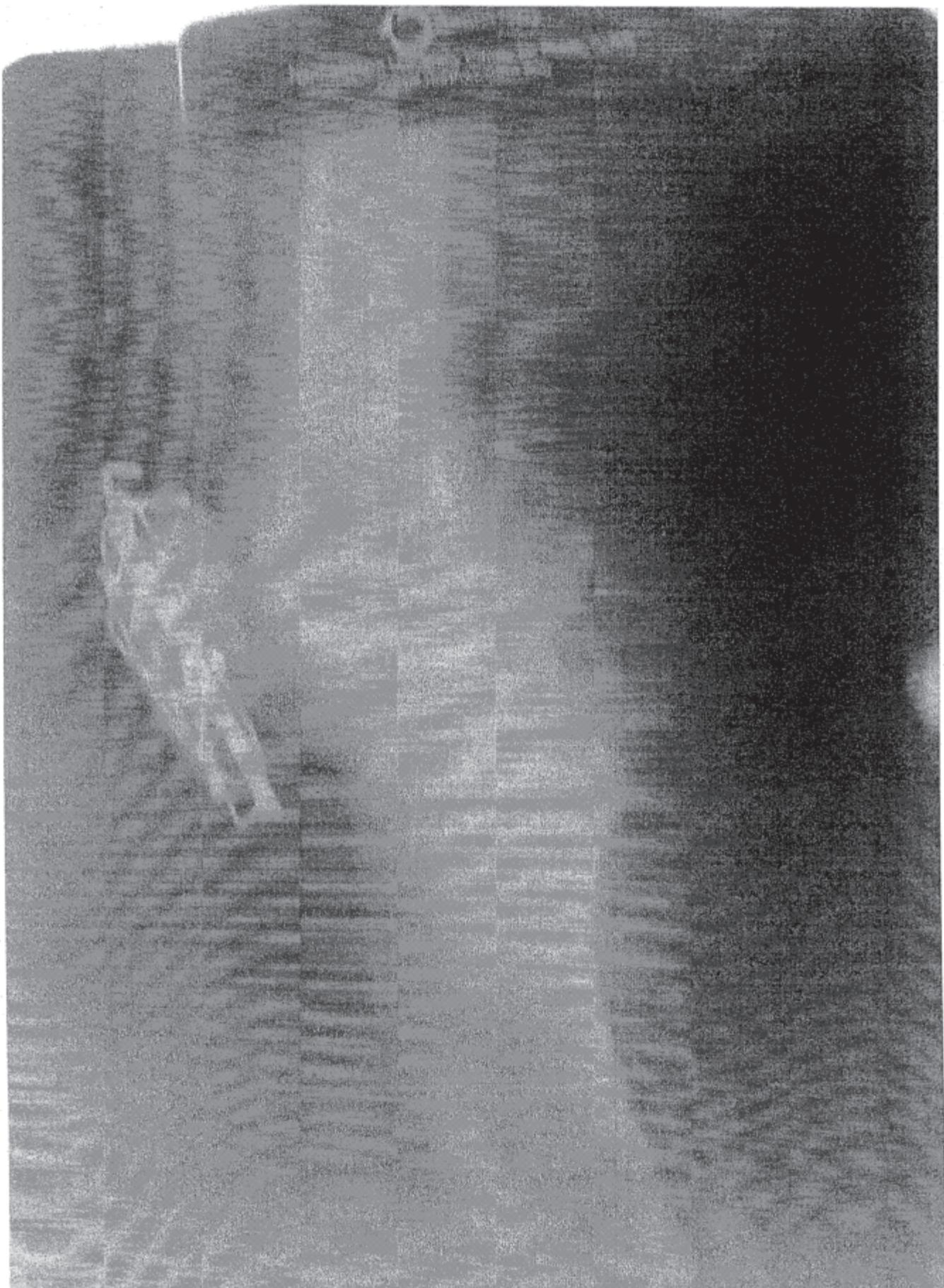
Scanned by CamScanner



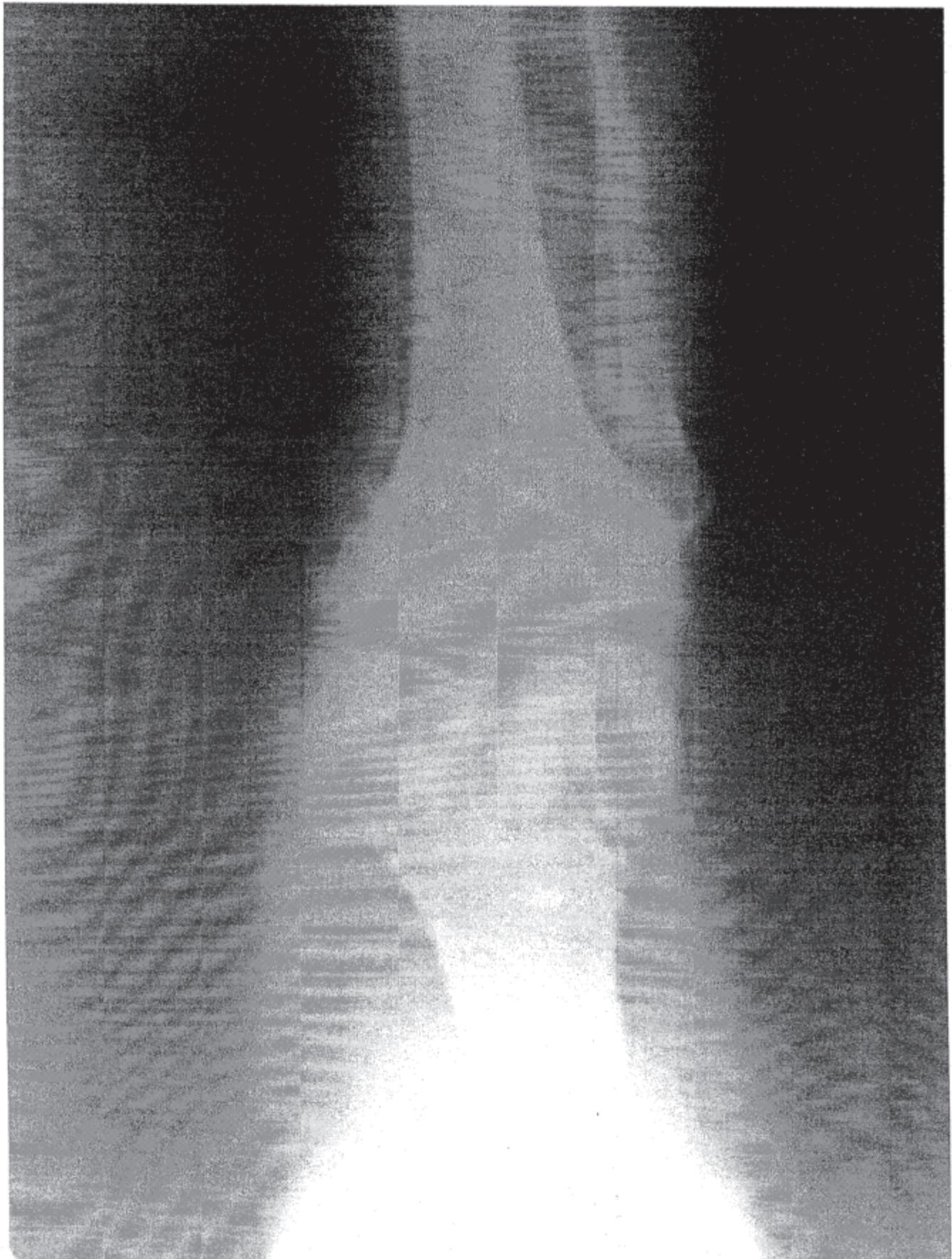
Scanned by CamScanner



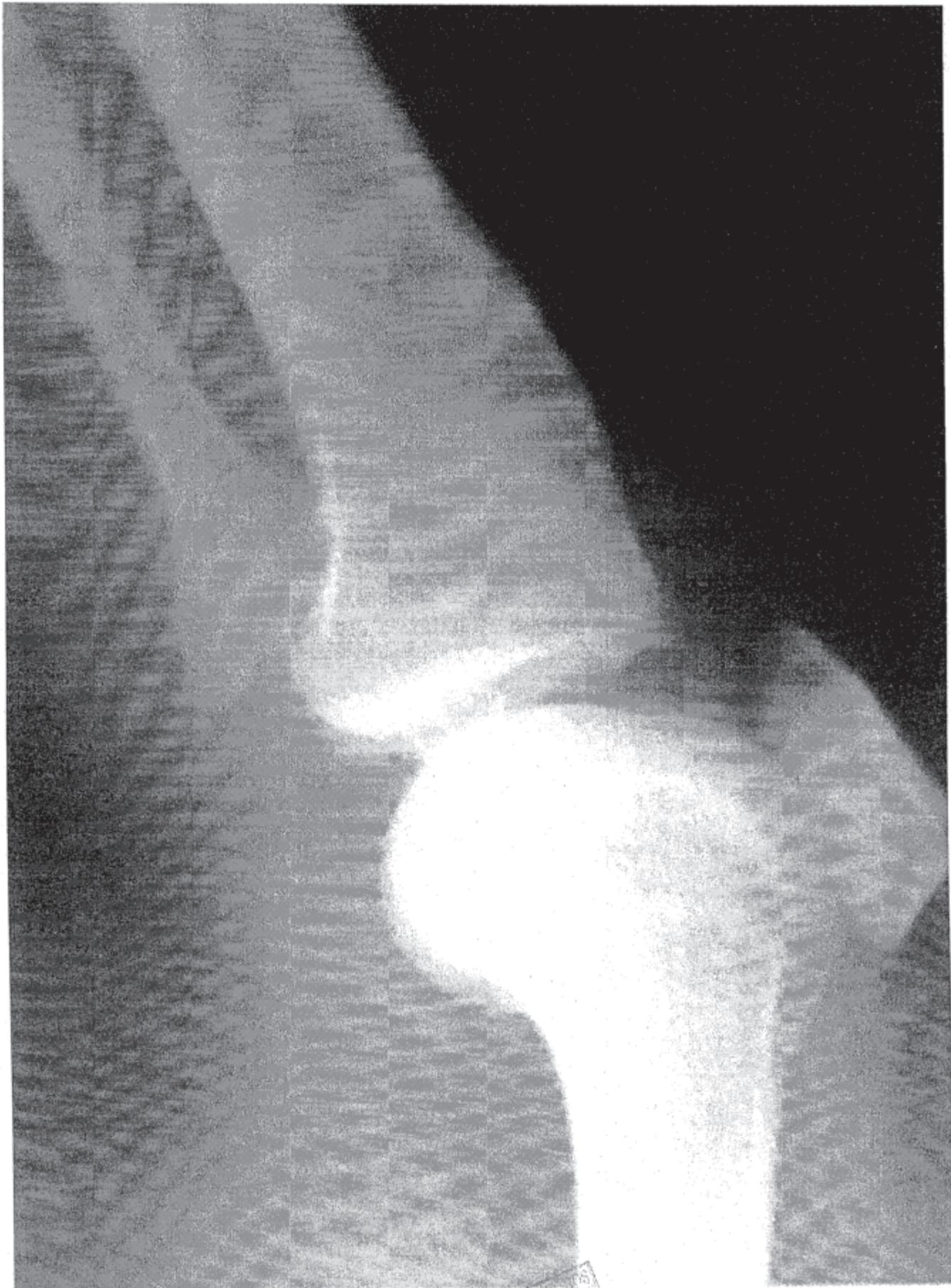
Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

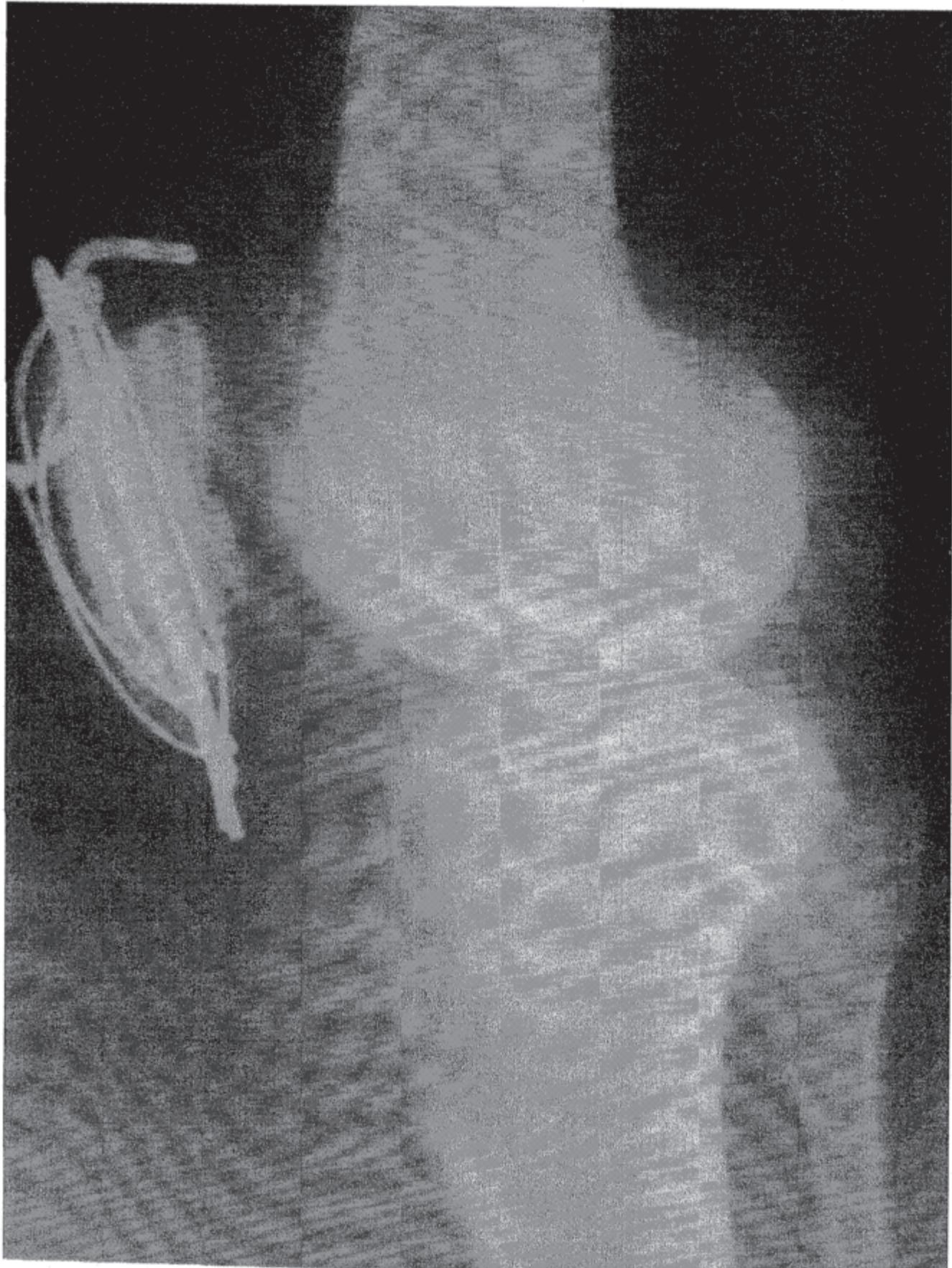


Scanned by CamScanner

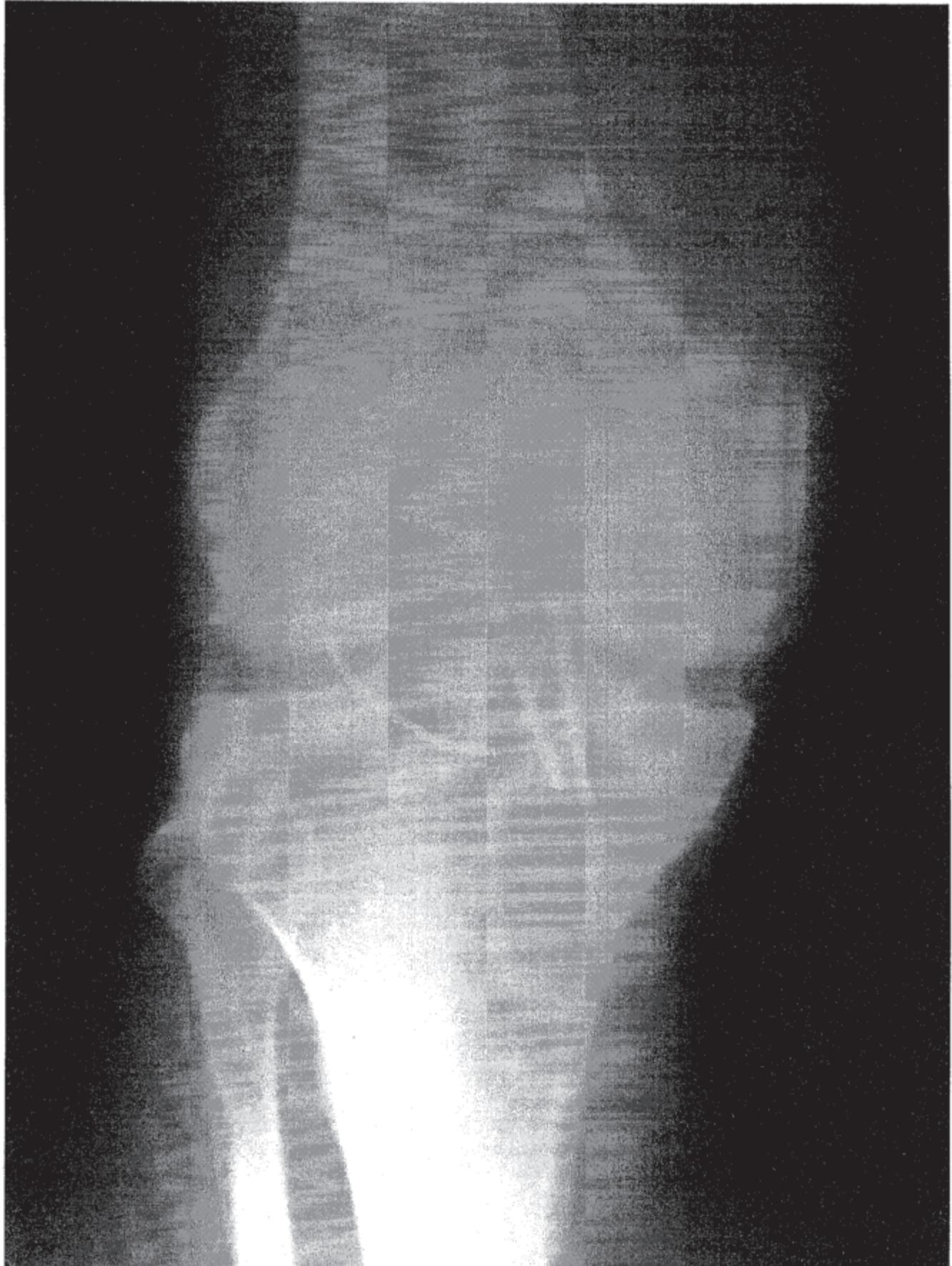


Scanned by CamScanner

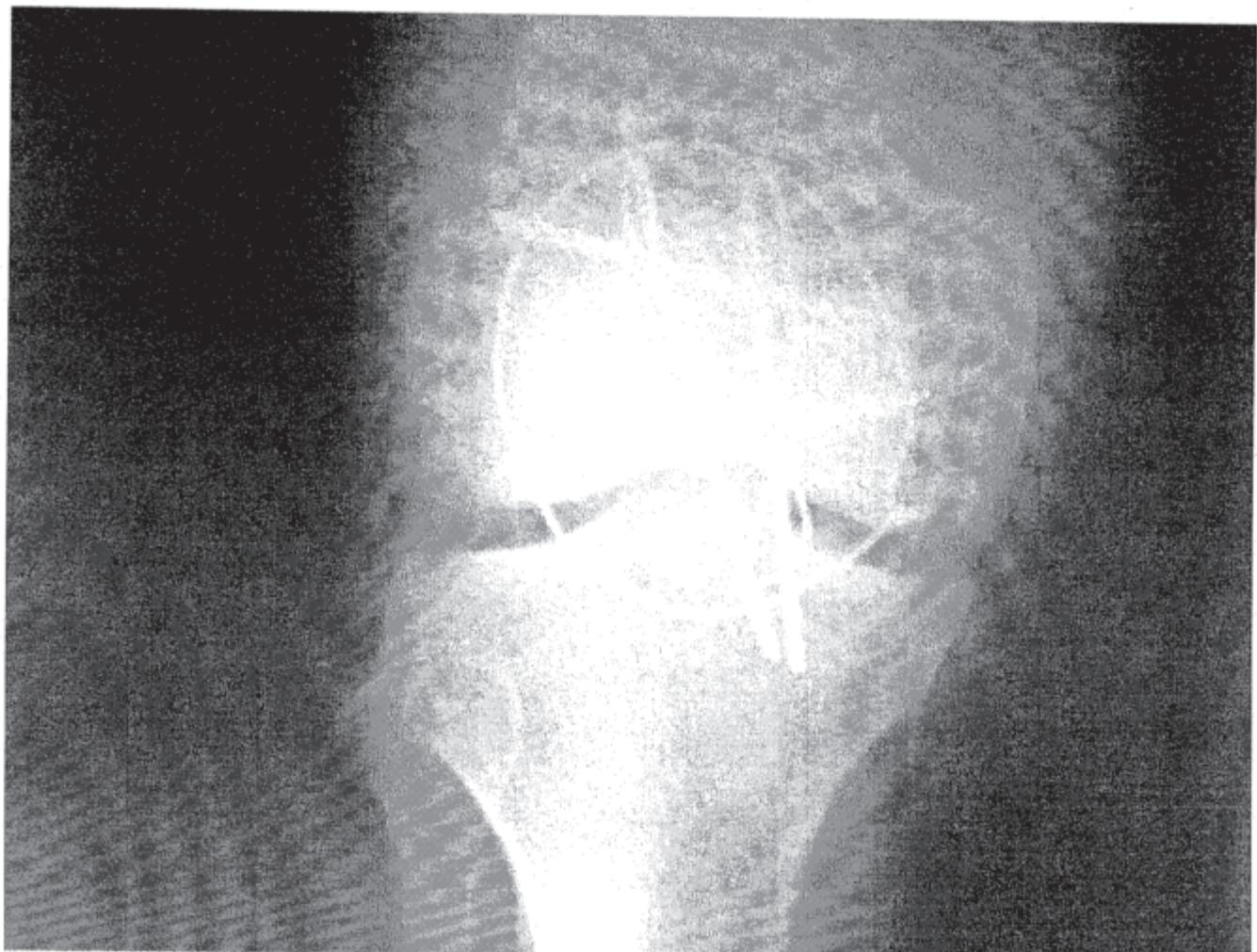




Scanned by CamScanner



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 31/12/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 31/12/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: JESÉNIO CARLOS Ferreira de Lima	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:  Palante vítima de acidente de Motocicleta, a consequente fratura da Perna esquerda	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):  Palante sendo submetido a Cirurgia (C6 RCLAGEM) Fisioterap. + (3º Anom)	
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 ORGÃO AFETADO 1º Palito C/ lesão Crav. Cc. Rigor 2º GRAVE, CLAUDICAÇÃO, atrofia de quadríceps 3º IMPORTANTE, deficit grave de flex. 4º Síntoma GRAVE e definitiva (C6 C7) m 5º M.I.B	
AFIRMO QUE ASSISTI E QUAVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 31/12/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
31/12/2019	DATA
LOCAL	
ASSINATURA E CARIMBO	

Mauricio César Leal  
Ortopedista  
CRM - 12395

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

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

RG.: 4784144  
 CPF.: 94983895434  
 Enfermaria: ENFERMARIA 03  
 Acomodação: LEITO 03

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

Cirurgia Principal: RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE TRAT CIRURGIC

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

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: \_\_\_\_\_

Pediatra:

Instrument.: \_\_\_\_\_

Intensivista:

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

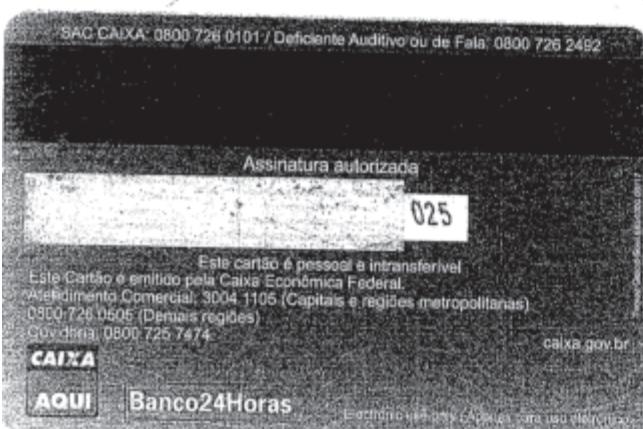
30 SET. 2019

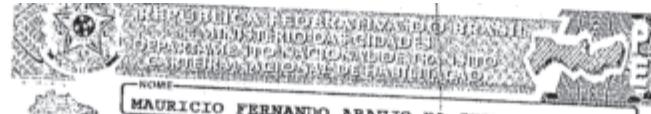
Gente Seguradora S/A.

Av. Rio Barroca, nº 715 - Loja 5  
Grápolis - Recife / PE - CEP: 52011-040**Descrição**

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

**Intercorrências / Observações****Assinatura do médico** \_\_\_\_\_





VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1482727575**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1482727575**

NOME <b>MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA</b>	
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF <b>2683135 SSP PE</b>	
CPF <b>488.217.804-49</b>	DATA NASCIMENTO <b>26/10/1966</b>
FILIAÇÃO	
<b>MAURINALDO PEREIRA DA SILVA MARIA JOSE ARAUJO DA SILVA</b>	
PERMISSÃO <b>ACD</b>	CAT. HAB. <b>AB</b>
Nº REGISTRO <b>03958127263</b>	VALIDADE <b>19/07/2022</b>
1ª HABILITAÇÃO <b>08/10/1986</b>	

OBSERVAÇÕES  
**A**

*Mauricio Fernando Araujo da Silva*

LOCAL <b>OLINDA, PE</b>	ASSINATURA DO PRATICANTE
<i>[Signature]</i>	
CHIEFES ANDREWS SOUTHEAST Diretor Presidente	
ASSINATURA DO EMISSOR	DATA EMISSÃO <b>19/07/2017</b>
58571334914 PEDR0271553	

**PERNAMBUCO**



**Gente Seguradora S/A**  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

15 MAR 2019

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE		Nº 014483910910	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
DATA	31/08/2010	PERÍODO	EXERCÍCIO 2010
JOSEENEIDE CRISTINA SERRA DE LIMA			
CLÍNICA 22			
349 65 22 22	PLACA	PEV 2767	
FLACIA ANUAL	CHASSI	LUG 9259564	
943 MOTOCICLETA	ESPECIE	COMBUSTIVEL GÁSOLINA	
HONDA CG 300 R	MARCA / MODELO	AÑO FAB.	AÑO MOD.
2.572.910-2	CATEGORIA	FAUTICO	
	COR PREDOMINANTE	AMARELA	
I COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
P FAIXA IPVA	PARCELAMENTO (COTAS)	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
V		*****	*****
A		*****	*****
PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
SEGURÓBRIGADO 10			
SEM RESERVA		OBSERVAÇÕES	
DOCUMENTO DE PROTEÇÃO OFICIAL			
NAO VAI HOS FATA TRANSFERENCIA			
OLINDA	DATA LOCAL	29/08/10	
DETAN/PI	DETAN/PI	DETAN/PI	

**Seguradora S  
A, Rua Boa Vista, 715  
905 - 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, deficit 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 ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal	Região Corporal
joelho esquerdo	
% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve	% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve
( <input checked="" type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo	( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve	% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve
( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo	( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 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

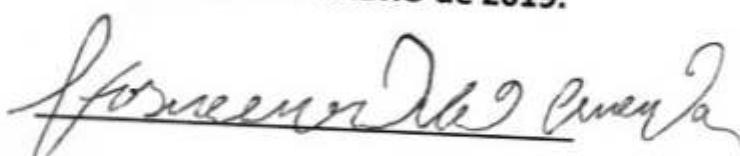
ASSUNTO: REANALISE DO PROCESSO

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, deficit de força grau medio, discreta alteração da marcha, presença de cicatriz cirúrgica

**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 término 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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, deficit 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 término 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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

**Valorização 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 médica 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 termo 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 médica 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 termo 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 ESCARRECER 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# 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 médica 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 termo 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

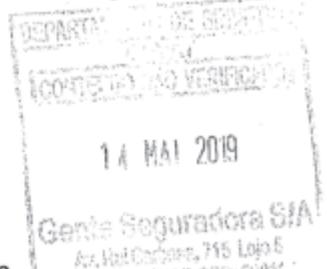
# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO  
CIVIL SOLTEIRO, PROFISSAO PEDREIRO RG: 4784244/SSP/PE  
, C.P.F. 94983895434 ENDERECO AV PAROS DE LIMA CAVALCANTI  
N° 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 06/02/2019 referente ao **SEGURO DPVAT**, perante a  
Seguradora Líder e suas Seguradoras conveniadas.



Olinda de 11-04 de 2019

2º  
Cartório



AUTORGANTE

**CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS DE OLINDA**

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE OLINDA-PE  
Av. Octávio Vargas, 939 - Bairro Novo  
Fone: (81) 3430-3095 - E-mail: 2notarioolindaoficial@gmail.com

Reconheço por Autenticidade a firma de: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Olinda, 11/04/2019 15:22:04. Em testemunho B da verdade: Bruna Letícia Maciel de Almeida Escrevente. Emol R\$ 3,51 / TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,79  
Selos: 0159426.IOK04201901.00623 Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

QR code

**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 médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/06/2019

Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 488.217.804-49

Data do cadastramento: 05/06/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Marta Marinho dos Santos