

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, 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.

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° 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 446/2012				
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<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)		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				
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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, as custas 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.				
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
24 - Dados da conta da vítima:	25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no CRM) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros (verbares)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 ilínguaria do artigo 299 do Código Penal.				
34 - Impronta digital da vítima ou beneficiário declarante				
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)				
40 - Local e Data, <i>OLINDA, 13 DE JULHO DE 2010</i>				
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 N°. **20E0321000847**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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 NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO**
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 NOTICIANTES 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 BOMBEIROS 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 NASCIMENTO
(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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° 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 446/2012				
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> 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: 00009260	2	3 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	Nome do BANCO: _____	
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				
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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, as custas 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.				
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no CRM) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Diga da morte da vítima: _____				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima desceu necrofobia (vernascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima desceu pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 ilínguaria do artigo 299 do Código Penal.				
34 - Impronta digital da vítima ou beneficiário não identificado				
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)				
40 - Local e Data, <i>OLINDA, 13 DE JULHO DE 2010</i>				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Leonardo Pedro do Nascimento</i>				



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

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 nº 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

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:

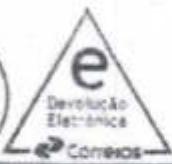
CLIENTE: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 00000009260-2

Nr. da Autenticação 9C2ED3396151352D



00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

TAMIRES FERREIRA DO NASCIMENTO
R CINCO 00195
RIO DOCE
53070-191 OLINDA PE



00000000000000000000000000000000

Data de Postagem: 07/12/2016 Data de Entrega: 22/12/2016

C₁₀H₂₂O₂ BE 2002

CHINESE

MÁRCIO FERNANDO ARAUJO S. V.A.
AV DR CLAUDIO J GUEIROS LEITE 3214
AP 102 JANGA
53437-000 PAULISTA PR





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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Mauricio Fernando Araujo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ

488277804, 49

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonardo Pedro da Nascimento inscrito (a) no CPF sob o N084768804, 64

do sinistro de DPVAT cobertura

IN VALIDEZ

da Vítima

Leonardo Pedro da Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o N084768804, 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 Lider-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 Cláudio José Gueiros Leite</u>	Número:	<u>3224</u>	Complemento:	<u>APTO 102</u>
Bairro:	<u>JANGA</u>	Cidade:	<u>PAULISTA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:					CEP: <u>53497000</u>
					Tel. (DDD): <u>81-985102808</u>

Local e Data:

OLINDA, 14 DE JULHO DE 2020

Assinatura do Declarante

Atendimento: 517504

Senha da Classificação:

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

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 CIRURGIA 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: 20:35

Queixa Principal

Intolerância a leite com erupções, ardore de urinárias.
Alta febre e constipação. Dor de dor no lado esquerdo.

Exame Físico

Clínica: 15º ond. ventr. sentado expira.
Pulmões: SLEA. Rotação pulmão abdominal, abdômen
mobilizado.

Hipótese Diagnóstica

- Crise de MTC - Reação urinária

Prescrição Médica

- Alta de C.G.
- Fimex e Acompante e oftalmol.

Dr. Daniel Gonçalves
CRM 16128

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

HOÓPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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:
---	--

ginal
+
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 + FERIMENTO 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

RE
HEP
DO
RA

HMA - Hospital Miguel Arraes
SUS - Sistema Único de Saúde
SIE - Sistema de Informações do SUS

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Frontário		
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO	90572		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça Cor
708606317461673	15/09/1988	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato	13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato
VILMA FERREIRA DE MELO	81984666885	FERNANDO	
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
RUA CINCO, 124 - RIO DOCE	260960	PE	53090355

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sintomas e Sintomas Clínicos
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO CARRO COM DOR EDEMA E LACERAÇÃO EM PE ESQUERDO

21 - Condições que justificam a internação CITADAS ACIMA	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO ESQUERDO	S923	W199	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA			
30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	28 - Código do Procedimento
<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICA	<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	980016278437533	0415020069
34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	16/02/2020		16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ / Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico			
38 - () Acid. Trabalho Trajeto	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência	46 - Documento	47 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado	48 - Nome do Profissional Autorizado	49 - Cód. Orgão Emissor	50 - Data de Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado		
() CNS	() CPF			E260000001			

53 - () Acidente de Trânsito	54 - CNPJ / Seguradora	55 - Nº Bilhete	56 - Série
57 - () Acid. Trabalho Típico			
58 - () Acid. Trabalho Trajeto	59 - CNPJ / Empresa	60 - CNAE / Empresa	61 - CBOR
62 - Vínculo com a Previdência	63 - Documento	64 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado	65 - Nome do Profissional Autorizado
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado
() CNS	() CPF		
66 - Data de Autorização	67 - Cód. Orgão Emissor	68 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	
	E260000001		
69 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)			
70 - Dr. Fagner Almaya Médico Ortopedista CRM 10359 - ISD 11361			



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 517510

Verkäufer: JACKELINNESE

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:
 I.G.: 6741901 C.P.F.: 08476880454 Telefone: CEP 53090355
 Endereço: RUA CINCO , 124 - RIO DOCE - OLINDA - PE
Dados da Internação
 Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 16/02/2020 22:27
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
 Unidade Internação: VERMELHA - EMERGE! Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO 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: 08 / 11 / 2020 Hora da Alta: 12:30

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....: Ex-sido 2 mit. e seu amido

agnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário 02.:

Procedimento.....

Digitized by srujanika@gmail.com

1920-1921

Medico e CRM:

Visa card number: 4111-1234-5678-9012 Expiry date: 12/2014

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

Responsável pela retirada do paciente: Administrador do

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 bem estar do paciente.

Em 02 de 2020

⑧ 100000 Pcs

Assinatura e RG do paciente ou Pessoa responsável

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LEO ARDO PEDRO DO NASCIMENTO

DATA NASC.:

15/09/1988

NOME SOCIAL: [redacted]

REG: 96572

IDADE: 31 SEXO: m

DATA DA ALTA: 6/4/2020

DATA DA ADMISSÃO: 27/03/2020

Di 16/04/2020

Francisco Couto
CRM 13246 - TEC 17447
Tratamento Ortopédico

DIAGNÓSTICO

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

TRATAMENTO REALIZADO:

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

18/02 DC + OSTEOTOMIA 3º DISTAL 3º MTT + CULTURA (GRANDE ÁREA DE NECROSE EM DORSO E PLANTAR DE PÉ)

06/03 - DC + LC + C - ITRA

CIRÚRGICA PLÁSTICA 27/03 (ENXERTO)

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS; ^{1º AMPULATÓRIO JÁ C. PLÁSTICA.}
- CURATIVO DIÁRIO;
- REFORÇO DO ESQUEMA VACINAL ANTI-TÉTANO NO PSF;
- PROCEDE-SE AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA DE SEÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, 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 DÉFICIT NEUROLÓGICO.

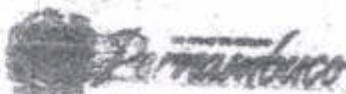
PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(x) NÃO()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: [redacted]

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

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS ALTA

NOME: Leandro Ribeiro da Costa DATA NASC.: 05/05/1984
 NOME SOCIAL: _____
 DIAGNÓSTICO: Exame de rotina REG: 16275
 DATA DE INTERNAMENTO: 17/04/2011 DATA DA ALTA: 11/04/2011

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, CREMES, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA;
- EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO;
- ANDAR E MOVIMENTAR-SE CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- OUTROS: Levar um cinto de segurança sempre que for dirigir

CURATIVOS ESPECIAIS:

- GAZE COM PETROLATUM (EX: ADAPTC);
- ÓLEO DE GIRASSOL;
- HIDROGEL;
- OUTROS: Levar um cinto de segurança sempre que for dirigir

COMPARCER 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:

RÉGISTRO: 96572

SETOR:

ENFERMARIA: 502-04

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
16/02/2020	
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 OSSEIA + LACERAÇÃO EM 2º 3º 4º PDD E	
EXAMES DE IMAGEM: FX EXPOSTA EM 2 3 4º PDD E	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX EXPOSTA DE 2º 3º E 4º PDD E	
CONDUTA: AO BLOCO CIRÚRGICO	
17/02/2020 02:00h.	
<p>Paciente submetido à LMC + desincarcerando + fixando com fio de Kirschner os ossos do 3º MTT do pé esquerdo + imobilização do 2º MTO Lesão gravíssima no pé esquerdo com grande lesão em partes molas.</p> <p>Solicito auxílio do grupo do pé para proceder à fixação urgente.</p> <p>ESTA</p> <p>Entendo que é urgente proceder ao desincarceramento ecolise, estabilização das partes molas, colocação de fixador VIOLET FJ</p>	

DEPARTAMENTO
DE ENFERMAGEM
DATA: 2020-02-17-10:30

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63797
Paciente : 96572
Convênio Atend. : 1
Leito : 200
Dt. Início : 27/03/2020 10:08
Cid Pró-Operatório : L908
Cid Pós-Operatório : L908

Salas : 0005 SALA 05
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
ORTO-502-LEITO 004
Dt. Fim : 27/03/2020 10:38
OUTRAS AFECCOES ATROFICAS DA PELE
OUTRAS AFECCOES ATROFICAS DA PELE

Atendimento : 517510
Carteira :
Idade : 31 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0401020029
Convênio: 001
Anestesia: 05

ENXERTO DERMO-EPIDERMICO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 15166 RAFAEL WANDERLEY DE ALBUQUERQUE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

ANTÍSEPSIA COM CLOREXIDINA EM Perna ESQUERDA
RÉTIRADA 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 DescritivaPágina.: 0001
Data....: 25/02/2020
Hora...: 10:14

Aviso de Cirurgia : 63108

Paciente : 96572

Convênio Atend.: 1

Leito : 200

Dt. Início : 25/02/2020 09:00

Id Pré-Operatório : S913

d Pós-Operatório : S913

Ficha de Cirurgia Descritiva

Saia : 0003 SALA 03

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

ORTO-502-LEITO 004

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

Atendimento : 517510

Carteira :

Idade : 31 Anos

FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE

FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe MédicaDRGIAO
AN
ESISTA

17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA

16619 LUAR DE OLIVEIRA SILVA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO 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 HEMATOPURULENTA
5. DEBRIDAMENTO EXTERNO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + REVISÃO DE HEMOSTASIA
6. COLETA DE PARTES MOLES PARA CULTURA
7. LIMPEZA 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 GOMES
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM/MG 27644 CRM-BA 333039

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: Tanta de Púlio [cadastrado]

REG:96572

IDADE:31 SEXO:m

DATA DA ADMISSÃO:27/03/2020

DATA DA ALTA: 6/4/2020

DIAGNÓSTICO:

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

TRATAMENTO REALIZADO:

(16/03) LC + DC + SU + RA + FIXAÇÃO COM FIO K

28/03: 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: 06/03 (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 PURULENTA, 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 DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9822
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Viso de Cirurgia: 62961
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 - INTERNACAO
VERMELHO - EXTRATO 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-METATARSICA (PRINCIPAL)
Convênio: 001
SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: EXLENTO FERIMENTO PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2 PDE + FRATURA DO COLO DO 3 MTT ESQ + LESÃO GRAVISSIMA 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+ANTISEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS

4. OBSERVADO FERIMENTO EXLENTO EM PÉ ESQUERDO COM LESÃO MUITO EXTENSA EM PARTES MOLES EM ANTEPÉ, P MEDIAL E RETROPÉ. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2 PDE

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

6. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSÍTESE COM FIO DE AÇO DA FRATURA DO 3 MTT E E AMPUTAÇÃO DO 2 RAIO 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

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0001 SALA 01
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
ORTO-502-LEITO 004
OSTEOMIELITE NAO ESPECIFICADA
NECROSE DO COTO DA AMPUTACAO

Atendimento : 517510

Carteira :

Idade : 31 Anos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Procedimentos

RURGIÃO

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

Equipe Médica

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: NECROSE + INFECÇÃO DE SÍTO OPERATÓRIO

INTERVENÇÃO: DEBRIDAMENTO + OSTECTOMIA + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA

OPERADOR: DR FAGNER ATHAYDE

INSTRUMENTADORA: WILMA

ANESTESISTA: DRA. RAFAELA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

Descrição

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS
4. NOTAMOS ÁREA CRUENTA EXTENSA EM DORSO E REGIÃO PLANTAR DE PÉ ESQUERDO COM GRANDE ÁREA DE NECRO
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 FI
7. ENVIADO AMOSTRA DE FRAGMENTO ÓSSEO E DE TECIDO DE GRANULAÇÃO PARA CULTURA SEGUINDO DE LIMPEZA
8. CAUTIVA COM SF 0.9% 3000ML
9. HEMOSTASIA DE VASOS SANGRANTES COM ELETROCAUTÉRIO
10. APROXIMAÇÃO DE BORDAS DE FERIMENTOS COM DIMINUIÇÃO DE ÁREA CRUENTA
11. PERFUSÃO DISTAL DE ARTELHOS REMANESCENTES OK
12. A S.R.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TEDT 1251

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Viso de Cirurgia: 83313
Paciente: 96572
Convênio Atend.: 1
Leito: 200
Dt. Início: 06/03/2020 07:50
Dt. Fim: 06/03/2020 09:10
Pre-Operatório: S923
Pós-Operatório: S978
Sala: 0002 SALA 02
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
ORTO-502-LEITO 004
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
LESAO POR ESMAGAMENTO DE OUTRAS PARTES DO TORNOZELO E DO PE
Atendimento: 517510
Carteira:
Idade: 31 Anos

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 RAIO

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 + ANTISSEPSIA DO MIE
POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. OBSERVAMOS DRENAGEM PURULENTA POR FERIDA COM NECROSE CUTÂNEA EM BORDAS + EXTENSA AREA DE GRANULAÇÃO EM DORSO E PLANTAR NO PÉ ESQUERDO.
4. DEBRIDAMENTO DOS BORDOS DESVITALIZADOS, DE AREA DE NECROSE ENTRE O 01º E 03º METATARSOS , INCLUIND TENDOES FLEXORES DO 03 PDE
5. LAVAGEM SF 0,9% , REALIZADA OSTECTOMIA DE BASE DA FALANGE DO 03 PDE
6. OBSERVO SANGRAMENTO DIFUSO , SEM ASPECTO DE AREAS DE NECROSE
7. CURATIVO COMPRESSIVO COM ADAPTIC
8. OPTO POR NÃO TENTAR FIXAÇÃO/APROXIMAÇÃO INTERMETATARSICA NESTE TEMPO CIRÚRGICO , DISCUTIREMOS ESE CONDUTA NO MESMO TEMPO DO ENXERTO CUTANEO

Achados Cirúrgicos:

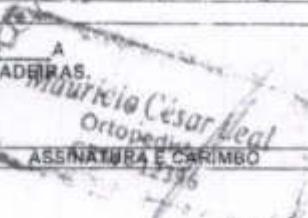
Descrição Complementar

Ivan Marcio Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Cintura
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:	16/12/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	16/12/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	<p>Paciente VÍTIMA de GRAVE acidente de Motocicleta, acometido fratura aberta CI + CII, de Coto de Amputação</p>		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	<p>Puxa de 2º Raio + Puxa de 1º raiz de C1 metacôndilo. Sendo realizada cirurgia (Regul- arização de Coto de Amputação)</p>		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	FÍSICO. RAIO + CIRURGIA
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:	<p>1º A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.</p> <p>2º A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA</p>		
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)			
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO			
<p>1º GRAVE Fratura aberta, C1 Amputação m 2º Fratura de 2º Raio - METACÔNDILO, C1 den 3º Clínica clássica, Fratura de fôrceps, Fratura 4º Projeto m de inabilit. Puxa de C1 + CII 5º Fratura de C1 + CII (AMPUTAÇÃO C1 + CII)</p>			
<p>APRIMÓ, DE ASSISTI E/OU AVALIAR A VÍTIMA NO PERÍODO DE 9/12/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.</p>			
LOCAL	DATA	 Mauricio César de Almeida Ortopedista	



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

Valorização 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

Valorização 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, n° 195,
bairro RUA DOCE, Município de OLINDA,
Estado de (a) PE, portador (a) do RG nº 67479071 5051 PE e CPF nº
284768809601

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
16/10/2020.

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 Leonardo Pedro do Nascimento
Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

