

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576915

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do acidente: 09/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VITIMA COM EDEMA EM JOELHO ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, REALIZA FLEXÃO A 80 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, PLACA E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2019

Conduta mantida:

Observações: APÓS NOVA AVALIAÇÃO E DIANTE DO ACIMA EXPOSTO, CONCLUÍMOS QUE NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576915

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do acidente: 09/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 45°, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ EM FACE LATERAL DA COXA DE 20 CM, RIGIDEZ EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL COM DOR A COMPRESSÃO, IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO E ATIVIDADES PROFISSIONAIS QUE EXERÇA CARGA SOBRE O MEMBRO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO COM USO DE PLACA DCS 95° MAIS PINO DESLIZANTE E PARAFUSOS CORTICAIS, O MESMO JÁ APRESENTAVA HISTÓRICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL EM PERNA ESQUERDA E NO MOMENTO APRESENTA FRATURA EM FÊMUR DISTAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA APRESENTA SEQUELA FUNCIONAL DE 75% DO JOELHO ESQUERDO, COMO JÁ FOI INDENIZADO PELA REFERIDA SEQUELA, NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576915

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do acidente: 09/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VITIMA COM EDEMA EM JOELHO ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, REALIZA FLEXÃO A 80 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, PLACA E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2019

Conduta mantida:

Observações: APÓS NOVA AVALIAÇÃO E DIANTE DO ACIMA EXPOSTO, CONCLUÍMOS QUE NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576915

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do acidente: 09/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM EDEMA IMPORTANTE DO JOELHO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR (FLEXÃO A CERCA DE 75 GRAUS), CREPITAÇÃO A MOBILIZAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA, ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++*****).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE, FISIOTERAPIA
EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/10/2019

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA APRESENTA SEQUELA FUNCIONAL DE 75% DO JOELHO ESQUERDO, COMO JÁ FOI INDENIZADO PELA REFERIDA SEQUELA, NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190488058

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do acidente: 09/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180006962 EM NÍVEL INTENSO PARA O JOELHO ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576915

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do acidente: 09/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @-P-1-& APONTAMOS LAUDO MÉDICO ASSISTENTE DR.DILAMAR DUTRA PINTO, CRM 11619,DE 28/06/2019. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.
APONTAMOS PARECER:SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.
APONTAMOS PARECER SINISTRO 3190488058:Informamos o encerramento do sinistro, tendo em vista que conforme análise médica realizada, ficou confirmado que a sequela ora pleiteada, já foi indenizada pelo sinistro ocorrido em 05/07/2012 .

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: GENILDO JOSE FRANCISCO

Brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO

Profissão: carpinteiro RG: 4459708-SDS-PE, CPF/MF

Nº 023.555.644-94, Com endereço residencial a R- SURUBIM n.º 45 APTU LUDE TI
PAULISTA - PE
CEP: 53446-550

Outorgado:

Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
RG: 4364868-SDS-PE CPF: 830.621.904-00

R-SÃO GERALDO N-276-Lot: SÃO PEDRO
CAMARAGIBE-PE CEP: 54753-770

PODERES:

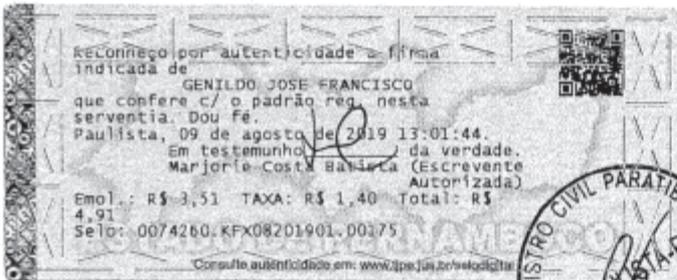
Amplios poderes para praticar os atos administrativos de seguro obrigatório - DPVAT.

Paulista, 09, agosto de 2019

Genildo Jose Francisco

OUTORGANTE

RECONHECIDO
CARTORIO
PARATIBE
2º DISTRITO
PAULISTA/PE



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: GENILDO JOSE FRANCISCO

Brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO

Profissão: carpinteiro RG: 4459708-SDS-PE, CPF/MF

Nº 023.555.644-94, Com endereço residencial a

R- SURUBIM n.º 45 APTU LUDE TI
PAULISTA - PE
CEP: 53446-550

Outorgado:

Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
RG: 4364868-SDS-PE CPF: 830.621.904-00

R-SÃO GERALDO N-276-Lot: SÃO PEDRO
CAMARAGIBE-PE CEP: 54753-770

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos de seguro obrigatório - DPVAT.

Paulista, 09, agosto de 2019

Genildo Jose Francisco

OUTORGANTE

RECONHECIDO
CARTORIO
PARATIBE
2º DISTRITO
PAULISTA/PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285127/19

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

CPF: 023.555.614-94

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/05/2019

Titular do CPF: GENILDO JOSE
FRANCISCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

GENILDO JOSE FRANCISCO : 023.555.614-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/08/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352162/19

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

CPF: 023.555.614-94

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/05/2019

Titular do CPF: GENILDO JOSE
FRANCISCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

GENILDO JOSE FRANCISCO : 023.555.614-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352162/19

Número do Sinistro: 3190576915

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

CPF: 023.555.614-94

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/05/2019

Titular do CPF: GENILDO JOSE
FRANCISCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576915

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENILDO JOSE FRANCISCO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576915

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENILDO JOSE FRANCISCO

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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576915

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENILDO JOSE FRANCISCO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da seqüela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576915

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENILDO JOSE FRANCISCO

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576915

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENILDO JOSE FRANCISCO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da seqüela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

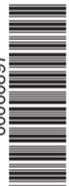
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576915

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENILDO JOSE FRANCISCO

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576915

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GENILDO JOSE FRANCISCO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de seqüela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 023.555.644-94 4 - Nome completo da vítima: GENILDO JOSÉ FRANCISCO

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

5 - Nome completo: GENILDO JOSÉ FRANCISCO 6 - CPF: 023.555.644-94
7 - Profissão: CARPinteiro 8 - Endereço: R - SURUBIM 9 - Número: 45 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ARTHUR LUDWIG 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53446-550
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 081-98465-2083

DADOS CADASTRAIS

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 3017 CONTA: 00030772 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do momento em que a documentação necessária for apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora SIA
R. R. Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa Recife PE CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 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 (vai nascer)? 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não indenizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 19-08-2019

X Genildo José Francisco PROCURADO Elana dos Santos da Silva

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

INCAPAZ/INDEVIDO

TESTEMUNHAS

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: 023.555.644-94 4 - Nome completo da vítima: GENILDO JOSÉ FRANCISCO

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

5 - Nome completo: GENILDO JOSÉ FRANCISCO 6 - CPF: 023.555.644-94
7 - Profissão: CARPinteiro 8 - Endereço: R - SURUBIM 9 - Número: 45 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ARTHUR LUDWIG 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53416-550
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 081-98465-2083

DADOS CADASTRAIS

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA: 3017 CONTA: 00030772 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do momento da apresentação da documentação necessária para a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora SIA
Rua Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa Recife PE CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 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 (vai nascer)? 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não indenizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Recife 19-08-2019

X Genildo José Francisco PROCURADO Eltonia dos Santos da Silva

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

INCAPAZ/INDETERMINADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000198**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2019** às **12:43**

Complementa o BO Número: **19E2093000197**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/5/2019** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1, BR 101** - Bairro: **MACAXEIRA** -

RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROX. AO ANTIGO FRIGORIFICO SÃO MATEUS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GENILDO JOSÉ FRANCISCO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENILDO JOSÉ FRANCISCO

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

GENILDO JOSÉ FRANCISCO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELVIRA SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NAO INFORMADO** Data de Nascimento: **4/12/1975** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4459708/SDS/PE (RG), 02355561494 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **RUA SURUBIM, 45, BAIRRO ARTUR LUNDGREN II - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENILDO JOSÉ FRANCISCO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENILDO JOSÉ FRANCISCO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFR7485** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTO**

Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA VÍTIMA, A MESMA TRAFEGAVA PELA CITADA VIA QUANDO PROXIMO A LOMBADA DEVIDO O TEMPO CHUVOSO NÃO CONSEGUIU PARAR E COLIDIU EM UM VEÍCULO CAINDO E SOFRENDO LESÕES NA PERNA ESQUERDA. ADIANTA A VÍTIMA QUE A REFERIDA MOTOCICLETA APESAR

542189
0285127/19



COMUNICA PARA AS PROVIDENCIAS PERTINENTES.

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

Genildo José Francisco
GENILDO JOSÉ FRANCISCO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **OSEAS PEREIRA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **3810178**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000197**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2019** às **12:19**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/5/2019** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1, BR 101** - Bairro: **MACAXEIRA** -

RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROX. AO ANTIGO FRIGORIFICO SÃO MATEUS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GENILDO JOSÉ FRANCISCO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENILDO JOSÉ FRANCISCO

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

GENILDO JOSÉ FRANCISCO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELVIRA SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NAO INFORMADO** Data de Nascimento: **4/12/1975** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4459708/SDS/PE (RG), 02355561494 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA SURUBIM, 45 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENILDO JOSÉ FRANCISCO**
GENILDO JOSÉ FRANCISCO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFR7485** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

Descrição: **MOTO**

Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA VÍTIMA, A MESMA TRAFEGAVA PELA CITADA VIA QUANDO PROXIMO A LOMBADA DEVIDO O TEMPO CHUVOSO NÃO CONSEGUIU PARAR E COLIDIU EM UM VEÍCULO CAINDO E SOFRENDO LESÕES NA PERNA ESQUERDA. ADIANTA A VÍTIMA QUE A REFERIDA MOTOCICLETA APESAR DE ESTÁ EM SUA POSSE ENCONTRA-SE EM NOME DA SRª GENILDA BARROSO FERREIA SILVA. DIANTE DO EXPOSTO



DE ESTÁ EM SUA POSSE ENCONTRA-SE EM NOME DA SRª GENILDA BARROSO FERREIA SILVA. DIANTE DO EXPOSTO COMUNICA PARA AS PROVIDENCIAS PERTINENTES.

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

**GENILDO JOSÉ FRANCISCO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **OSEAS PEREIRA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **3810178**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Genete Seguradora S/A
R. J. Barbosa, 115 Loja 5
Recife | PE - CEP: 52011-040



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000198**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2019** às **12:43**

Complementa o BO Número: **19E2093000197**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/5/2019** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1, BR 101** - Bairro: **MACAXEIRA -**

RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROX. AO ANTIGO FRIGORIFICO SÃO MATEUS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GENILDO JOSÉ FRANCISCO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENILDO JOSÉ FRANCISCO

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

GENILDO JOSÉ FRANCISCO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELVIRA SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NAO INFORMADO** Data de Nascimento: **4/12/1975** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4459708/SDS/PE (RG), 02355561494 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **RUA SURUBIM, 45, BAIRRO ARTUR LUNDGREN II - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENILDO JOSÉ FRANCISCO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENILDO JOSÉ FRANCISCO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFR7485** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTO**

Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA VÍTIMA, A MESMA TRAFEGAVA PELA CITADA VIA QUANDO PROXIMO A LOMBADA DEVIDO O TEMPO CHUVOSO NÃO CONSEGUIU PARAR E COLIDIU EM UM VEÍCULO CAINDO E SOFRENDO LESÕES NA PERNA ESQUERDA. ADIANTA A VÍTIMA QUE A REFERIDA MOTOCICLETA APESAR

542189
0285127/19



COMUNICA PARA AS PROVIDENCIAS PERTINENTES.

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

Genildo José Francisco
GENILDO JOSÉ FRANCISCO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **OSEAS PEREIRA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **3810178**



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000197**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2019** às **12:19**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/5/2019** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1, BR 101** - Bairro: **MACAXEIRA -**

RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROX. AO ANTIGO FRIGORIFICO SÃO MATEUS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GENILDO JOSÉ FRANCISCO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENILDO JOSÉ FRANCISCO

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

GENILDO JOSÉ FRANCISCO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELVIRA SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NAO INFORMADO** Data de Nascimento: **4/12/1975** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4459708/SDS/PE (RG), 02355561494 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA SURUBIM, 45 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

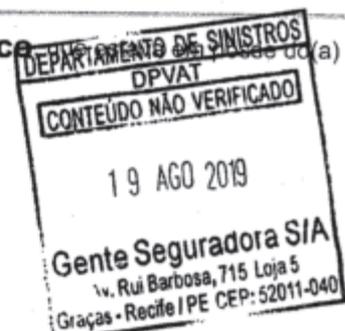
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENILDO JOSÉ FRANCISCO**
GENILDO JOSÉ FRANCISCO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFR7485** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

Descrição: **MOTO**

Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA VÍTIMA, A MESMA TRAFEGAVA PELA CITADA VIA QUANDO PROXIMO A LOMBADA DEVIDO O TEMPO CHUVOSO NÃO CONSEGUIU PARAR E COLIDIU EM UM VEÍCULO CAINDO E SOFRENDO LESÕES NA PERNA ESQUERDA. ADIANTA A VÍTIMA QUE A REFERIDA MOTOCICLETA APESAR DE ESTÁ EM SUA POSSE ENCONTRA-SE EM NOME DA SRª GENILDA BARROSO FERREIA SILVA. DIANTE DO EXPOSTO



DE ESTÁ EM SUA POSSE ENCONTRA-SE EM NOME DA SRª GENILDA BARROSO FERREIA SILVA. DIANTE DO EXPOSTO COMUNICA PARA AS PROVIDENCIAS PERTINENTES.

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

**GENILDO JOSÉ FRANCISCO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **OSEAS PEREIRA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **3810178**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Genete Seguradora S/A
R. J. Barbosa, 115 Loja 5
Recife | PE - CEP: 52011-040

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: 023.555.644-94 4 - Nome completo da vítima: GENILDO JOSÉ FRANCISCO

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

5 - Nome completo: GENILDO JOSÉ FRANCISCO 6 - CPF: 023.555.644-94
7 - Profissão: CARPinteiro 8 - Endereço: R - SURUBIM 9 - Número: 45 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ARTHUR LUDWIG 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53416-550
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 081-98465-2083

DADOS CADASTRAIS

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA: 3017 CONTA: 00030772 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora SIA
R. R. Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa Recife PE CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 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 (vai nascer)? 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não indenizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Recife 19-08-2019

X Genildo José Francisco PROCURADO Elania dos Santos da Silva

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

INCAPAZ/INDETERMINADO

TESTEMUNHAS

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: 023.555.644-94 4 - Nome completo da vítima: GENILDO JOSÉ FRANCISCO

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

5 - Nome completo: GENILDO JOSÉ FRANCISCO 6 - CPF: 023.555.644-94
7 - Profissão: CARPinteiro 8 - Endereço: R - SURUBIM 9 - Número: 45 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ARTHUR LUDWIG # 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53416-550
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 081-98465-2083

DADOS CADASTRAIS

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3017 CONTA: 00030772 (Informar o dígito se existir)

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

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 Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do momento em que a perícia é solicitada.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora SIA
R. Brasília, 715 Loja 5
Graciosa Recife PE CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 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 (vai nascer)? 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não indenizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 19-08-2019

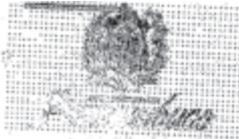
X Genildo José Francisco PRO CURADO Mariana dos Santos da Silva

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

IMPRESÃO DIGITAL

TESTEMUNHAS



Nome: 206913-GENILDO JOSE FRANCISCO
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-984652083

Idade: 43a 7m 5d
Nascimento: 04/12/1975

Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço: RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II - PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

Data do Atendimento: 09/05/2019
Prontuário: 00206913
Nº Atendimento: 01299850
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

relato de acidente de mot ocom dor em joelho/perna esquerdo
nega outras queixas. ecg 15

EXAME FÍSICO:

edema + crepitação em joelho

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

DIAGNÓSTICO:

fratura de femur distal

UPA CAXANGÁ
Dr. André
[Signature]



13-GENILDO JOSE FRANCISCO

Idade: Nascimento:
43a 7m 5d 04/12/1975

Data do Atendimento: 09/05/2019

Contatos:

/ 81-984652083

Prontuário: 00206913

Nº Atendimento: 01299850

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Mãe:

Endereço:

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II
- PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

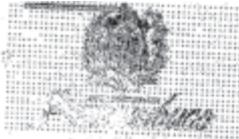
Conduta:

Imobilização + transferencia

UPA 24h
CAXANGÁ
DR. MARCELO CORREIA
CRM: 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 206913-GENILDO JOSE FRANCISCO
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-984652083

Idade: 43a 7m 5d
Nascimento: 04/12/1975

Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço: RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II - PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

Data do Atendimento: 09/05/2019
Prontuário: 00206913
Nº Atendimento: 01299850
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

relato de acidente de mot ocom dor em joelho/perna esquerdo
nega outras queixas. ecg 15

EXAME FÍSICO:

edema + crepitação em joelho

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

DIAGNÓSTICO:

fratura de femur distal

UPA CAXANGÁ
DRA. ANA...
[Signature]



13-GENILDO JOSE FRANCISCO

Idade: Nascimento:
43a 7m 5d 04/12/1975

Data do Atendimento: 09/05/2019

Contatos: / 81-984652083

Prontuário: 00206913

Nº Atendimento: 01299850

Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço:
RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II
- PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

Imobilização + transferencia

UPA 24h
CAXANGÁ
DR. MARCELO CORREIA
CRM: 19647

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Uca Viela, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0003943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SURUBIM 45

CPF: 385.209.074-15

ARTHUR LUNDGREN IIPALISTA
PAULISTA PE
53416-550

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7023700969	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
22/07/2019	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	128,30

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
089584370	UNICA	12/07/2019
PERÍODO DE VENCIMENTO	Nº DA PRECATORIA	
12/07/2019	2012046110	8330855

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	123,0000000	0,79083095	98,01
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,83
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,28
ICMS Subvenção CDE-NF 091929822-14/05/19			0,92
Parcela 01/10 Plano 403001803061			16,32
Multa por atraso-NF 061929822-09/11/19			0,32
Multa por atraso-NF 061929822-14/05/19			2,38
Juros por atraso-NF 061929822-14/05/19			1,49
Atualização (GPM-NF 061929822-14/05/19)			0,82
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,87

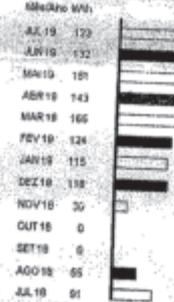
TOTAL DA FATURA

128,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
317280273	CAT	12/06/2019	1 886,90	12/07/2019	2 011,00	30	1,0000		123,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	96,04	24,21
PIS	0,70	0,70
COFINS	96,84	3,66

COMPOSIÇÃO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	98,01	76,41%
Transmissão	3,40	2,66%
Distribuição/Perdas	21,33	16,63%
Perdas de Energia	6,67	5,19%
Encargos Setoriais	4,38	3,41%
Tributos	38,88	30,28%
Total	128,30	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (Wh) 0,9833000

RESERVAÇÃO FISCAL
4133 2CBE BE2B 2E46 7D7A 42C8 BF 10 193A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peque no topo desta página de informações importantes para o cliente. Aproveite também o nosso portal de atendimento ao cliente. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. Confira o ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 22.407/19. O cliente é responsável quando for utilizado o sistema de medição por tempo de funcionamento. Pagos em atraso devem ser pagos imediatamente. Não é permitido o uso de energia elétrica para fins comerciais. O cliente é responsável quando não decontabilizar o consumo de energia elétrica em seu ponto de atendimento comercial. Em caso de interrupção de fornecimento, o encaminhamento do contrato poderá ocorrer após 7 dias de inatividade, podendo também ser cobrada a custo de disponibilidade no caso em que ocorrer o suspensão.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADEERTO

EMITENTE	DEBITO	CREDITO	CAUSADA	CURTE
Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Valor
21/06/19	120719	128,30		

Este consumo não foi debitado em razão de estar em débito com a CELPE. Caso o pagamento do consumo não seja efetuado, poderá ocorrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. Este consumo não foi debitado em razão de estar em débito com a CELPE. Caso o pagamento do consumo não seja efetuado, poderá ocorrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

CLASSIFICAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

CONSUMO PARÂMETRO	VALOR ANUAL (kWh)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DSC	0,00	4,00	9,00	19,00
IPC	0,00	3,33	6,35	13,70
QMSD	0,00	0,77	0,00	0,00

Limite DSC: 10,20. Limite IPC: Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 38,70.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
200	202 231

CONTA CONTRATO: 7023700969 | MÊS/ANO: 07/2019 | DATA DE VENCIMENTO: 22/07/2019 | TOTAL A PAGAR (R\$): 128,30

8386000001-8 28300011007-3 02370096910-0 14046620063-9



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ERICA ESTEVAO DE SANTANA
PX AO EDUCANDARIO SILVIA NUNES
CPF: 073.964.964-70

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO GERALDO 276

LOTTO SAO PEDRO/CAMARAGIBE
54753-770 CAMARAGIBE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
01/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
25/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
25/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
071244541

CONTA CONTRATO
004008543394

Nº DO CLIENTE
2003035570

Nº DA INSTALAÇÃO
000667442

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

44F6.B458.5264.0E87.1606.DC92.88F6.9FE0

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,57599874	17,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,36
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,32-
TOTAL DA FATURA			17,31

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO																												
Consumo Ativo(kWh) 0,54933000	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MÊS</th> <th>CONSUMO (kWh)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>JUL 19</td><td>30</td></tr> <tr><td>JUN 19</td><td>30</td></tr> <tr><td>MAI 19</td><td>30</td></tr> <tr><td>ABR 19</td><td>30</td></tr> <tr><td>MAR 19</td><td>30</td></tr> <tr><td>FEV 19</td><td>30</td></tr> <tr><td>JAN 19</td><td>30</td></tr> <tr><td>DEZ 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>NOV 18</td><td>68</td></tr> <tr><td>OUT 18</td><td>55</td></tr> <tr><td>SET 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>AGO 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>JUL 18</td><td>30</td></tr> </tbody> </table>	MÊS	CONSUMO (kWh)	JUL 19	30	JUN 19	30	MAI 19	30	ABR 19	30	MAR 19	30	FEV 19	30	JAN 19	30	DEZ 18	30	NOV 18	68	OUT 18	55	SET 18	30	AGO 18	30	JUL 18	30
MÊS	CONSUMO (kWh)																												
JUL 19	30																												
JUN 19	30																												
MAI 19	30																												
ABR 19	30																												
MAR 19	30																												
FEV 19	30																												
JAN 19	30																												
DEZ 18	30																												
NOV 18	68																												
OUT 18	55																												
SET 18	30																												
AGO 18	30																												
JUL 18	30																												

Faturado pelo mínimo da fasa - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,63	0,82	0,14
			17,63	3,81	0,67

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	
000000003120549340	CAT	25/06/2019	2.603,00	25/07/2019	2.603,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMARAGIBE	0,00	5,19	16,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,94	6,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,95					
Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e equalizar tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! mercearia da gil: rua dos jardins do 16 casa b bairro novo do carmelô / rosa bellissima: rua joão francisco da silva jardim primavera. lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004008543394	07/2019	0,00	01/08/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Uca Viela, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0003943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SURUBIM 45

CPF: 385.209.074-15

ARTHUR LUNDGREN IIPALISTA
PAULISTA PE
53416-550

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7023700969	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
22/07/2019	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	128,30

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
089584370	UNICA	12/07/2019
PERÍODO DE VENCIMENTO	Nº DA PRESTAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO
12/07/2019	2012046110	03/08/19

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	123,0000000	0,79083095	98,01
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,83
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,28
ICMS Subvenção CDE-NF 091929822-14/05/19			0,92
Parcela 01/0 Plano 403001803061			16,32
Multa por atraso-NF 061929822-09/11/18			0,32
Multa por atraso-NF 061929822-14/05/19			2,38
Juros por atraso-NF 061929822-14/05/19			1,49
Atualização (GPM-NF 061929822-14/05/19			0,82
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,87

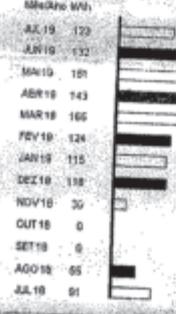
TOTAL DA FATURA

128,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
317280273	CAT	12/06/19	1 886,90	12/07/2019	2 011,00	30	1,0000		123,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	96,00	95,00
PIS	0,70	0,70
COFINS	96,54	3,66

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	98,01	76,41%
Transmissão	9,40	7,32%
Distribuição/Perdas	21,33	16,60%
Perdas de Energia	6,67	5,20%
Encargos Setoriais	4,38	3,41%
Tributos	39,89	30,99%
Total	128,30	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (Wh) 0,94833000

RESERVAÇÃO FISCAL

4133 2CBE BE2B 2E46 7D7A 42C8 BF 10 193A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peque no topo desta página de informações importantes para o cliente. Aproveite o nosso atendimento ao cliente através do nosso site ou pelo telefone 0800 000 0000. Para mais informações, consulte o nosso site ou o nosso atendimento ao cliente. Este documento contém informações importantes para o cliente. Este documento contém informações importantes para o cliente. Este documento contém informações importantes para o cliente.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADEERTO

EMITENTE	DESCRIÇÃO	VALOR	EMISSÃO	VALOR
210619	DEBITO	120,58		

As contas em aberto de clientes em débito com a CELPE são encaminhadas para o departamento de cobrança. Este departamento é responsável por garantir o recebimento das contas em aberto. Este departamento é responsável por garantir o recebimento das contas em aberto.

DESCRIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTIVAS

CONTA	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DSC	0,00	4,00	9,00	19,00
ISC	0,00	3,33	6,35	13,70
ISS	0,00	0,77	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
200	202 231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7023700969	07/2019	22/07/2019	128,30

8386000001-8 28300011007-3 02370096910-0 14046620063-9



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP- 52011-040

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ERICA ESTEVAO DE SANTANA
PX AO EDUCANDARIO SILVIA NUNES
CPF: 073.964.964-70

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO GERALDO 276

LOTTO SAO PEDRO/CAMARAGIBE
54753-770 CAMARAGIBE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
01/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
25/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
25/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
071244541

CONTA CONTRATO
004008543394

Nº DO CLIENTE
2003035570

Nº DA INSTALAÇÃO
000667442

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

44F6.B458.5264.0E87.1606.DC92.88F6.9FE0

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,57599874	17,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,36
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,32-
TOTAL DA FATURA			17,31

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933000

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
JUL 19	30
JUN 19	30
MAI 19	30
ABR 19	30
MAR 19	30
FEV 19	30
JAN 19	30
DEZ 18	30
NOV 18	68
OUT 18	55
SET 18	30
AGO 18	30
JUL 18	30

Faturado pelo mínimo da fasa - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,63	0,82	0,14
			17,63	3,81	0,67

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	
000000003120549340	CAT	25/06/2019	2.603,00	25/07/2019	2.603,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMARAGIBE	0,00	5,19	16,38	29,77
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,94	6,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,95					
Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e equalizar tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! mercearia da gil: rua dos jardins do 16 casa b bairro novo do carmelô / rosa bellissima: rua joão francisco da silva jardim primavera. lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004008543394	07/2019	0,00	01/08/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA JOSÉ CANTOS DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GENILDO JOSÉ FRANCISCO inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.555.644/94

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima GENILDO JOSÉ FRANCISCO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.555.644/94, 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>R. SÃO GERALDO</u>	Número: <u>276</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO PEDRO</u>	Cidade: <u>CAMARAJIBE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>54753-770</u>	Tel. (DDD): <u>081-988963394</u>

Local e Data: RECIFE, 19 DE AGOSTO DE 2019

Maria José Santos da Silva

Assinatura do Declarante



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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA JOSÉ CANTOS DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GENILDO JOSÉ FRANCISCO inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.555.644/94

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima GENILDO JOSÉ FRANCISCO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.555.644/94, 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>R. SÃO GERALDO</u>	Número: <u>276</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO PEDRO</u>	Cidade: <u>CAMARAJIBE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>54753-770</u>	Tel. (DDD): <u>081-988963394</u>

Local e Data: RECIFE, 19 DE AGOSTO DE 2019

Maria José Santos da Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu GENILDA BARROSO FERREIRA SILVA

RG nº 1.362.984, data de expedição 09/03/89

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 329.410.844-20

com domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R-DOIS A, nº AN:05

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

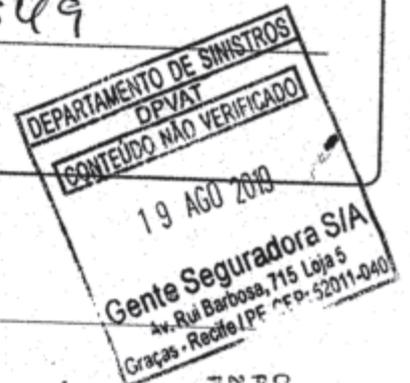
Genildo José Francisco, cujo o condutor era

Genildo José Francisco

Veículo: Moto Modelo: 2012 Ano: 2012

Placa: PFR:7485 Chassi: 9C2K0540CR547349

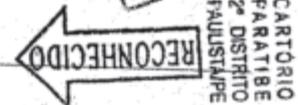
Data do Acidente: 09/05/19



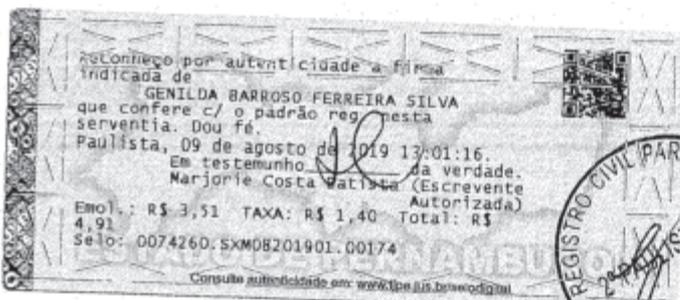
Local e Data: Paulista 9/8/2019

Genilda Barroso Ferreira Silva

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu GENILDA BARROSO FERREIRA SILVA

RG nº 1.362.984, data de expedição 09/03/89

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 329.410.844-20

com domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R-DOIS A, nº AN:05

complemento LACA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

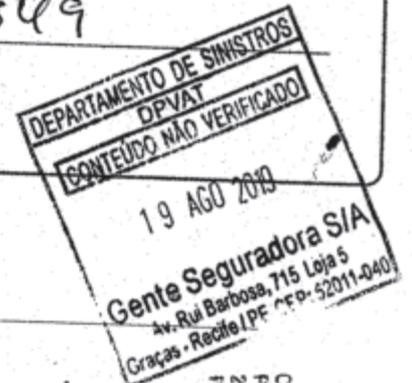
Genildo José Francisco, cujo o condutor era

Genildo José Francisco

Veículo: Moto Modelo: 2012 Ano: 2012

Placa: PFR:7485 Chassi: 9C2K0540CR547349

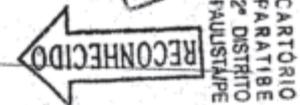
Data do Acidente: 09/05/19



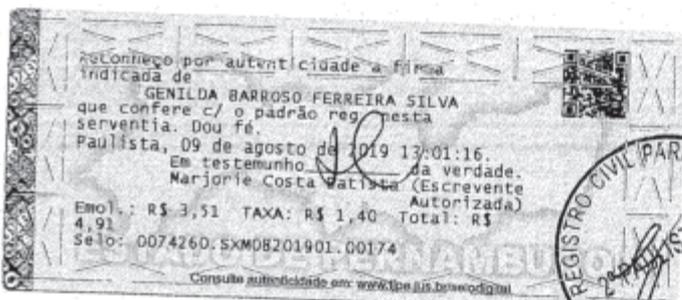
Local e Data: Paulista 9/8/2019

Genilda Barroso Ferreira Silva

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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

LAUDO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 18/05/2019

PACIENTE: GENILDO JOSE FRANCISCO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S72.4 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR ESQUERDO

DATA DE INTERNAMENTO: 14/05/2019

DATA DA CIRURGIA: 16/04/2019

DATA DE ALTA: 18/04/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 31/05/2019

MEDICO ASSISTENTE: DR. DILAMAR PINTO

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429



Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GENILDO JOSE FRANCISCO**,
prontuário nº **365649**, admitido neste hospital em 14/05/2019 com diagnóstico de
Fratura do fêmur distal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 18/05/2019.

Recife, 15 de Junho de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **NSA**

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Genildo Jose Francisco**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **69805**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - PAGADOR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
19 ABR 2015
Gente Seguradora S/A
 Rua Barão de Teffé, 715 Loja 5
 São Paulo - SP - CEP: 01111-040

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **Trat. cir. trat. supracondiliana**

30 - Cód. do procedimento principal: **0141018101510161214**

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: **Maca DCs**

33 - Cód. do procedimento especial: **01710121013101811101**

34 - Cód. do procedimento especial

35 - Cód. do procedimento especial

36 - Cód. do procedimento especial

37 - Cód. do procedimento especial

38 - Cód. do procedimento especial

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura de fêmur esquerdo, submetido a procedimento sem intercorrências.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Edmar Moreira Pinto**

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **16/05/10**

44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **111.1319171161711131418**

45 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Edmar Moreira Pinto**
Joelma Gombro
CRM 11619

46 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. Órgão Emissor

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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



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

Registro: 69805 Prontuário: 365649 Data de Nascimento: 04/12/75 Idade: 43 ANO(S)
Nome do Paciente: **GENILDO JOSE FRANCISCO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO
CPF: 02355561494

Data: 16/05/2019

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur esquerdo CÓDIGO: 0408050624

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur esquerdo CÓDIGO: 0408050624

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:DILAMAR PINTO	11619
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:RAQUIANESTESIA	
5	ANESTESISTA	:AJALMAR AMORIM	4360
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

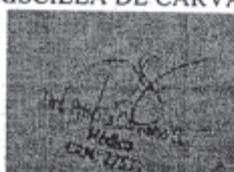
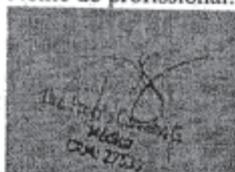
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. PRISCILLA DE CARVALHO GRECH
CRM: 27539



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PRISCILLA DE CARVALHO GRECH. CRM: 27539. Data e Hora: 16/05/2019 18:33:38.





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

Registro: 69805 Prontuário: 365649 Data de Nascimento: 04/12/75 Idade: 43 ANO(S)
Nome do Paciente: **GENILDO JOSE FRANCISCO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO
CPF: 02355561494

Data: 16/05/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do fêmur distal esquerdo

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur esquerdo

Cirurgião: Dilamar Pinto

Anestesista: Bloqueio raquideano

Anestesia: Ajalmar

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito lateral sob anestesia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão em face lateral da coxa e joelho esquerdo. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura do fêmur. Realizado redução da fratura. Realizado a osteossíntese com 02 parafusos canulados e 01 placa DCS e parafusos
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia. Introduzido dreno hemo vac
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon + curativo
- 7) Verificada boa perfusão distal

Recife, 16/05/2019-18:14

Dr. DILAMAR MOREIRA PINTO
CRM: 11619





Nome:
206913-GENILDO JOSE FRANCISCO

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-984652083

Idade: Nascimento:
43a 7m 5d 04/12/1975

Mãe:
ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço:
RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II
- PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

Data do Atendimento: 09/05/2019

Prontuário: 00206913

Nº Atendimento: 01299850

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura de femur distal, em: 09/05/19 20:06

CID PRINCIPAL: S724

CONDUTA:

Imobilização + transferencia, em: 09/05/19 20:06

UPA CAXANGÁ 24h
Dr. Audrey Vasconcelos
CRM: 141727

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040



Nome:
206913-GENILDO JOSE FRANCISCO

Idade: 43a 7m 5d Nascimento: 04/12/1975

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-984652083

Mãe:
ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço:
RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II
- PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

Data do Atendimento: 09/05/2019
Prontuário: 00206913
Nº Atendimento: 01299850
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 09 DE MAIO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE: HGV

SENHA: 5680386

QP:

relato de acidente de mot ocom dor em joelho/perna esquerda
nega outras queixas. ecg 15, em: 09/05/19 20:06

EVOLUÇÃO:

UPA CAXANGÁ 24h
Rua Audrey dos Anjos
Caxangá, PE - CEP: 53416550
[Handwritten Signature]

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 206913-GENILDO JOSE FRANCISCO
Sexo: Contatos: MASCULINO / 81-984652083

Idade: 43a 7m 5d
Nascimento: 04/12/1975

Data do Atendimento: 10/05/2019
Prontuário: 00206913
Nº Atendimento: 01300262
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO
Endereço: RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II - PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE AGUARDANDO TRANSFERENCIA . SEM QUEIXA SNO MOMENTO

EXAME FÍSICO:

BOA PERFUSÃO DISTAL, PULSOS CHEIOS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE FEMUR DISTAL

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11087

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-05-09 19:21:25

Nome Paciente:	GENILDO JOSE FRANCISCO
Cód. Paciente:	206913
Data de Nascimento:	04/12/1975
Sexo:	Masculino
Idade:	43
Senha:	OR0046
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1299850 
SAME:	

Período: 2019-05-09 19:21:25 - 2019-05-09 19:26:51

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO N.O= 1250612,DANDO ENTRADA NA SALA AMARELA COM MACA N=089 E PRANCHA N=240 COM REALTO DE DOR EM MIE E ESCORIAÇÕES EM MSE APÓS TRAUMA HOJE (COLISAO CARRO MOTO,PACIENTE CONDUTOR DE MOTO COM CAPACETE)

Observação:

HAS-
DM-
ALERGIAS-
** PACIENTE DIRETO NA SALA AMARELA**

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DIANA DUARTE COSTA - COREN: 467358 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-10 07:28:01

Santa Casa de Recife
 Solicitação de Exame de Alta

Santa Casa de Vitória do Brasil
 Av. Oura Cabugi, 1300 - Santa Ana - Recife - PE
 Pront.: 1172088
 RG: 2145313

Paciente: GENILDO JOSE FRANCISCO
 Reg.: 69805 Pront.: 365649
 Telefone: 8799018752
 Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 04/12/1975
 Conv.: RETAGUARDA GETULIO
 Titular: VALDEMIR LOPES DE LIMA

Reg.: 641396
 Dt. Nasc.: 11/05/1958 Idade: 43
 Admissão: 14/05/2019 16:04 Matric.:
 Alta: 18/05/2019 08:30

Admissão: ENFERMARIA SÃO LUIZ
 Unidade: SUPRACONDILAR
 IH Nº: 1170820192053
 CID: 86.00
 Evolução / Conduta:
 Data Hora: 18/05/2019 08:20
 ESTADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Leitos: LEITO C2
 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
 OS:

Diagnóstico:
 Principal S72.4 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

Exames Solicitados:
 Internação:
 Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ
 1) RX ART ESCAP-UMER ESQ / OMBRO (OMBRO EM AP, PERFIL AXILAR / PERFIL ESCAPULAR) (3) Tempo
 14/05/2019 16:04 18/05/2019 08:30 4 dia(s)

Orientação:
 1) Agendar retorno para Drº DILAMAR PINTO para o dia 31/05/19 às 07:00;
 2) Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
 3) Realizar RX
 CRM: 27429
 Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado
 Tipo de Alta: Médica
 Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
 CRM: 27429

Victor M. C. Cardoso
 Médico
 CRM-PE 27429

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 19 AGO 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP- 52011-040



HSA 135169







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

0352162/19
552614

NOME: GENILDO JOSE FRANCISCO
DATA: 28/06/2019

RECEITUÁRIO

LAUDO

PC RETORNA DE CIRURGIA DE FRATURA DO FEMUR DISTAL ESQ C/ RX MOSTRANDO FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO, MAS COM BLOQUEIO DE MOBILIDADE, MESMO EM FISIOTERAPIA (SIC)

EX- DOR A MOBILIZAÇÃO E PALPAÇÃO DO JOELHO ESQ, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

HC- FRATURA DO FEMUR DISTAL ESQ OPERADO CID S723

COND- CONS + FISIO + AO PERITO
Recife, 28/06/2019 -08:37

Dr. DILAMAR
Dilamar Pinto
DILAMAR PINTO
CRM 11619

NOME: GENILDO JOSE FRANCISCO
DATA: 16/08/2019

Genildo

RECEITUÁRIO

PC BEM C/ FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO, MAS O PACIENTE TEM BLOQUEIO DE FLEXAO DO JOELHO ESQ OPERADO

EX- DOR E BLOQUEIO DE MOBILIDADE DO JOELHO OPERADO

RX- MOSTRA FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO E ARTROSE DO JOELHO ESQ

HD- ARTROSE DO JOELHO ESQ POR SEQUELA DE FRATURAS EM SERIE CID- M255/M170

COND- CONS + FISIO + AO PERITO

Dilamar
Dr. DILAMAR ROBERTA PINTO
CRM 11619



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

LAUDO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 18/05/2019
PACIENTE: GENILDO JOSE FRANCISCO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S72.4 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR ESQUERDO

DATA DE INTERNAMENTO: 14/05/2019

DATA DA CIRURGIA: 16/04/2019

DATA DE ALTA: 18/04/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 31/05/2019

MEDICO ASSISTENTE: DR. DILAMAR PINTO

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429



Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GENILDO JOSE FRANCISCO**,
prontuário nº **365649**, admitido neste hospital em 14/05/2019 com diagnóstico de
Fratura do fêmur distal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 18/05/2019.

Recife, 15 de Junho de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE **NSA**

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE **Genildo Jose Francisco**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO **69805**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - PAGADOR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

19 ABR 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Barão de Teffé, 715 Loja 5

01041-000 - São Paulo - SP

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL **Trat. cir. trat. supracondiliana**

28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL **014108101510161214**

29 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL **Maca DC5**

31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL **01710121013101811101**

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura de fêmur esquerdo, submetido a procedimento sem intercorrências.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE **Edmar Moreira Pinto**

43 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE **111.131917116171131418**

44 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - DATA DA SOLICITAÇÃO **16/05/19**

46 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. Órgão Emissor

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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



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

Registro: 69805 Prontuário: 365649 Data de Nascimento: 04/12/75 Idade: 43 ANO(S)
Nome do Paciente: **GENILDO JOSE FRANCISCO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO
CPF: 02355561494

Data: 16/05/2019

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur esquerdo CÓDIGO: 0408050624

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur esquerdo CÓDIGO: 0408050624

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:DILAMAR PINTO	11619
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:RAQUIANESTESIA	
5	ANESTESISTA	:AJALMAR AMORIM	4360
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

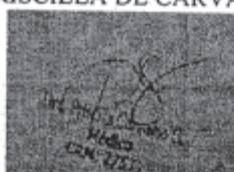
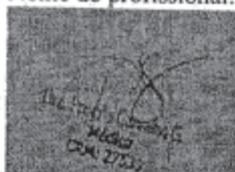
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. PRISCILLA DE CARVALHO GRECH
CRM: 27539



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PRISCILLA DE CARVALHO GRECH. CRM: 27539. Data e Hora: 16/05/2019 18:33:38.





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

Registro: 69805 Prontuário: 365649 Data de Nascimento: 04/12/75 Idade: 43 ANO(S)
Nome do Paciente: **GENILDO JOSE FRANCISCO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO
CPF: 02355561494

Data: 16/05/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do fêmur distal esquerdo

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur esquerdo

Cirurgião: Dilamar Pinto

Anestesista: Bloqueio raquideano

Anestesia: Ajalmar

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito lateral sob anestesia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão em face lateral da coxa e joelho esquerdo. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura do fêmur. Realizado redução da fratura. Realizado a osteossíntese com 02 parafusos canulados e 01 placa DCS e parafusos
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia. Introduzido dreno hemo vac
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon + curativo
- 7) Verificada boa perfusão distal

Recife, 16/05/2019-18:14

Dr. DILAMAR MOREIRA PINTO
CRM: 11619





Nome: 206913-GENILDO JOSE FRANCISCO

Idade: 43a 7m 5d Nascimento: 04/12/1975

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-984652083

Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço: RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II - PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

Data do Atendimento: 09/05/2019

Prontuário: 00206913

Nº Atendimento: 01299850

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura de femur distal, em: 09/05/19 20:06

CID PRINCIPAL: S724

CONDUTA:

Imobilização + transferencia, em: 09/05/19 20:06

UPA CAXANGÁ 24h Dr. Audrey Vasconcelos Médica CRM: 14727

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 19 AGO 2019 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



Nome:
206913-GENILDO JOSE FRANCISCO

Idade: 43a 7m 5d Nascimento: 04/12/1975

Data do Atendimento: 09/05/2019
Prontuário: 00206913
Nº Atendimento: 01299850
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-984652083

Mãe:
ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço:
RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II
- PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 09 DE MAIO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE: HGV

SENHA: 5680386

QP:

relato de acidente de mot ocom dor em joelho/perna esquerda
nega outras queixas. ecg 15, em: 09/05/19 20:06

EVOLUÇÃO:

UPA CAXANGÁ 24h
Rua Audrey dos Anjos
Caxangá, PE - CEP: 53416550
[Handwritten signature]

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 206913-GENILDO JOSE FRANCISCO
Sexo: Contatos: MASCULINO / 81-984652083

Idade: 43a 7m 5d
Nascimento: 04/12/1975

Mãe: ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO
Endereço: RUA SURUBIM, 45 - ARTUR LUNDGREN II - PAULISTA/ PE - CEP: 53416550

Data do Atendimento: 10/05/2019
Prontuário: 00206913
Nº Atendimento: 01300262
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE AGUARDANDO TRANSFERENCIA . SEM QUEIXA SNO MOMENTO

EXAME FÍSICO:

BOA PERFUSÃO DISTAL, PULSOS CHEIOS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE FEMUR DISTAL

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11087

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-05-09 19:21:25

Nome Paciente:	GENILDO JOSE FRANCISCO
Cód. Paciente:	206913
Data de Nascimento:	04/12/1975
Sexo:	Masculino
Idade:	43
Senha:	OR0046
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1299850 
SAME:	

Período: 2019-05-09 19:21:25 - 2019-05-09 19:26:51

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO N.O= 1250612, DANDO ENTRADA NA SALA AMARELA COM MACA N=089 E PRANCHA N=240 COM REALTO DE DOR EM MIE E ESCORIAÇÕES EM MSE APÓS TRAUMA HOJE (COLISAO CARRO MOTO, PACIENTE CONDUTOR DE MOTO COM CAPACETE)

Observação:

HAS-
DM-
ALERGIAS-
** PACIENTE DIRETO NA SALA AMARELA**

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DIANA DUARTE COSTA - COREN: 467358 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-10 07:28:01

Santa Casa de Recife
 Solicitação de Exame de Alta

Santa Casa de Vitória do Brasil
 Av. Oura Cabugi, 1300 - Santa Ana - Recife - PE
 Pront.: 1172088
 RG: 2145313

Paciente: GENILDO JOSE FRANCISCO
 Reg.: 69805 Pront.: 365649
 Telefone: 8799018752
 Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 04/12/1975
 Conv.: RETAGUARDA GETULIO
 Titular: VALDEMIR LOPES DE LIMA

Reg.: 641396
 Dt. Nasc.: 11/05/1958 Idade: 43
 Admissão: 14/05/2019 16:04 Matric.:
 Alta: 18/05/2019 08:30

Admissão: ENFERMARIA SÃO LUIZ
 Unidade: SUPRACONDILAR
 IH Nº: 1170820192053
 CID: 86.00
 Evolução / Conduta:
 Data Hora: 18/05/2019 08:20
 ESTADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Leitos: LEITO C2
 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
 OS:

Diagnóstico:
 Principal S72.4 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

Exames Solicitados:
 Internação:
 Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ
 1) RX ART ESCAP-UMER ESQ / OMBRO (OMBRO EM AP, PERFIL AXILAR / PERFIL ESCAPULAR) (3) Tempo
 14/05/2019 16:04 18/05/2019 08:30 4 dia(s)

Orientação:
 1) Agendar retorno para Drº DILAMAR PINTO para o dia 31/05/19 às 07:00;
 2) Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
 3) Realizar RX
 CRM: 27429
 Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
 CRM: 27429

Victor M. C. Cardoso
 Médico
 CRM-PE 27429

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 19 AGO 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP- 52011-040



HSA 135169





Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

DADOS PESSOAIS

Nome do paciente GEWILDO JOSE FRANCISCO
Data de nascimento 04/12/1975 RG 4459708505 CPF 023.555.614/94

DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 09/05/2019

Nº do B.O. 19E2093000197

Resumo clínico PRESENTE HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO;
DEPOIS FORTI TAMBEM NA CASA DO

Diagnóstico FRATURA EXTREMIDADE DISTAL FÊMUR DEQUENDO

tratamento CIRURGIA C/ PLACA + PARAFUSOS

sequelas 1 - DEFORMIDADE ANATÔMICA

2 - FORTIQUETOS DO MEMBRO

3 - LERCIÇÃO DO PLEXO DO JOELHO C/ 70%.

Data da alta ambulatorial definitiva 06/11/19

Abreu e Lima, 06 de Novembro de 2019

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.676.334-04

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima

1 Masculino,ES:205
1975

SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE
Desc. do estudo: RX JOELHO DIR AP/P
Mec. da série: PA

KODAK
119 208503.01 CR:
08/08/2019 CR:

S11
Ver pos: PA
ID da placa: 91...
<1-1>

S11
Ver pos: PA
ID da placa: 91...
<1-1>



C 2048 Ref:ap:rel:ao

C 2048 Ref:ap:rel:ao

C 2048
L 4086

NOME: GENILDO JOSÉ FRANCISCO
DATA: 22/11/2019

RECEITUÁRIO

LAUDO

PC BEM C/ FRATURA CONSOLIDADADA, MAS O PACIENTE TEM BLOQUEIO DE FLEXAO DO JOELHO ESQ OPERADO
EX- DOR E BLOQUEIO DE MOBILIDADE DO JOELHO OPERADO EM 90GRAUS DE FLEXAO
RX- MOSTRA FRATURA CONSOLIDADDA E ARTROSE DO JOELHO ESQ
HD- ARTROSE DO JOELHO ESQ POR SEQUELA DE FRATURAS EM SERIE DO PLATO TIBIAL E FEMUR DISTAL ESQ CID- M255/M170
COND- CONS + FISIO + AO PERITO

Recife, 22/11/2019 -10:44

Dilamar Pinto
Joelho/Osteoartroscopia
Dr. DILAMAR ROCHA PINTO
CRM 11819

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **GENILDO JOSE FRANCISCO**
 DOC/IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF: **4459708 BDC PE**
 CPE: **023.555.614-94** DATA NASCIMENTO: **04/12/1975**
 RECAUCAO: **NAO DECLARADO**
 ELVIRA SEVERINA DA CON
 CEICAO
 PERMISSAO: [] ACC: [] CAT. HAB: **AB**
 Nº REGISTRO: **06291924390** VALIDADE: **30/08/2019** 1ª HABILITACAO: **30/01/2015**

OBSERVAÇÕES:
 KAR

ASSINATURA DO PORTADOR: *Genildo Jose Francisco*

LOCAL: **PAULISTA, PE** DATA EMISSAO: **07/02/2019**
 ASSINATURA DO EMISSOR: *Roberto Carlos Moreira Pontalva*
 Roberto Carlos Moreira Pontalva
 Diretor Presidente
 65500055828
 98090987861

PERNAMBUCO
 DENITRAN COMPANY

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1757069380
 PROIBIDO PLASTIFICAR
 1757069380

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 19 AGO 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **GENILDO JOSE FRANCISCO**
 DOC/IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF: **4459708 BDC PE**
 CPE: **023.555.614-94** DATA NACIMENTO: **04/12/1975**
 RECAUCAO: **NAO DECLARADO**
 ELVIRA SEVERINA DA COM
 CEICAO
 PERMISSAO: [] ACC: [] CAT. HAB: **AB**
 Nº REGISTRO: **06291924390** VALIDADE: **30/08/2019** 1ª HABILITACAO: **30/01/2015**

OBSERVAÇÕES:
 KAR

ASSINATURA DO PORTADOR: *Genildo Jose Francisco*

LOCAL: **PAULISTA, PE** DATA EMISSAO: **07/02/2019**
 ASSINATURA DO EMISSOR: *Roberto Carlos Moreira Pontalva*
 Roberto Carlos Moreira Pontalva
 Diretor Presidente
 65500055828
 98090987861

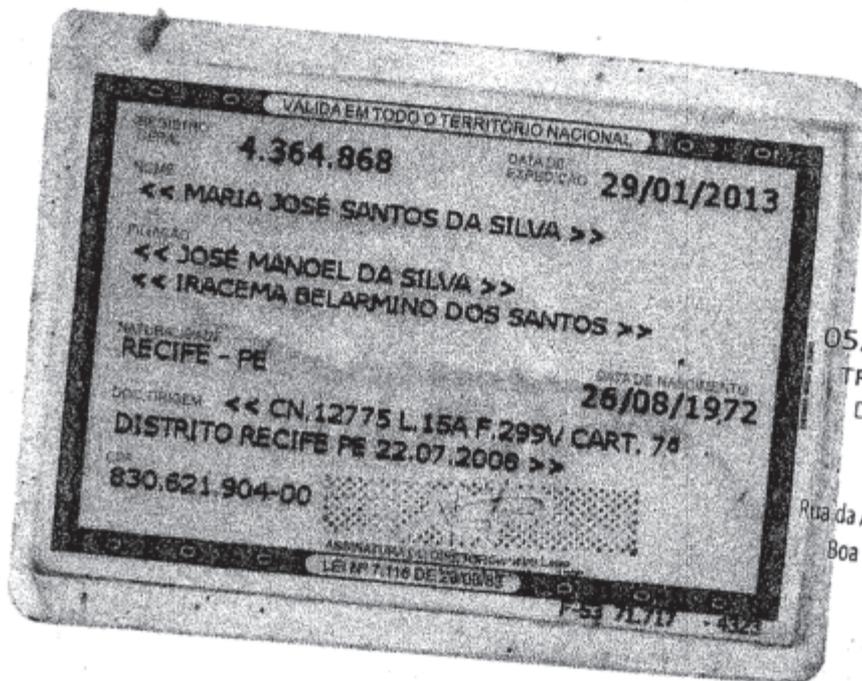
PERNAMBUCO
 DENITRAN COMPANY

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1757069380
 PROIBIDO PLASTIFICAR
 1757069380

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 19 AGO 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife IPE CEP: 52011-040



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 JUL 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190576915
Nome do(a) Examinado(a): Genildo Jose Francisco
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Surubim, 45 Cs
Artur Lundgren II Paulista PE CEP: 53416-550
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 4459708
Data local do acidente: [09/05/2019]
Data local do exame: [19/11/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PLACA E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM EDEMA EM JOELHO ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, REALIZA FLEXÃO A 80 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DE GRAU GRAVE DE JOELHO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190576915
Nome do(a) Examinado(a): Genildo Jose Francisco
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Surubim, 45 Cs
Artur Lundgren II Paulista PE CEP: 53416-550
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 4459708
Data local do acidente: [09/05/2019]
Data local do exame: [16/12/2019] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 09/05/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO COM USO DE PLACA DCS 95° MAIS PINO DESLIZANTE E PARAFUSOS CORTICAIS, O MESMO JÁ APRESENTAVA HISTÓRICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL EM PERNA ESQUERDA E NO MOMENTO APRESENTA FRATURA EM FÊMUR DISTAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ EM FACE LATERAL DA COXA DE 20 CM, IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR ÁGACHAMENTO E ATIVIDADES PROFISSIONAIS QUE EXERÇA CARGA SOBRE O MEMBRO.

Data da Alta: 11/05/2019

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

AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 45°, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ EM FACE LATERAL DA COXA DE 20 CM, RIGIDEZ EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL COM DOR À COMPRESSÃO, IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR ÁGACHAMENTO E ATIVIDADES PROFISSIONAIS QUE EXERÇA CARGA SOBRE O MEMBRO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 45°
ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II
RIGIDEZ EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL COM DOR A COMPRESSÃO
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

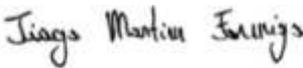
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
CPF - 051.447.734-27
CRM/PB - 8085


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

DECLARAÇÃO

Venho por meio informar
Que não existe mais documentação médica
A se apresentar.

Por isso me disponho à realização de perícia médica caso seja solicitado pela seguradora.

Eu GENILDO JOSÉ FRANCISCO
Portador do RG 4459768-595-PE e CPF 023.555.644-94

Genildo José Francisco

Assinatura da vítima

RECIFE 19 DE AGOSTO DE 2019



Declaração

0285127119

Declaro para devidos fins
eu genildo José Francisco
portador da RG 4.459.708
CPF 023.555-614.94

Eu não concordo com o ditor que veio
aqui na minha casa de nome Felipe
que ele falou que eu não ia
precisar fazer apécia porque ele como
ditor também Sitradora de UMA
perícia também

ele falou que adinheiro cairia
na minha conta em 30 dia

Eu não concordo com essa negativa
técnica porisso eu meim despacho
de UMA perícia medica caso seja
Solicitado pela seguradora lidu

9/10 paulista 9/10/19

~~Genildo José Francisco~~

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em
Coberturas de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352162/19

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

CPF: 023.555.614-94

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/05/2019

Titular do CPF: GENILDO JOSE FRANCISCO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

GENILDO JOSE FRANCISCO : 023.555.614-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800-022-1104 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato: 24h por dia, com o SAC: 0800-012-8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 1.250,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

DECLARAÇÃO

Venho por meio informar
Que não existe mais documentação médica
A se apresentar.

Por isso me disponho à realização de perícia médica caso seja solicitado pela seguradora.

Eu GENILDO JOSÉ FRANCISCO
Portador do RG 4459768-595-PE e CPF 023.555.644-94

Genildo José Francisco

Assinatura da vítima

RECIFE 19 DE AGOSTO DE 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576915

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do acidente: 09/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 45°, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ EM FACE LATERAL DA COXA DE 20 CM, RIGIDEZ EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL COM DOR A COMPRESSÃO, IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO E ATIVIDADES PROFISSIONAIS QUE EXERÇA CARGA SOBRE O MEMBRO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO COM USO DE PLACA DCS 95° MAIS PINO DESLIZANTE E PARAFUSOS CORTICAIS, O MESMO JÁ APRESENTAVA HISTÓRICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL EM PERNA ESQUERDA E NO MOMENTO APRESENTA FRATURA EM FÊMUR DISTAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA APRESENTA SEQUELA FUNCIONAL DE 75% DO JOELHO ESQUERDO, COMO JÁ FOI INDENIZADO PELA REFERIDA SEQUELA, NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576915

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILDO JOSE FRANCISCO

Data do acidente: 09/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM EDEMA IMPORTANTE DO JOELHO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR (FLEXÃO A CERCA DE 75 GRAUS), CREPITAÇÃO A MOBILIZAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA, ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++*****).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE, FISIOTERAPIA
EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/10/2019

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA APRESENTA SEQUELA FUNCIONAL DE 75% DO JOELHO ESQUERDO, COMO JÁ FOI INDENIZADO PELA REFERIDA SEQUELA, NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00