

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 - OSTEOSÍNTESE (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 - OSTEOSÍNTESE (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 ALTU LUDRE 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.º 276 - Lot: SÃO PEDRO

CAMARAGIBE - PE CEP: 54753-770

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

Paulista, 09, agosto de 2019

Genildo Jose Francisco

OUTORGANTE

Reconheço por autenticidade a firma indicada de GENILDO JOSE FRANCISCO que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Paulista, 09 de agosto de 2019 13:01:44. Em testemunho da verdade. Marjorie Costa Batista (Escrevente Autorizada)

Emol.: R\$ 3,51 TAXA: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,91
Selo: 0074260.KFX08201901.00175

Consulte autenticidade em: www.tpejua.br/sistema/autenticidade



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 ALTU LUDRE 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.º 276 - Lot: SÃO PEDRO

CAMARAGIBE - PE CEP: 54753-770

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

Paulista, 09, agosto de 2019

Genildo Jose Francisco

OUTORGANTE

Reconheço por autenticidade a firma indicada de GENILDO JOSE FRANCISCO que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Paulista, 09 de agosto de 2019 13:01:44. Em testemunho da verdade. Marjorie Costa Batista (Escrivente Autorizada)

Emol.: R\$ 3,51 TAXA: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,91
Selo: 0074260.KFX08201901.00175

Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/sistema2019



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

CPF de: Próprio

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 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENILDO JOSE FRANCISCO

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: INTERRUPÇÃO 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 sequela 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: INTERRUPÇÃO 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 sequela 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: INTERRUPÇÃO 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 sequela 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

023.555.644-94 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 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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 da apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 AGO 2019

Gente Seguradora SIA
Atendimento ao Cliente 715 Loja 5
Rua das Acácias, 111 - Jd. Santa Helena - 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

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

PROCURADO

X Genildo José Francisco

Eltona dos Santos da Silva

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

023.555.644-94 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 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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 da apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 AGO 2019

Gente Seguradora SIA
Atendimento ao Cliente 715 Loja 5
Rua das Acácias, 111 - Jd. Primavera - São Paulo - SP - CEP: 05011-040

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

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

PROCURADO

X Genildo José Francisco

Eltona dos Santos da Silva



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 - 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**
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



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**





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)

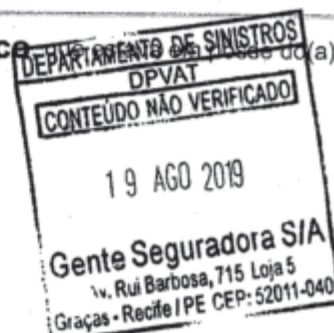
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENILDO JOSÉ FRANCISCO**
GENILDO JOSÉ FRANCISCO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ARANHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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 FERREIRA SILVA. DIANTE DO EXPOSTO

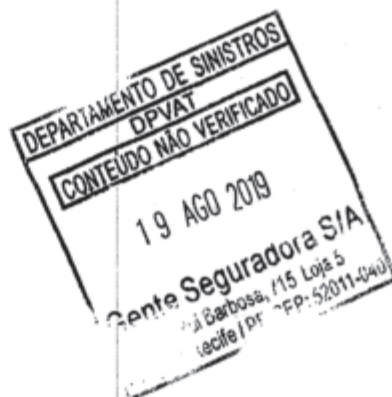


DE ESTÁ EM SUA POSSE ENCONTRA-SE EM NOME DA SRª GENILDA BARROSO FERREIRA SILVA. DIANTE DO EXPOSTO COMUNICA PARA AS PROVIDENCIAS PERTINENTES.

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

**GENILDO JOSÉ FRANCISCO
(VITIMA)**

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





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 - 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**
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



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**





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: **ARANHA** - 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 FERREIRA SILVA. DIANTE DO EXPOSTO

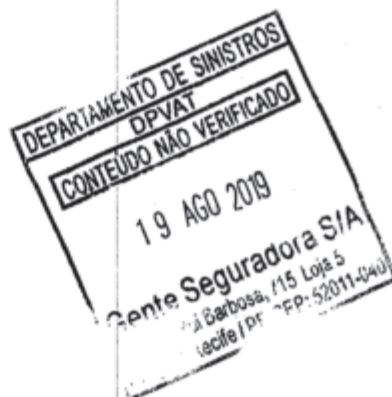


DE ESTÁ EM SUA POSSE ENCONTRA-SE EM NOME DA SRª GENILDA BARROSO FERREIRA SILVA. DIANTE DO EXPOSTO COMUNICA PARA AS PROVIDENCIAS PERTINENTES.

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

**GENILDO JOSÉ FRANCISCO
(VITIMA)**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

023.555.644-94 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 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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 da apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 AGO 2019

Gente Seguradora SIA
Atendimento ao Cliente, 715 Loja 5
Rua das Acácias, 1000 - Jd. Primavera
Bairro: Recreio - 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

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

PROCURADO

X Genildo José Francisco

Eltona dos Santos da Silva

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

023.555.644-94 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 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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 da apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 AGO 2019

Gente Seguradora SIA
Atendimento ao Cliente, 715 Loja 5
Rua das Acácias, 1000 - Jd. Primavera
Bairro: Recreio - 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:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

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

PROCURADO

X Genildo José Francisco

Eltona dos Santos da Silva



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CAXANGÁ



Nome:

Idade:

Nascimento:

206913-GENILDO JOSE FRANCISCO

43a 7m 5d 04/12/1975

Sexo: Contatos:

MASCULINO - / 81-984652083

Mãe:

Endereço:

ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

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:

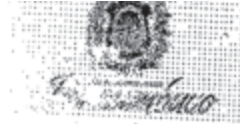
edema + crepitação em joelho

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO 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
CRM: 12345



Nome: 1913-GENILDO JOSE FRANCISCO
Contatos: / 81-984652083
Profissão: FARMACOLÓGICO

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

Conduta:

Imobilização + transferencia

UPA 24h
CAXANGÁ
DR. Marcelo Correia
CRM: 19647

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CAXANGÁ



Nome:

206913-GENILDO JOSE FRANCISCO

Sexo:

Contatos:

MASCULINO

/ 81-984652083

Idade:

43a 7m 5d

Nascimento:

04/12/1975

Data do Atendimento: 09/05/2019

Prontuário: 00206913

Nº Atendimento: 01299850

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Mãe:

ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço:

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

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:

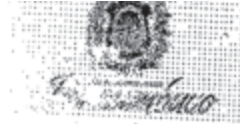
edema + crepitação em joelho

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

DIAGNÓSTICO:

fratura de fêmur distal

UPA CAXANGÁ
Dr. André
CRM: 12345



Nome: 1913-GENILDO JOSE FRANCISCO
Contatos: / 81-984652083
Profissão: FARMACOLÓGICO

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

Conduta:

Imobilização + transferencia

UPA 24h
CAXANGÁ
DR. Marcelo Correia
CRM: 19647

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



CELPE
www.celpe.com.br

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

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933905		kWh
Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.		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 fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

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	9,00	0,00			
DICRI-Duração da Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22					
EU\$D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,96								
Todo Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.								

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIANO JOAO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RLA SURLEIM 45

CPF: 385.209-074-15

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ARTHUR LUNDGREN I/P AULISTA
PAULISTA PE
53418-550

Nº DA ROTA FISCAL	SEDE	EMISSÃO
000564370	UNICA	12/07/2019
Assinatura do	Nº DO CANCELAMENTO	Nº DA ROTA FISCAL
12/07/2019	2012048110	6330655

IDENTIFICAZIONE	MESE
7023700969	07/2019
DATA DI VERIFICA	DATA DI VERIFICA
22/07/2019	14/08/2019
TOTALE A PAGARE	128,30

DESCRIÇÃO DA NOVA FOLHA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvor(Wh)			
Acrescimo Bandeira AMARELA	123,0000000	0,79083095	98,01
Contrib. Ilum. Publica Municipal			0,83
ICMS Subvenção-CDE-NF 081928622-14/05/19			10,28
Parcela R10 Platio 40300183061			0,92
Multa por atraso-NF 081928622-09/11/19			16,32
Multa por atraso-NF 081928622-14/05/19			0,32
Juros por atraso-NF 081928622-14/05/19			2,38
Atualização IOPM-NF 081928622-14/05/19			1,49
Bônus ITAIPU- art 21 da Lei 10.438/2002			0,82
			-0,82

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOVA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CICLOS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (mm³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
317280277	CAL	12/06/09	1 008,00	12/07/09	2 011,00	30	1,00000		120,30

HISTÓRICO DE CONSUMO

REGULAÇÕES DE VELOCIDADE

Month	MM	Value
JUL 19	179	
JUN 19	152	
MAY 19	181	
APR 19	143	
MAR 18	166	
FEB 19	124	
JAN 19	115	
DEC 18	118	
NOV 18	30	
OCT 18	0	
SEP 18	0	
AUG 18	65	
JUL 18	91	

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR (R\$)
ICMS	96,04	25,00	
PIS	96,04	0,65	
Cofins	96,04	3,81	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

de Energia	R\$	31,83	32,80%
saída	R\$	3,40	3,80%
da (Catpe)	R\$	21,33	21,80%
de Energia	R\$	0,67	0,80%
Seriação	R\$	4,38	5,14%
	R\$	28,88	28,62%
	R\$	88,68	100%

	Total
TARIFFS APPLICATION	

0.5433050

INFORMACIÓ IMPORTANTE

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ALERTA

IMATÉRIAS, DEBÍDO EXISTENTES CAUSANDO DÚVIDA					
Vencido 21/06/19	Diferença 12/07/19	Valor 130,00	Vencido	Diferença	Valor

[illegible]

As shown, the results are consistent with the idea that the effect of the program is to reduce the number of people who are in the program. This is consistent with the idea that the program is effective in reducing the number of people who are in the program.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	UNID. APROX.	LÍMITE	LÍMITE	LÍMITE
PARALELO	AN. 2015	MESES	TRIMESTRAL	ANUAL
100	0,00	4,00	8,00	16,00
200	0,00	3,75	6,35	12,70
300	0,00	2,77	0,00	0,00

Line 0179 12,22

ELSD - Valor no Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 20,70

14 DE TERÇA

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MINIMO	MAXIMO
200	202	231

Division of Property Encumbrances
The Public Service Building
P.O. Box 1000
Harrisburg, PA 17105-1000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7833700059	07/2019	22/07/2019	128,30

83860000001-8 28300011007-3 02370096910-0 14046620063-9



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



CELPE
www.celpe.com.br

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

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo ABW(kWh)	0,54935009		kWh
Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.		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 fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMARAGIBE	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	8,47	12,95
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,94	9,00	0,00
DICRI-Duração da Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EU\$UD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,96					
Todo Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu MARIA JOSE CANTOS DA SILVA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GENILDO JOSE FRANCISCO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.555.644/94

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GENILDO JOSE 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>CAMARACIPE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>54753-770</u>	Tel. (DDD): <u>081-988963391</u>

Local e Data: RECIFE 19 DE AGOSTO DE 2019

Maria Jose Cantos 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA JOSE CANTOS DA SILVA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GENILDO JOSE FRANCISCO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.555.644/94

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GENILDO JOSE 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>CAMARACIPE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>54753-770</u>	Tel. (DDD): <u>081-988963391</u>

Local e Data: RECIFE 19 DE AGOSTO DE 2019

Maria Jose Cantos 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:

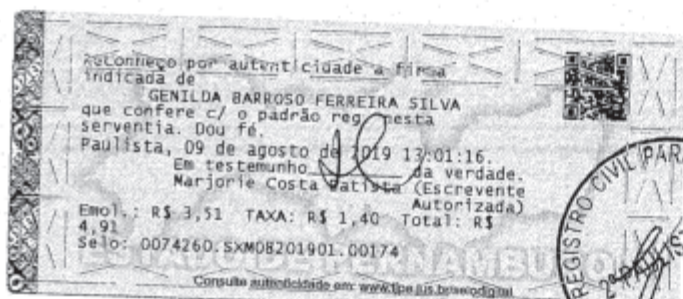
Paulista 9/8/2019

x 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 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:

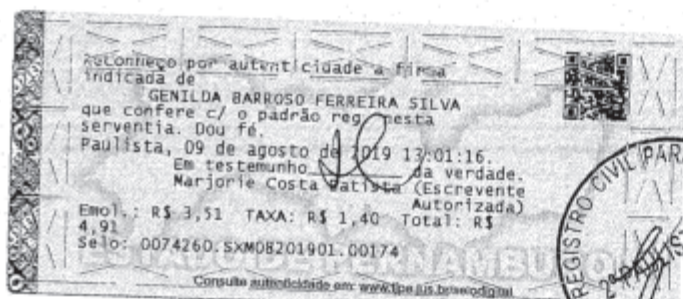
Paulista 9/8/2019

x 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

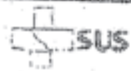
Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GENILDO JOSE FRANCISCO**,
prontuário nº 365649, admitido neste hospital em 14/05/2019 com diagnóstico de
Fratura do fêmur distal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 18/05/2019.

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





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

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 - RACIA COR

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 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Trat. cir. fratura de fêmur esquerdo, submetido a procedimento sem intercorrências.

30 - CÓDIGO 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

Placa DC5

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

014101210131018121101

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CDD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - CDD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. João Moreira Pinto

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

11113191714161711131418

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Assinatura
João Moreira Pinto
CRM 1519

44 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/05/10

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF



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

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 fêmur distal, em: 09/05/19 20:06

CID PRINCIPAL: S724

CONDUTA:

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

UPA CAXANGÁ 24h
Dr. André Vasconcelos
CRM: 14727

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome:

206913-GENILDO JOSE FRANCISCO

Sexo: Contatos:

MASCULINO -

/ 81-984652083

Mãe:

ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Idade:

43a 7m 5d

Nascimento:

04/12/1975

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
Dra Audrey Conceição
CRM: 1127

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel de Silva Almeida

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: 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
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE FEMUR DISTAL


UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11017

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 ESCORIAÇOES 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

Paciente: GENILDO JOSE FRANCISCO
Reg.: 69805 Pront.: 365649
Telefone: 8799018752 Dt. Nasc.: 04/12/1975
Sexo: Masculino
Conv.: RETAGUARDA GETULIO
Títular: 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: 17/05/2019 21:53

Leitos: LEITO C2
Convênio: RETAGUARDA GETULIO
OS:

CID: 720.00
Evolução / Conduta:
Data Hora: 18/05/2019 08:20
SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S72.4 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

Exames Solicitados:

Internação:

Unidade: 1) RX ART ESCAP-UMER ESQ/OMBRO (OMBRO EM AP, PERFIL AXILAR / PERFIL ESCAPULAR) (3) Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ 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
- 4) 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













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 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

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

Loe PD

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

Dr. DILAMAR ROBERTA PINTO
CRM 11619

Dilamar Pinto
Roberta



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

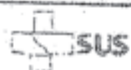
Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GENILDO JOSE FRANCISCO**,
prontuário nº 365649, admitido neste hospital em 14/05/2019 com diagnóstico de
Fratura do fêmur distal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 18/05/2019.

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





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

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. ☒

Fem. ☒

10 - RAÇA/COR

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

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Trat. cir. fratura de fêmur esquerdo, submetido a procedimento sem intercorrências.

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

Placa DC5

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

014101210131018121101

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

014101210131018121101

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

014101210131018121101

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. João Moreira Pinto

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

11113191714161711131418

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

João Moreira Pinto
CRM 1519

44 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/05/10

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. Órgão EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF



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

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

Mãe:
ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

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

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 fêmur distal, em: 09/05/19 20:06

CID PRINCIPAL: S724

CONDUTA:

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

UPA24h
CAXANGÁ
Dr. André Vasconcelos
CRM: 14727

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome:

206913-GENILDO JOSE FRANCISCO

Sexo:

Contatos:

MASCULINO

/ 81-984652083

Mãe:

ELVIRA SEVERINA DA CONCEICAO

Idade:

43a 7m 5d

Nascimento:

04/12/1975

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
Dra Audrey Conceição
CRM: 1127

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel de Sá Almeida

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: 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



DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE FEMUR DISTAL


UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11017

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 ESCORIAÇOES 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

Paciente: GENILDO JOSE FRANCISCO
Reg.: 69805 Pront.: 365649
Telefone: 8799018752 Dt. Nasc.: 04/12/1975
Sexo: Masculino
Conv.: RETAGUARDA GETULIO
Títular: 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: 17/05/2019 21:53

Leitos: LEITO C2
Convênio: RETAGUARDA GETULIO
OS:

CID: 720.00
Evolução / Conduta:
Data Hora: 18/05/2019 08:20
SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S72.4 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

Exames Solicitados:

Internação:

Unidade: 1) RX ART ESCAP-UMER ESQ/OMBRO (OMBRO EM AP, PERFIL AXILAR / PERFIL ESCAPULAR) (3) Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ 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
- 4) Realizar curativo;

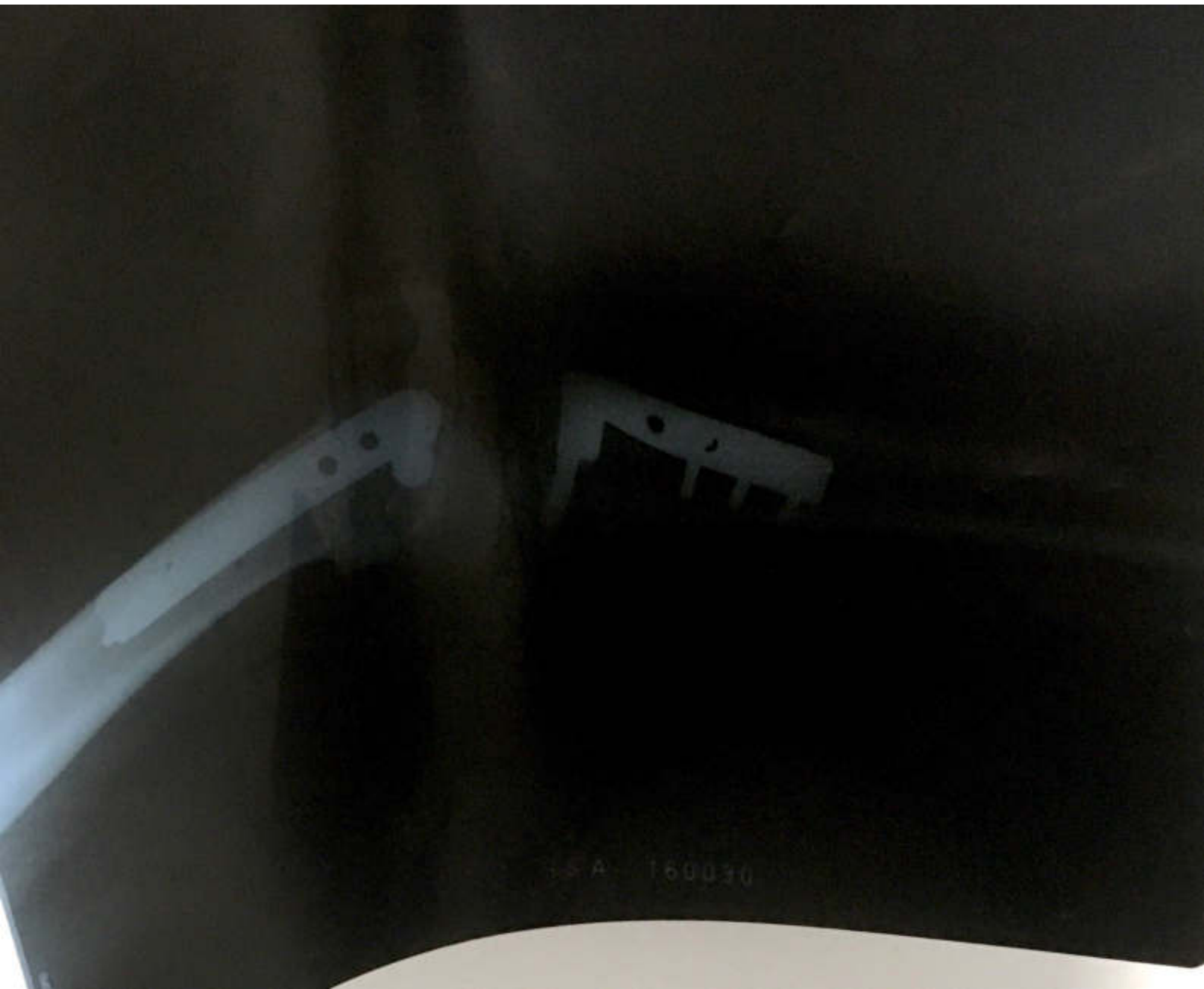
Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

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

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429











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 TRÂNSITO;

DEPOIS FORTI TERNER NA COSTA DA

Diagnóstico

Fratura extensora de distal flexor dequeto

tratamento

Cirurgia C/ Placa + Parafusos

sequelas

1 - Deformidade articular

2 - Instabilidade do joelho

3 - Limitação de flexão do joelho 70%.

Data da alta ambulatorial definitiva

06/11/19

Abreu e Lima,

de

de

06 novembro 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, 58 anos
1975

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

KODAK
119.208503.01.CR:
08/08/2019.CR

PS
ID da placa: 91...

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

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



C 2048 Ref: 2048 rel: 2048

C 2048 Ref: 2048 rel: 2048

C 2048 Ref: 2048 rel: 2048

NOME: GENILDO JOSE 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/O
Dr. DILAMAR MACHADO PINTO
CRM 11819

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

PE

CPF: GENILDO JOSE FRANCISCO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 4459708 BDC PE

CPE: 023.555.614-94 DATA NASCIMENTO: 04/12/1975

RELAÇÃO: NÃO DECLARADO

ELVIRA SEVERINA DA CON
CEICAO

PERMISSÃO: VALIDADE: 30/08/2019 CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 06291924390 1ª HABILITAÇÃO: 30/01/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1757069380

PROIBIDO PLASTIFICAR 1757069380

OBSERVAÇÕES: KAR

Assinatura do Portador: Genildo José Francisco

LOCAL: PAULISTA, PE DATA EMISSÃO: 07/02/2019

Assinatura do Emissor: Roberto Carlos Moreira Pontalva
Diretor Presidente

65500055828
PR090987861

PERNAMBUCO

DETRAN COM FIAN

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

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

PE

CPF: GENILDO JOSE FRANCISCO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 4459708 BDC PE

CPE: 023.555.614-94 DATA NASCIMENTO: 04/12/1975

RELAÇÃO: NÃO DECLARADO

ELVIRA SEVERINA DA CON
CEICAO

PERMISSÃO: VALIDADE: 30/08/2019 CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 06291924390 1ª HABILITAÇÃO: 30/01/2015

OBSERVAÇÕES: KAR

Assinatura do Portador: Genildo Jose Francisco

LOCAL: PAULISTA, PE DATA EMISSÃO: 07/02/2019

Assinatura do Emissor: Roberto Carlos Moreira Pontalva
Diretor Presidente

65500055828
PR090987861

PERNAMBUCO

DETRAN COM FIAN

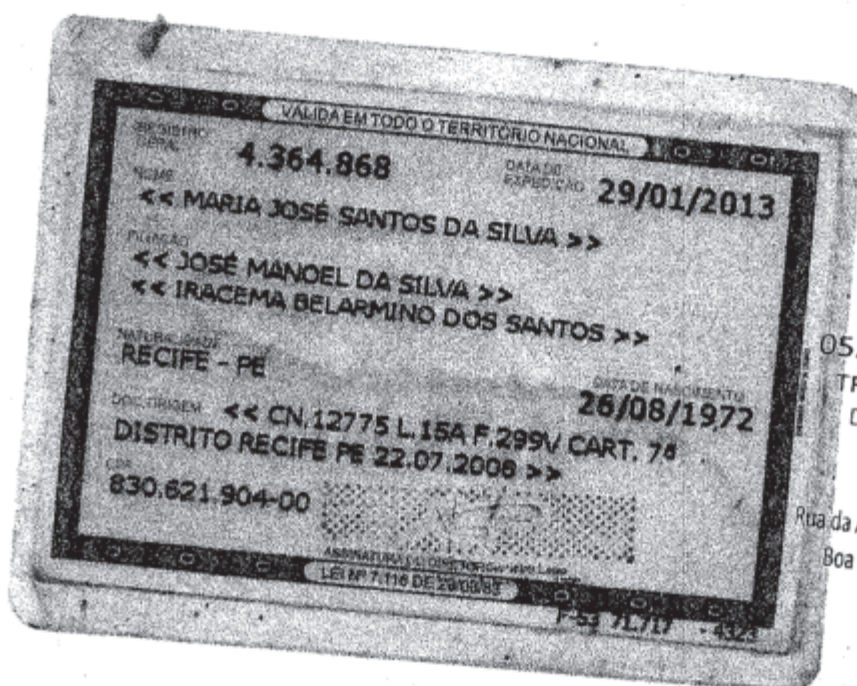
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1757069380

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/PE 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

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014484747924		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014484747924	
VIA 468174798		PLACA 329.110.854-70	
GENILDA BARROSO FERREIRA SILVA		PAULISTA - PE	
PLACA ANT. UF ***** / PE		CHASSI 9C2FED0540C8547243	
ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA		COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL	
MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BRO3 E3D		ANO FAB. 2012	
CAP. POT. / CL. 2E / 149CL		ANO MOD. 2012	
CATEGORIA PARTIC		SCH. PREDOMINANTE LARANJA	
COTA ÚNICA 1PVA 2019 QUITADO		VENC. COTA ÚNICA 1º *****	
FAIXA ÚNICA A 1 *****		2º *****	
PARCELAMENTO / COTAS 3º *****		4º *****	
PREMIO TAF/APRO (R\$) 00.115610		PREMIO TOTAL (R\$) 06/02/19	
SEM RESERVA ANO VALOR PARA TRANSFERÊNCIA		DATA DE PAGAMENTO 06/02/19	
PAULISTA		06/02/19	
Roberto Carlos Moreira Fontelle Director Presidente DETRAN/PE			

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
OBRIGATORIO ORUGES		OBRIGATORIO ORUGES	
IPVA - 1ª COTA		IPVA - 1ª COTA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
VLCG 2 - VAI		VLCG 2 - VAI	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA		IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
ENCARGOS DO DETRAN		ENCARGOS DO DETRAN	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
MULTAS DE TRÂNSITO		MULTAS DE TRÂNSITO	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014484747924		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014484747924	
VIA 468174798		PLACA 329.110.854-70	
GENILDA BARROSO FERREIRA SILVA		PAULISTA - PE	
PAULISTA - PE		329.110.854-70	
PLACA ANT. UF ***** / PE		CHASSI 9C2FED0540C8547243	
ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA		COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL	
MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BRO3 E3D		ANO FAB. 2012	
CAP. POT. / CL. 2E / 149CL		ANO MOD. 2012	
CATEGORIA PARTIC		SCH. PREDOMINANTE LARANJA	
COTA ÚNICA TPVA 2019 QUITADO		VENÇ. COTA ÚNICA 1º *****	
FAIXA ÚNICA *****		2º *****	
PARCELAMENTO / COTAS *****		3º *****	
PREMIO TAF/APRO (R\$) 00.115610		PREMIO TOTAL (R\$) 06/02/19	
SEM RESERVA AVISO VALOR PARA TRANSFERÊNCIA		DATA DE PAGAMENTO 06/02/19	
PAULISTA - PE		06/02/19	
Roberto Carlos Moreira Fontelle Director Presidente DETRAN/PE		06/02/19	

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
OBRIGATORIO ORUGES		OBRIGATORIO ORUGES	
IPVA - 1ª COTA		IPVA - 1ª COTA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
VTOC 2ª - VAI		VTOC 2ª - VAI	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA		IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
ENCARGOS DO DETRAN		ENCARGOS DO DETRAN	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
MULTAS DE TRÂNSITO		MULTAS DE TRÂNSITO	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (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 (*).

☐ () "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 ☒ (X) 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)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

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


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
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 AGACHAMENTO 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 A COMPRESSÃO, IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO 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?

☒ (X) Sim () Não

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

☒ (X) 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 sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar 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 ☒ (X) 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 Jose 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
prestar o serviço porque ele como
dutor também Sitradora de uma
perícia também

ele falou que adinheiro cairia
na minha conta em 30 dia

Eu não concordo com essa negativa
técnica por isso eu estou despedido
de uma perícia médica caso seja
Solicitado pela seguradora lidu

9/10 paulista 9/10/19

~~Genildo Jose Francisco~~

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em
Coberturas do 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: 4020-1506 (Regiões Metropolitanas) ou 0800-022-1204 (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\$ 1.2.500,00. 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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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