
Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247886

Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247886

Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247886

Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 000000009260-2

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

08476880464

4 - Nome completo da vítima:

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

6 - CPF:

08476880464

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA CINCO

9 - Número:

195

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RIO DOCE

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53070191

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-985102808

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

☒

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3220

CONTA:

00009260

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Vitório

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (menor)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão legível do titular do seguro ou beneficiário não autorizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

OLINDA 13 DE JULHO DE 2010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A. SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0321000847**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/06/2020** às **00:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/2/2020** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JULES RIMET, 01 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53040-150**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)
ANA PAULA BARBOSA (VITIMA)
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO**

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

ANA PAULA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE DE MELO BARBOSA
Data de Nascimento: **10/8/1979** Naturalidade: **NAZARE DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5825355/SDS/PE (RG). 08258300440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **EMPREGADO(A) DOMESTICO(A)** Telefones Celulares:
- **985102808**
- **82560404**

Endereço Residencial: **RUA CINCO, 195 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VILMA FERREIRA DE MELO Data de Nascimento: **15/9/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6741901/SDS/PE (RG)** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:
- **985102808**
- **84666852**

Endereço Residencial: **RUA CINCO, 195 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QYE7615** (PERNAMBUCO/OLINDA)

Ano Fabricação/Modelo: **2019/2020** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

OS NOTICIANTE VIERAM REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORAM VITIMAS QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA TRAFEGAVAM NA MOTO ACIMA QUALIFICADA LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO COMO CONDUTOR E ANA PAULA BARBOSA NO BANCO GARUPA QUANDO UMA OUTRA MOTO DE CONDUTOR E PLACA DESCONHECIDAS APROXIMOU-SE ANUNCIANDO UM ASSALTO A VITIMA ACELEROU A MOTO PARA FUGIR DOS CRIMINOSOS E ALGUNS METROS DEPOIS PERDEU O CONTROLE BATEU NO MEIO FIO DA CALCADA E CAIU COM A MOTO. O SENHOR LEONARDO PEDRO RELATOU QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROSA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ENQUANTO A SENHORA ANA PAULA BARBOSA DECLAROU QUE FORA SOCORRIDA PELO SAMU PARA UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDA PARA HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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

ANA PAULA BARBOSA
(VITIMA)

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RICARDO BARBOSA LEITE** - Matrícula: **2211998**
(Liberado em **28/06/2020** às **16:29**)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

08476880464

4 - Nome completo da vítima:

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

6 - CPF:

08476880464

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA CINCO

9 - Número:

195

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RIO DOCE

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53070191

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-985102808

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

☒

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3220

CONTA:

00009260

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Vitório

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (menor)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

OLINDA 13 DE JULHO DE 2010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000299 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTOS, 32 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6741901 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 084.768.804-64, residente à RUA CINCO, nº 195, , RIO DOCE, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/02/2020, por volta das 18:31 hs, no endereço: AV BRASIL, XXX, RIO DOCE OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO ENTRE VEÍCULOS, envolvendo MOTO RETIRADA DO LOCAL; PRISMA, PRATA, PDJ 3801 PE; UP, BRANCO, PDL 6305 PE,, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 084.768.804-64 e Registro Geral ° 6741901, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT BM 704084-9 CLÁUDIO LEANDRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 517504. Ficou aos cuidados do médico DANILO VASCONCELOS, registro 18126. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 09/07/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000299

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000009260-2

Nr. da Autenticação 9C2ED3396151352D



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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF¹.

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MAURÍCIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 488217804, 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
LEONARDO PEDRO DA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 084768804, 64
do sinistro de DPVAT cobertura IN VALIDEZ da Vítima LEONARDO PEDRO DA NASCIMENTO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 084768804, 64, 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>ANDRÉ CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE</u>	Número: <u>3214</u>	Complemento: <u>APTO 102</u>
Bairro: <u>JANGA</u>	Cidade: <u>PAULISTA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53437000</u>	Tel. (DDD): <u>81-985102808</u>

Local e Data OLINDA, 14 DE JULHO DE 2020

Maurício Fernando Araújo da Silva
Assinatura do Declarante



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 517504

Data e Hora: 16/02/2020 20:39

Senha da Classificação:

0036

Paciente: 96572 LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 15/09/1988 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VILMA FERREIRA DE MELO

Nome do Pai: JOSE PEDRO DO NASCIMENTO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: RUA CINCO

124

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 20:55

Queixa Principal

Intolerância de dor no peito e costas, aumento de náuseas. Dor no abdômen e costas. Dor no peito e costas.

Exame Físico

Clonias 15, com tosse, tosse seca, expectoração. 20.000 SLA. Ritmo cardíaco regular, ritmo cardíaco irregular.

Hipótese Diagnóstico

Crise de MI - Tensão arterial

Prescrição Médica

Ata de C.G. Amoxicilina e Acetaminofeno e Clopidogrel

Dr. Danilo Maciel
Cirurgia Vascular Endovascular
CRM 16128

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/02/2020 20:20



Nome Paciente: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/09/1988
Sexo: Masculino
Idade: 31
Senha: 0036
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 517504
SAME:

giral + ortop

: 16/02/2020 20:30 - 16/02/2020 20:43

KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS
VITIMA DE ATROPELAMENTO
ESCORIAÇÕES + DOR + FERIMENTMTO EM MIE

Medicamento(s):

NÃO FAZ USO

Observação:

NEGA DM HAS E OU ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 121.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 142.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 159.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 78.00 MMHG
- PESO: 122.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

REC. DO
NEP. MA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lugar de Trabalho
SUS - SUS - EXTERNO / URGENCIA

Acolhido(a) por: KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/02/2020 20:43



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	LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO			6 - Nº Prontuário	90572
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
708506317461673	15/09/1988	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	VILMA FERREIRA DE MELO			12 - Telefone de Contato	8198466685
13 - Nome Responsável	FERNANDO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA CINCO, 124 - RIO DOCE				
16 - Início	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
03 - DA	260960	PE	53080355		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

IENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO CARRO COM DOR EDEMA E LACERAÇÃO EM PE ESQUERDO

21 - Condições que justificam a internação

FRATURAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO ESQUERDO

24 - CID 10 Principal

S923

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

28 - Código do Procedimento

0418020069

Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437533

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

16/02/2020

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

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bônus

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

E260000001

52 - Nº de Autorização de Internação Hospitalar (A/I)

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. Wagner M. Mayde
Médico Ortopedista
CRM 10883 - RJ 01/1985

Código do Laudo: 517504

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **517510**

Usuário: JACKELINEFL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO** Prontuário: 96572
Idade: 31a 5m 1d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 15/09/1988
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 53090355
L.G.: 6741901 C.P.F.: 08476880464 - RIO DOCE - OLINDA - PE
Endereço: RUA CINCO

Dados da Internação
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 16/02/2020 22:27
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - EXTRA 010
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 02 / 02 / 2020 Hora da Alta: 12:00

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

Condições de Alta: 3025

Diagnóstico Principal.....: Ex 3102.2 WT - Exatoma de 12cm

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: 20102.00 - OSTEOTOMIA DE TATT - 12cm

20102.00 - OSTEOTOMIA DE TATT - 12cm
20102.00 - OSTEOTOMIA DE TATT - 12cm
20102.00 - OSTEOTOMIA DE TATT - 12cm

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG Médico e CRM: **REVISADO**
CGH-HMA

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 se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 02 de 02 de 2020

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



PE NAMBUCO
GOV. DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Edson de Figueiredo

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

DATA NASC.:

15/09/1988

NOME SOCIAL: [illegible]

REG: 96572

IDADE: 31 SEXO: m

DATA DA ADMISSÃO: 27/03/2020

DATA DA ALTA: 6/4/2020

D160 16/02/2020

DIAGNÓSTICO

- EXTENSÃO: RIMENTO EM PE ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º PDE + FRATURA DO COLO DO 3º MTT ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

(16/02) LC + DC + SURTI + FIXAÇÃO COM FIO K

28/02 DC + OSTECTOMIA 3º DISTAL 3º MTT + CULTURA (GRANDE ÁREA DE NECROSE EM DORSO E PLANTAR DE PÉ)

06/03 - DC + LC + SURTI

CIRÚRGICA PLÁSTICA 27/03 (ENXERTO)

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNHAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS; Y AMPLIAR P.O. J.A.C. PLÁSTICA.
- CURAR O DIÁRIO;
- REFORÇAR O ESQUEMA VACINAL ANTI-TÉTANO NO PSF;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9824
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



HOSPITAL

MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS ALTA**NOME: Thiago de Almeida

NOME SOCIAL: _____

DATA NASC.: 15/05/1989DIAGNÓSTICO: Obstrução da via biliarREG: 1657DATA DE INTERNAMENTO: 11/11/20DATA DA ALTA: 16/11/20**ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM:****CURATIVOS SIMPLES:**

- () DEIXAR A FERIDA OPERATÓRIA SEM CURATIVOS;
- () LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO OU COM ALCOOL À 70% PARA FERIDAS OPERATÓRIAS FECHADAS;
- () NÃO USAR POMADAS, CREAMES, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA;
- () EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO;
- () ANDAR E MOVIMENTAR-SE CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- () OUTROS: Evitar banhos quentes e exposição ao sol

CURATIVOS ESPECIAIS:

- () GAZE COM PETROLATUM (EX: ADAPTIC);
- () ÓLEO DE GIRASSOL;
- () HIDROGEL;
- () OUTROS: Uso de antisséptico

COMPARECER À EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES CASO:

- () DOR ABDOMINAL QUE NÃO MELHORA COM AS MEDICAÇÕES;
- () VÔMITOS PERSISTENTES;
- () FEBRE PERSISTENTE;
- () VERMELHIDÃO OU SAÍDA DE SECREÇÃO PELA FERIDA OPERATÓRIA;
- () SE APRESENTAR TOSSE, NAÚSEA, DIFICULDADE EM RESPIRAR;
- () OUTROS: _____

ORIENTAÇÕES COM OSTOMIAS:

- () ESVAZIAR CONTEÚDO DE 6/6H OU CONFORME NECESSIDADE;
- () LAVAR COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO;
- () TROCAR BOLSA A CADA 7 DIAS OU CONFORME NECESSIDADE.

ORIENTAÇÕES COM SONDA NASO ENTERAL:

- () HIGIENIZAÇÃO DO NARIZ E DA FIXAÇÃO CONFORME NECESSIDADE;
- () LAVAR COM 10ML DE ÁGUA DEPOIS DE CADA DIETA;
- () DEIXAR A CABECEIRA DA CAMA ELEVADA PARA ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO;



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

DATA DE NASC.: 15/09/1988

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 96572

SETOR:

ENFERMARIA: 502-04

LEITO:

DATA/HORA	
16/02/2020	TRAUMATOLOGIA
22:05	ADMISSÃO
	QPD/HDA: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO CARRO COM DOR EDEMA E LACERAÇÃO EM P ESQUERDO NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA
	MEDICAÇÕES DE USO: NEGA
	EXAME FÍSICO: CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL MIE EXPOSIÇÃO OSSEA + LACERAÇÃO EM 2º 3º 4º PDD E
	EXAMES DE IMAGEM: FX EXPOSTA EM 2 3 4º PDD E
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX EXPOSTA DE 2º 3 E 4º PDD E
	CONDUTA: AO BLOCO CIRURGICO

Dr. Ian Lacerto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000.000-0

17/02/2020 02:00h.

Paciente submetido a LMC +
desbridamento + fixação com fio de
Kirschman de pontos do 3º MFT
no pé esquerdo + suturas do 2º MFT
Lado direito no pé esquerdo
com grande lesão em partes
molas.

Solicito suturas no grupo
do pé para proximidade 2º. Supra
cricóide.

Intensificação do tratamento
com analgésicos e antibióticos
e hidratação, estabilização hemodinâmica
e monitorização de sinais vitais.

Dr. Ian Lacerto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000.000-0

Dr. Ian Lacerto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000.000-0

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

Página: 0001

Data: 27/03/20

Hora: 10:45

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63797	Sala : 0005	SALA 05	
Paciente : 96572	LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO		
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO	Atendimento : 517510	
Leito : 200	ORTO-502-LEITO 004	Carteira :	
Dt. Início : 27/03/2020 10:08	Dt. Fim : 27/03/2020 10:36	Idade : 31 Anos	
Cid Pré-Operatório : L908	OUTRAS AFECCOES ATROFICAS DA PELE		
Cid Pós-Operatório : L908	OUTRAS AFECCOES ATROFICAS DA PELE		

Procedimentos

Procedimento: 0401020029	ENXERTO DERMO-EPIDERMICO (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO	15166 RAFAEL WANDERLEY DE ALBUQUERQUE
-----------	---------------------------------------

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

ANTI-SEPSIA COM CLOREXIDINA EM PERNA ESQUERDA
RETIRADA DE PELE EM PERNA ESQUERDA COM FACA DE BLAIR
HEMOSTASIA COM ADRENALINA E SF 1:500000
APOSICAO DO ENXERTO EM DORSO DE PE ESQUERDO
FIXAÇÃO COM NYLON 4-0
CURATIVO COM ADAPTIC

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**DR(A) : RAFAEL WANDERLEY DE ALBUQUERQUE
CRM : 15166

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

Página.: 0001

Data.: 25/02/2020

Hora.: 10:14

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63108

Paciente : 96572

Convênio Atend. : 1

Leito : 200

Dt. Início : 25/02/2020 08:00

Id Pré-Operatório : S913

Id Pós-Operatório : S913

Sala : 0003

SALA 03

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

ORTO-502-LEITO 004

Dt. Fim : 25/02/2020 09:45

FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE

FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE

Atendimento : 517510

Carteira :

Idade : 31 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

Convênio: 001

Anestesia:

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

Equipe MédicaRGIAO
AN ESISTA

17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA

16819 LUAR DE OLIVEIRA SILVA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

- DIAGNÓSTICO: INFEÇÃO PÓS FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO METATARSO ESQUERDO
CIRURGIA: LIMPEZA+DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA + CURATIVO COM ADAPTIC
CIRURGIÃO: DR. RODRIGO AMORIM
1º AUXÍLIO: DR. LUIZ ROGÉRIO GOMES
ANESTESISTA: DRA. LUAR OLIVEIRA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. ACESSO VIA INCISÃO PRÉVIA EM DORSO, FACE PLANTAR E ZONA INTERDIGITAL DE 1º E 2º PDE, SENDO VERIFICADA DRENAGEM DE SECREÇÃO HEMATOPURULENTO
5. DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + REVISÃO DE HEMOSTASIA
6. COLETA DE PARTES MOLES PARA CULTURA
7. IMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% - 3 LITROS
8. CURATIVO ESTÉRIL COM ADAPTIC (IMPOSSIBILITADA A APROXIMAÇÃO DE BORDAS DE FERIDA APÓS EXTENSA ÁREA DEBRIDADA)
9. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-BA 27684 CRM-BA 33034

DR(A) : RODRIGO DE AMORIM SILVA
CRM : 17439

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

DATA NASC.:

15/09/1988

NOME SOCIAL: Tarta de Publicidade

REG: 96572

IDADE: 31 **SEXO:** m

DATA DA ADMISSÃO: 27/03/2020

DATA DA ALTA: 6/4/2020

DIAGNÓSTICO:

- EXTENSO: FRATURAMENTO EM PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º PDE + FRATURA DO COLO DO 3º MTT ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

(16/02) LC + DC + SURTIÇÃO + FIXAÇÃO COM FIO K

28/02 DC + OSTEOTOMIA 3º DISTAL 3º MTT + CULTURA (GRANDE ÁREA DE NECROSE EM DORSO E PLANTAR DE PÉ)

06/03 - DC + LC + CL - TURA

CIRÚRGICA PLÁSTICA EM 27/03 (ENXERTO)

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- CURATIVO DIÁRIO;
- REFORÇO DO ESQUEMA VACINAL ANTI-TÉTANO NO PSF;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL:

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9824
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

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

Página.: 0001

Data.: 17/02/2020

Hora.: 02:20

Ficha de Cirurgia Descritiva

Visto de Cirurgia: 82961

Paciente: 96572

Convênio Atend.: 1

Leito: 473

Dt. Início: 17/02/2020 00:30

Pré-Operatório: S922

Pós-Operatório:

Sala: 0002 SALA 02

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

SUS - INTERNAÇÃO

VERMELHO - EXTRA 010

Dt. Fim: 17/02/2020 02:00

FRATURA DE OUTROS OSSOS DO TARSO

Atendimento: 517510

Carteira:

Idade: 31 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050713

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATÁRSICA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNAÇÃO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: EXTENSO FERIMENTO PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2 PDE + FRATURA DO COLO DO 3 MTT ESQ + LESÃO GRAVÍSSIMA DE PARTES MOLES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA

INTERVENÇÃO: LC + DESBRIDAMENTO + SUTURA + FIXAÇÃO DO 3 MTT COM FIO DE AÇO

OPERADOR: GUSTAVO LEÃO

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: LUAR

ANESTESIA: RAQUI E GERAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL

LAVAGEM INICIAL PARA RETIRADA DE DEBRIS

1. ASSEPSIA+ANTISSEPSE

2. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERIS

4. OBSERVADO FERIMENTO EXTENSO EM PÉ ESQUERDO COM LESÃO MUITO EXTENSA EM PARTES MOLES EM ANTEPÉ, F

MEDIAL E RETROPÉ. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2 PDE

5. REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SF A 0,9% 9000 ML

6. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE AÇO DA FRATURA DO 3 MTT E E AMPUTAÇÃO DO 2 RAO DO PÉ

ESQUERDO

NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA

7. SUTURA COM NYLON 2-0 E VICRYL 1

8. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**DR(A): LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM: 13925

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 63169

Paciente: 96572

Convênio Atend.: 1

Leito: 200

Dt. Início: 28/02/2020 21:30

d Pré-Operatório: M869

d Pós-Operatório: T875

Sala: 0001

SALA 01

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

ORTO-502-LEITO 004

Dt. Fim: 28/02/2020 22:20

OSTEOMIELITE NAO ESPECIFICADA

NECROSE DO COTO DA AMPUTACAO

Atendimento: 517510

Carteira:

Idade: 31 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

Convênio: 001

Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

QUIRURGIÃO

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: NECROSE + INFECÇÃO DE SÍTIO OPERATÓRIO
INTERVENÇÃO: DEBRIDAMENTO + OSTECTOMIA + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
OPERADOR: DR FAGNER ATHAYDE
INSTRUMENTADORA: WILMA
ANESTESISTA: DRA. RAFAELA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. NOTAMOS ÁREA CRUENTA EXTENSA EM DORSO E REGIÃO PLANTAR DE PÉ ESQUERDO COM GRANDE ÁREA DE NECRO CUTÂNEA E SUBCUTÂNEA
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, NOTAMOS ASPECTO NECRÓTICO EM EPIFISE DISTAL DE 3º METATARSO
6. REALIZADO OSTECTOMIA DE EPIFISE DISTAL DE 3º METATARSO AO NÍVEL DE FRATURA PRÉVIA (APÓS RETIRADA DE FIO ENVIADO AMOSTRA DE FRAGMENTO ÓSSEO E DE TECIDO DE GRANULAÇÃO PARA CULTURA SEGUIDO DE LIMPEZA AUSTIVA COM SF 0,9% 3000ML
8. HEMOSTASIA DE VASOS SANGRANTES COM ELETROCAUTÉRIO
7. APROXIMAÇÃO DE BORDAS DE FERIMENTOS COM DIMINUIÇÃO DE ÁREA CRUENTA
10. CURATIVO OCLUSIVO COM "ADAPTIC"
11. PERFUSAO DISTAL DE ARTELHOS REMANESCENTES OK
12. A.S.R.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TETO 12551

DR(A): FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM: 16863

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

Página.: 0001

Data.: 06/03/2020

Hora.: 09:24

Ficha de Cirurgia Descritiva

Via de Cirurgia : 63313	Sala : 0002	SALA 02
Paciente : 96572	LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO	Atendimento : 517510
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO	Carteira :
Leito : 200	ORTO-502-LEITO 004	Idade : 31 Anos
Dt. Inicio : 06/03/2020 07:50	Dt. Fim : 06/03/2020 09:10	
1 Pré-Operatório : S923	FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	
1 Pós-Operatório : S978	LESÃO POR ESMAGAMENTO DE OUTRAS PARTES DO TORNOZELO E DO PÉ	

Procedimentos

Procedimento: 0415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

RGIAO	14501 IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
-------	---

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: ESMAGAMENTO DO PÉ + INFECÇÃO DE FERIDA + AMPUTAÇÃO DO 02 RAO

OPERADOR: IVAN MÁRCIO

1º AUXILIAR: TIAGO NOGUEIRA

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: JULIO

ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO DO MIE
3. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVAMOS DRENAGEM PURULENTE POR FERIDA COM NECROSE CUTÂNEA EM BORDAS + EXTENSA ÁREA DE GRANULAÇÃO EM DORSO E PLANTAR NO PÉ ESQUERDO.
5. DESBRIDAMENTO DOS BORDOS DESVITALIZADOS, DE ÁREA DE NECROSE ENTRE O 01º E 03º METATARSOS, INCLUINDO TENDÕES FLEXORES DO 03 PDE
6. LAVAGEM SF 0,9%, REALIZADA OSTECTOMIA DE BASE DA FALANGE DO 03 PDE
7. OBSERVO SANGRAMENTO DIFUSO, SEM ASPECTO DE ÁREAS DE NECROSE
8. CURATIVO COMPRESSIVO COM ADAPTIC
9. OPTO POR NÃO TENTAR FIXAÇÃO/APROXIMAÇÃO INTERMETATARSICA NESTE TEMPO CIRURGICO, DISCUTIREMOS ESSA CONDUTA NO MESMO TEMPO DO ENXERTO CUTANEO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Ivan Marcio Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

DR(A): IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
CRM: 14501

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	16/2/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	16/2/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Paciente VÍTIMA de GRAVE acidente de trânsito, ocorrendo fratura exposta CI		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Paciente de 2º Grau e 1º de 1º grau de (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA). SEMIR REALIZADO CIRURGIA (Regulagem de Coto de Amputação)		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	FÍSICAMENTE NÃO HÁ SINTOMAS
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
1º GRAVE Fratura exposta, CI AMPUTAÇÃO m
2º 1º grau de (2º Grau - METATARSAL); CI den
3º CLÍNICA, CLAUDICAÇÃO, perda de força, fadiga
4º f. Projeção m. p. igual. Segundo GRAU
5º f. Projeção m. p. igual. Segundo GRAU

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 9/7/2020	A
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LÓCAL	DATA

Assinatura e Carimbo
 Assinatura: [Assinatura]
 Carimbo: [Carimbo]
 ASSINATURA E CARIMBO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1482727575

SAGIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL

1482727575

ESTADO

PERNAMBUCO

1482727575

OUTRA, PE

ASSINATURA DO DETENTOR

Antônio Carlos da Silva

Antônio Carlos da Silva

Assinatura do Detentor

1482727575



NOME DO DETENTOR: ANTONIO CARLOS DA SILVA

CPF: 288338 888 88

RG: 488.217.806-69

NACIONALIDADE: BRASILEIRO
NOME DO DETENTOR: ANTONIO CARLOS DA SILVA

DATA DE EMISSÃO: 00/03/2015



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247886 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METATARSO ESQUERDO.
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO/FIOS K -3º METATARSO/ REGULARIZAÇÃO DO COTO -2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. ALTA.
P 5/7/8/9/11/12/13.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: **130320**
@ P 14.

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 pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247886 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METATARSO ESQUERDO.
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO/FIOS K -3º METATARSO/ REGULARIZAÇÃO DO COTO -2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. ALTA.
P 5/7/8/9/11/12/13.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E
DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 14.

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 pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247886 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METATARSO ESQUERDO.
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO/FIOS K -3º METATARSO/ REGULARIZAÇÃO DO COTO -2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. ALTA.
P 5/7/8/9/11/12/13.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 14.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. 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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247886 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METATARSO ESQUERDO.
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO/FIOS K -3º METATARSO/ REGULARIZAÇÃO DO COTO -2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. ALTA.
P 5/7/8/9/11/12/13.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E
DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: RECUSA DE PERÍCIA.
@ P 14- FEITO INDENIZAÇÃO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO E ORIENTAÇÃO DA COORDENAÇÃO.

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 pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão MOTORISTA, residente e domiciliado à Rua CINCO, nº 195, bairro RIO DOCE, Município de OLINDA, Estado de (o) PE, portador (a) do RG nº 6747907 5051 PE e CPF nº 08476882464

Outorgado: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA, brasileiro (a), estado civil: divorciado, profissão: professor, residente e domiciliado (a): Avenida Dr. Claudio Jose Gueiros Leite, bairro: Janga, Município do Paulista, Estado de PE portador (a) do RG nº 2883138 /SDS / PE e CPF 48821780449.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento da indenização por invalidez permanente que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO, ocorrido em 16/02/2020.

PODERES

Podendo o dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse para requerer: FICHAS DE ATENDIMENTO, PRONTUARIOS, RESUMOS DE ALTA HOSPITALAR, BOLETINS DE ESCLARECIMENTO, FICHAS DE CIRURGIA, EXAMES DE IMAGEM, LAUDOS MEDICOS, BOLETINS DE OCORRENCIA DE ACIDENTES DE TRANSITO, TODOS MANTIDOS SOB POSSE E GUARDA DAS POLICIAS RODOVIARIA FEDERAL E ESTADUAL, MILITAR, POLICIA CIVIL, IML, EM QUALQUER ESTABELECIMENTO HOSPITALAR E DE PRONTO ATENDIMENTO, CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E SAMU EM TODO TERRITORIO NACIONAL.

OLINDA, 29 de JUNHO de 2020.

2º
Cartório

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE OLINDA-PE
2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE OLINDA-PE
Av. Getúlio Vargas, 920 - Santa Nova
Fone: (081) 3528-0200 - E-mail: cartorio@cartoriope.com.br

Reconheço por semelhança a firma de: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Olinda, 29 de junho de 2020, 10:11:41. Em testemunho da verdade, ELIANE MARIA MARTINS DE SANTANA PEREIRA Escrevente. Enol: R\$ 0,63, TSNR: R\$ 0,82, FENC: R\$ 0,41, FERM: R\$ 0,04, FUNSEO: R\$ 0,08, Total: R\$ 1,98. Consulte autenticidade em 0159426.PRJ06202002.00031

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE OLINDA-PE