

HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 03/12/2017 14:53

Nome Paciente: ROMERO ALEXANDRE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: P0033
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/12/2017 14:54 - 03/12/2017 14:54

GLAUCIA PATRICIA MACHADO BARRETO - COREN: 411871 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: EMERGENCIA

Cor: VERMELHO

Quebra Principal: ACIDENTE COM MOTO PACIENTE APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE FEMUR + MSE

Fluxograma sintoma: TRAUMA GRAVE

Discriminador(es): - FRATURAS COM DEFORMIDADE OU LUXAÇÕES

Especialidade: CLINICA GERAL



Acolhido(a) por: GLAUCIA PATRICIA MACHADO BARRETO - COREN: 411871 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/12/2017 14:54



Hospital de Referência

HOSPITAL DE REFERÊNCIA
MANTIDA LOGÍSTICA

Registro N.º 130708

Atendimento: 399585

Data 03/12/2017

Hora 14:56

Usuário: WINARACILS

CLINICA GERAL

Nome: ROMERO ALEXANDRE DA SILVA

Nascimento: 03/12/1979 02:0 Idade: 38a 0m 0d

Mãe: NAO INFORMADO

Pai:

Endereço: NAO INFORMADO

CNS:

Telefone:

CEP: 55880000

Nº: Bairro: NAO INFORMADO T Cidade: SAO VICENTE FERUF: PE

QPD / HDA:

Resposta: vítima de acidente com moto,
apresentando fratura no MEF e MEF.
Glasgow 15; Placa de dor de 2 minutos.

EXAME FÍSICO:

ECG, RX e Capnografia

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

DSRL 1500ml 4x
E transplante de sangue no SOR

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao ambulatório

() Internamento

☒ Transferência para outra unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado

() Piorado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo c/CRM e CPF):

Saul Fialho
Médico
CREMEP 24145

Médico - Carimbo e Assinatura



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipó - Recife - PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Registro: 1047574

Enf: 07

Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 03/12/17

DATA DE SAÍDA: 29/12/17

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DIAFISARIA FEMUR + FRATURA DE ANTEBRAÇO +
FRATURA DE MÃO

DIAGNÓSTICO FINAL:

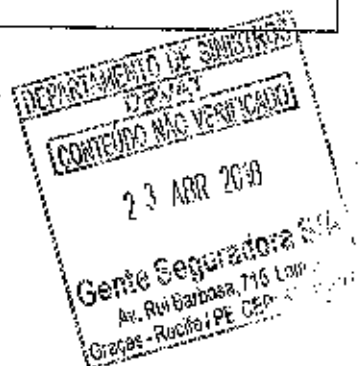
O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PCT REALIZOU PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.
RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: QUADRIL + MÃO
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Clênio Moura
Médico
CREMEPE 25598
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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, JOSEMAR CARVALHO DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o nº 402.061.224 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROMERO ALEXANDRE FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 316.933.114 / 45 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da vítima ROMERO ALEXANDRE FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o nº 316.933.114 / 45, 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, tendo anexado 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	Rua Matias de Albuquerque		Número	223	Complemento	KPT-804
Bairro	Santo Antonio	Cidade	Recife	Estado	PE	CEP
E-mail	joimar.advogado@gmail.com		Telefone comercial (DDD)	(81) 99987-5498	Telefone celular (DDD)	(81) 99188-9957

Recife PE, 18 de abril de 2018

Local e Data

Joimar Carvalho de Souza

Assinatura do Declarante

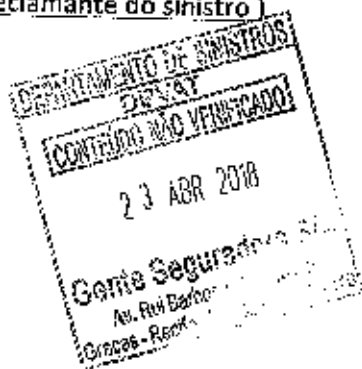
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELISON ADELINO DA SILVA,
RG nº 5.528.961, data de expedição 25/11/1995,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 046.785.024-08, com
domicílio na cidade de SÃO VICENTE FERRER, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PETRONILA GUEDES, RECREIO, nº 30,
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 ROMERO ALEXANDRE FERREIRA, cujo o condutor era
ROMERO ALEXANDRE FERREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA - NXR - 150 - BROS MIX ES
Ano: 2008 - 2010
Placa: KGR-8672
Chassi: 9CZKD0S20AR003235
Data do Acidente: 03.12.2017
Local e Data: SÃO VICENTE FERRER, 26/03/2018

Wilson Adilmo da Silva
Assinatura do Declarante

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

[illegible]



AMU
197

Nome do paciente: _____
 Ocupação: _____
 Estado civil: _____
 Data de nascimento: _____
 Local de nascimento: _____

FORMA DE ATENDIMENTO				
Atendimento em:				
Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:
Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:
Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:
Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:	Atendimento em:

SENTIÊNCIAS				
Sentença 1: _____				
Sentença 2: _____				
Sentença 3: _____				
Sentença 4: _____				
Sentença 5: _____				

CAUSAS LATENTES (ACIDENTES/VIOLÊNCIA)			
CAUSAS LATENTES	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA
CAUSAS LATENTES	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA
CAUSAS LATENTES	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA
CAUSAS LATENTES	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA
CAUSAS LATENTES	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA	ACIDENTES/VIOLÊNCIA

CAUSAS			
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS

CAUSAS			
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS

CAUSAS			
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS

For the year ending June 30, 1904

TABLE OF CONTENTS

General Statement of the Department of Agriculture	1
Statement of the Commissioner of the General Land Office	1
Statement of the Secretary of the Interior	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Land Management	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Reclamation	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Forestry	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Plant Industry	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Entomology and Plant Quarantine	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Animal Industry	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Fish and Wildlife Management	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Geographical Names	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Indian Affairs	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Land Management	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Reclamation	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Forestry	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Plant Industry	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Entomology and Plant Quarantine	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Animal Industry	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Fish and Wildlife Management	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Geographical Names	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Indian Affairs	1

STATEMENT OF THE COMMISSIONER OF THE GENERAL LAND OFFICE

The General Land Office is a part of the Department of the Interior, and is charged with the management of the public lands of the United States. It is the duty of the Commissioner of the General Land Office to see that the public lands are properly managed and that the interests of the United States are protected. The General Land Office is organized into several divisions, each of which is headed by a Chief of Division. The divisions are: the Division of Land Management, the Division of Reclamation, the Division of Forestry, the Division of Plant Industry, the Division of Entomology and Plant Quarantine, the Division of Animal Industry, the Division of Fish and Wildlife Management, the Division of Geographical Names, and the Division of Indian Affairs. The General Land Office is also responsible for the management of the public lands in the several States, and for the management of the public lands in the Territories and the District of Columbia. The General Land Office is also responsible for the management of the public lands in the several States, and for the management of the public lands in the Territories and the District of Columbia.

STATEMENT OF THE SECRETARY OF THE INTERIOR

The Secretary of the Interior is the head of the Department of the Interior, and is responsible for the management of the public lands of the United States. It is the duty of the Secretary of the Interior to see that the public lands are properly managed and that the interests of the United States are protected. The Secretary of the Interior is also responsible for the management of the public lands in the several States, and for the management of the public lands in the Territories and the District of Columbia. The Secretary of the Interior is also responsible for the management of the public lands in the several States, and for the management of the public lands in the Territories and the District of Columbia.

TABLE

General Statement of the Department of Agriculture	1
Statement of the Commissioner of the General Land Office	1
Statement of the Secretary of the Interior	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Land Management	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Reclamation	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Forestry	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Plant Industry	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Entomology and Plant Quarantine	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Animal Industry	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Fish and Wildlife Management	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Geographical Names	1
Statement of the Commissioner of the Bureau of Indian Affairs	1

STATEMENT OF THE COMMISSIONER OF THE BUREAU OF LAND MANAGEMENT

The Commissioner of the Bureau of Land Management is the head of the Bureau of Land Management, and is responsible for the management of the public lands of the United States. It is the duty of the Commissioner of the Bureau of Land Management to see that the public lands are properly managed and that the interests of the United States are protected. The Commissioner of the Bureau of Land Management is also responsible for the management of the public lands in the several States, and for the management of the public lands in the Territories and the District of Columbia. The Commissioner of the Bureau of Land Management is also responsible for the management of the public lands in the several States, and for the management of the public lands in the Territories and the District of Columbia.



Companhia de Seguros de Vida e Previdência
 Rua João de Barros, 115, Barão de Teffé, Fátima - CEP 52083-100
 (51) 3241-2000 Fax: (51) 3241-2001 e-mail: celpe@celpe.com.br

CONTRATO Nº 123456789
 ASSURANCE DE VIDA E PREVIDÊNCIA

CONTRATO Nº 123456789
 ASSURANCE DE VIDA E PREVIDÊNCIA

CPF: 000.000.000-00

CPF: 000.000.000-00

Nome: JOÃO DE BARROS
 Data de Nascimento: 01/03/1970
 Sexo: M

Valor da Prêmio: 216,06
 Data de Vencimento: 01/03/2018
 Data de Pagamento: 01/03/2018

Valor da Prêmio: 216,06
 Data de Vencimento: 01/03/2018
 Data de Pagamento: 01/03/2018

Descrição do Seguro: Seguro de Vida e Previdência
 Valor da Prêmio: 216,06

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
200 unidades	R\$ 1,08	R\$ 216,06

TOTAL DA FATURA

216,06

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
01	200	R\$ 1,08	R\$ 216,06

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
01	200	R\$ 1,08	R\$ 216,06

Este documento é uma cópia do original e não possui validade jurídica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 23/04/2018
 23 APR 2018
 Genie Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
 Centro - Recife/PE - CEP: 52011-040



Companhia de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 28/06/02
 Companhia Estadual de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50040-060
 CNPJ 10.838.837/0001-08 | Arrec. Est. 06.003.93-98 | www.celpe.com.br

CONSUMIDOR
 MARIA AURILIA GOMES

ENDEREÇO
 RUA PATRICIO GOMES 116

CPF 815.319.524-53

COQUEL SAO VICENTE FERRER
 SAO VICENTE FERRER PE
 55060-000

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Residência

CONSUMO ANTERIOR
 00000000

UNIDADE
 UNICA

PERÍODO
 25/07/2017

DATA DE FATURAMENTO
 27/07/2017

PERÍODO
 07/2017

DATA DE FATURAMENTO
 07/08/2017

PERÍODO
 08/2017

APPROXIMADO
 26/07/2017

APPROXIMADO
 2000712265

APPROXIMADO
 384812

TOTAL A PAGAR R\$

31,41

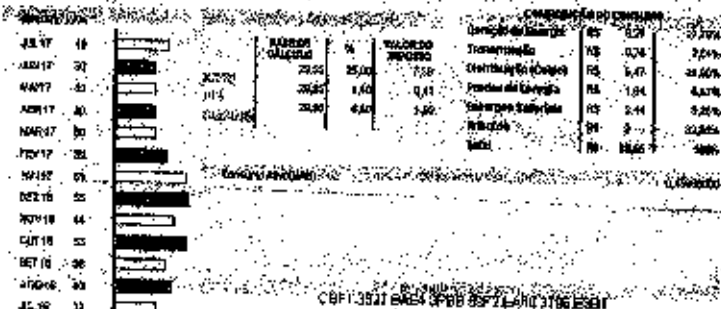
Consumo (kWh) (VNF)
 Atividade Bandeira AMARELA
 Contribuição Unificação Pública
 Multa por atraso NF 00915348 - 25/08/17
 Juros por atraso NF 00915348 - 25/08/17
 PRO-CRÂNICA (0813412-8680) 000 031 3930

QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR (R\$)
40.000.000	0,7158673	28,62
		0,52
		0,52
		0,31
		0,06
		0,58

TOTAL DA FATURA

31,41

PERÍODO	Tipo de Consumo	Consumo	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
25/07/2017	BT	25/07/2017	25/07/2017	25/07/2017	25/07/2017	25/07/2017	25/07/2017	25/07/2017	25/07/2017



23 ABR 2018
 Genta Sena
 An. 600
 Grapas

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

CPF da Vítima

716.933.114-45

Data do Acidente

02.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

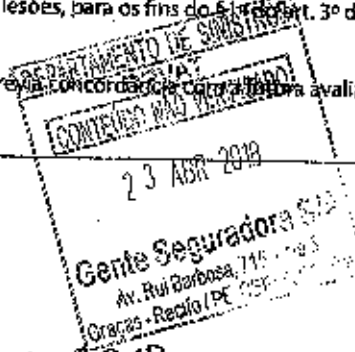
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Sto V. GERRER, 20 de MARÇO de 2018

Local e Data

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



01640014/18
01644501/18

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 123ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO VICENTE FERRER - DP123ªCIRC
DINTER1/16ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0213000167

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/03/2018** às **08:02**

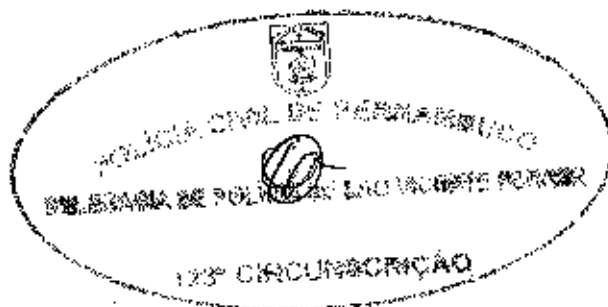
Complementado pelo BO Número: **18E0213000185**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/12/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA FEDERAL BR-408, PRÓXIMO AO ABATEDOURO DE FRANGO DA MAURICÉIA - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE NAZARE DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

X (AUTOR \ AGENTE)
WELISON ADELINO DA SILVA (OUTRO)
ROMERO ALEXANDRE FERREIRA (VÍTIMA)
J.M.D.S. (Menor de Idade) (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

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

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA AUXILIADORA DA SILVA Pai: DAMIÃO ALEXANDRE FERREIRA Data de Nascimento: 4/3/1979 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA PATRICIO GOMES, 116 - CEP: 55860000 - Bairro: RECREIO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

J.M.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ JERONIMO Pai: JOSÉ MARCELO ALBINO DA SILVA Data de Nascimento: 19/9/2000 Naturalidade: SAO VICENTE FERRER / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA PATRICIO GOMES, 116 - CEP: 55860000 - Bairro: RECREIO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

WELISON ADELINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: S Data de Nascimento: 1/1/1900 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO VICENTE FERRER, 1 - CEP: 55860-000 - Bairro: CENTRO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

X (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: D

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELISON ADELINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KQQ8612** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2K00620AR003235**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL, A VITIMA SENHOR ROMERO ALEXANDRE, COMUNICANDO QUE AO RETORNAR DE VIAGEM EM UMA MOTOCICLETA JÁ ESPECIFICADA ACIMA, PELA RODOVIA FEDERAL BR-408, NA ZONA RURAL DE NAZARÉ DA MATA/PE, O QUAL TRAZIA NA GARUPA DA MOTO A SUA COMPANHEIRA JACIARA MARCELA, QUE AO PASSAR EM UMA LOMBADA NAS IMEDIAÇÕES DO ABATEDOURO DE FRANGO DA MAURICEIA, E AO ULTRAPASSAR UM CAMINHÃO DE CANA QUE ENCONTRAVA-SE A SUA FRENTE, VEIO A ALBARROAR COM UM OUTRO VEICULO DE PLACA NÃO ANOTADA QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DE SUA MÃO DE DIREÇÃO O QUAL LOGO APÓS O ACIDENTE TOMOU RUMO IGNORADO, QUE DEVIDO AO ALBARROAMENTO AS VITIMAS FORAM JOGADAS AO SOLO, QUE DEVIDO AO ACIDENTE O COMUNICANTE VEIO A SOFRER FRATURAS EM SUA PERNA DIREITA, ANTE-BRÇO E MÃO ESQUERDA, ALÉM DE VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE A SUA COMPANHEIRA JACIARA MARCELA, QUE VINHA COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTO, VEIO A SOFRER FRATURAS EM SUA PERNA ESQUERDA, QUE O SENHOR ROMERO LOGO APÓS O ACIDENTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA/PE, ENQUANTO A VITIMA JACIARA FOI SOCORRIDA PELO SAMU DA CIDADE DE BUENOS AIRES/PE, OCORRÊNCIA DE Nº 9412352, AMBAS AS VITIMAS FORAM LEVADAS PARA O HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO, LOCALIZADO NA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA/PE, ONDE RECEBERAM OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A PESSOA DE ROMERO FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 1047574, E A SUA COMPANHEIRA JACIARA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, CONFORME TRANSFERÊNCIA DO SAMU Nº 9412376, E GUIA DE ATENDIMENTO Nº 516267 DO HGV, AMBOS HOSPITAIS LOCALIZADOS NA CIDADE DE RECIFE/PE. CASO AFETO A DELEGACIA MUNICIPAL DE NAZARÉ DA MATA/PE, QUE APÓS A CONFECCÃO DO B.O., O MESMO SERÁ REMETIDO PARA AQUELA DEPOL PARA CONHECIMENTO DOS FATOS E DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABIVEIS.

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

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
(VITIMA)

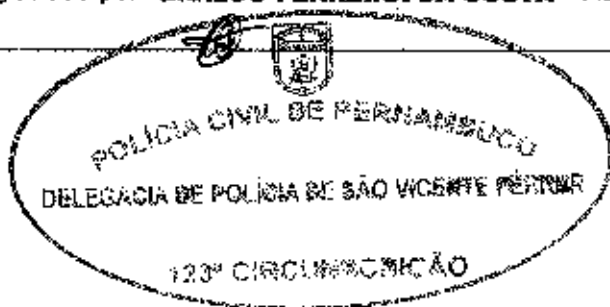
ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

J.M.D.S. (Menor de Idade)
(VITIMA)

+ Jaciara Marcela da Silva

+ Maria José Leronimo

B.O. registrado por: **ERALDO FERREIRA DA COSTA** - Matrícula: **380991-9**





437940

0144214/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 123ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO VICENTE FERRER - DP123ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0213000185**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/03/2018** às **10:15** horas

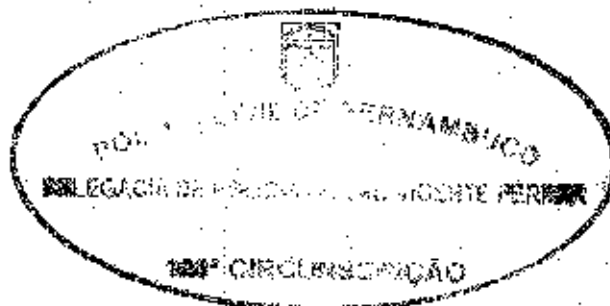
Complementa o BO Número: **18E0213000167**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/12/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA FEDERAL BR-408, PRÓXIMO AO ABATEDOURO DE FRANGO DA MAURICEIA - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE NAZARE DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

X (AUTOR/AGENTE)
WELISON ADELINO DA SILVA (OUTRO)
ROMERO ALEXANDRE FERREIRA (VITIMA)
JACIARA MARCELA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

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

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA AUXILIADORA DA SILVA Pai: **DAMIÃO ALEXANDRE FERREIRA** Data de Nascimento: **4/3/1979** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PATRICIO GOMES, 116 - CEP: 55860-000 - Bairro: RECREIO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

JACIARA MARCELA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ JERONIMO Pai: **JOSÉ MARCELO ALBINO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/9/2000** Naturalidade: **SAO VICENTE FERRER / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PATRICIO GOMES, 116 - CEP: 55860-000 - Bairro: RECREIO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

WELISON ADELINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: S Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO VICENTE FERRER, 1 - CEP: 55860-000 - Bairro: CENTRO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

X (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: D

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELISON ADELINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KQQ8612 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KD0520AR003238**
 Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL, A VITIMA SENHOR ROMERO ALEXANDRE, COMUNICANDO QUE AO RETORNAR DE VIAGEM EM UMA MOTOCICLETA JÁ ESPECIFICADA ACIMA, PELA RODOVIA FEDERAL BR-408, NA ZONA RURAL DE NAZARÉ DA MATA/PE, O QUAL TRAZIA NA GARUPA DA MOTO A SUA COMPANHEIRA JACIARA MARCELA, QUE AO PASSAR EM UMA LOMBADA NAS IMEDIAÇÕES DO ABATEDOURO DE FRANGO DA MAURICEIA, E AO ULTRAPASSAR UM CAMINHÃO DE CANA QUE ENCONTRAVA-SE A SUA FRENTE, VEIO A ALBARROAR COM UM OUTRO VEICULO DE PLACA NÃO ANOTADA QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DE SUA MÃO DE DIREÇÃO O QUAL LOGO APÓS O ACIDENTE TOMOU RUMO IGNORADO, QUE DEVIDO AO ALBARROAMENTO AS VITIMAS FORAM JOGADAS AO SOLO, QUE DEVIDO AO ACIDENTE O COMUNICANTE VEIO A SOFRER FRATURAS EM SUA PERNA ESQUERDA, ANTE-BRACO E MÃO ESQUERDA, ALÉM DE VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE A SUA COMPANHEIRA JACIARA MARCELA, QUE VINHA COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTO, VEIO A SOFRER FRATURAS EM SUA PERNA ESQUERDA, QUE O SENHOR ROMERO LOGO APÓS O ACIDENTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA/PE, ENQUANTO A VITIMA JACIARA FOI SOCORRIDA PELO SAMU DA CIDADE DE BUENOS AIRES/PE, OCORRÊNCIA DE Nº 9412352, AMBAS AS VITIMAS FORAM LEVADAS PARA O HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO, LOCALIZADO NA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA/PE, ONDE RECEBERAM OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A PESSOA DE ROMERO FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 1047574, E A SUA COMPANHEIRA JACIARA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, CONFORME TRANSFERÊNCIA DO SAMU Nº 9412375, E GUIA DE ATENDIMENTO Nº 816267 DO HGV, AMBOS HOSPITAIS LOCALIZADOS NA CIDADE DE RECIFE/PE. CASO AFETO A DELEGACIA MUNICIPAL DE NAZARÉ DA MATA/PE, QUE APÓS A CONFEÇÃO DO B.O., O MESMO SERÁ REMETIDO PARA AQUELA DEPOL PARA CONHECIMENTO DOS FATOS E DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABIVEIS.

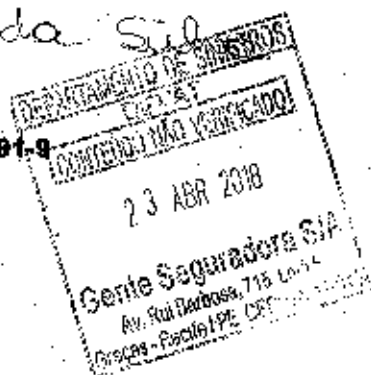
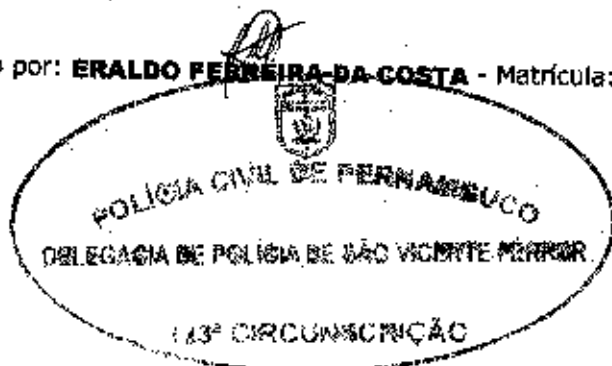
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
 (VITIMA)

JACIARA MARCELA DA SILVA
 (VITIMA)

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Jaciara Marcela da Silva

B.O. registrado por: **ERALDO FERREIRA DA COSTA** - Matrícula: **380991-9**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI: 716.933.114-45 CPF da Vítima: 716.933.114-45 Nome completo da vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA CPF titular da conta: 716.933.114-45 Profissão: DESEMPREGADO
Endereço: RUA PATRÍCIO GOMES Número: 116 Complemento: CASA
Bairro: RECREIO Cidade: SÃO VICENTE FERRER Estado: PE CEP: 55.860-000
Email: ROMEROA@GMAIL.COM Telefone (DDD): 85 3039 19498

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, que o endereço informado acima segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO BRADESCO **NRO** 237
AGÊNCIA 1877 **D/V** 5 **CONTA** 20710 **NRO** 1
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SILV. FERRER 20 de MARÇO de 2018
Local e Data

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Data: 12/04/2018 Hora: 09:05:04

Deposito em Conta Corrente

Favorecido
Agencia: 237
Banco: 0187 - TITANUBA
Conta: 00000000000000000000-1
Nome: ROBERTO ALEXANDRE FERREIRA

Depositante : 00000000000000000000
Valor em dinheiro : 19.00
Valor em cheque : 0.00
Valor total : 19.00

Ag. Bradesco : 1471 - TITANUBA
Correspond. Banc. : 137 - HELENA ACESORIOS
NSU: 029081124137 Autenticacao: 000393

O HELENA ACESORIOS atua como
Correspondente Bancario do Banco
Bradesco S.A.

Conserve este Recibo

00000000000000000000
00000000000000000000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VOT
CONTUDO NAO VERIFICADO
23 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa
Grecas - Recife/PE CEP: 51011-000

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Carta nº: 13316066

A/C: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Nº Sinistro: 3180184594
Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000001877-5

Conta: 0000020710-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Sinistro: 3180184594
Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180184594** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Nº Sinistro: 3180184594
Vitima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12908303



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

Sinistro: **3180184594**
Vítima: **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**
Data do Acidente: **03/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180184594** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta nº: 12858326

A/C: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Nº Sinistro: 3180184594
Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001877-5

Conta: 0000020710-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Nº Sinistro: 3180184594
Vitima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12737151



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Nº Sinistro: 3180184594
Vitima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Nº Sinistro: 3180184594

Vitima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180184594**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12711165



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

28/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 000000020710-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2808201805000000000023701877000000020710253125 PAGO

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:	ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
----------	---------------------------

BANCO:	237
--------	-----

AGÊNCIA:	01877-5
----------	---------

CONTA:	000000020710-1
--------	----------------

Nr. Autenticação

BRABESCO2205201805000000000023701877000000020710236250 PAGO

**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: **3180184594**

Nome do(a) Examinado(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PATRICIO GOMES, 116 - RECREIO - São Vicente Ferrer - PE - CEP 55860-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [- /PE] -

Data e local do acidente: [**03/12/2017**] **NAZARÉ DA MATA - PE**

Data e local do exame: [**14/05/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DOS 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM COXA ESQUERDA PARA CONTROLE DE DANOS. APÓS 4 DIAS FOI REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. REALIZADA A FIXAÇÃO DAS FRATURAS DOS QUIRODÁCTILOS COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER NÚMERO 1,5 MM. APÓS 7 DIAS FOI REALIZADO A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA E REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

REFERE DOR CRÔNICA NA COXA COM USO DE ANALGÉSICOS. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-115º) DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM 1 CM E DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO (ADM 0-75º) E SUPINAÇÃO (ADM 0-75º) DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE NOS 2º E 3º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COM ATITUDE EM EXTENSÃO DE 15º DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO LEVE DA FLEXÃO DOS 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS E REDUÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO MANUAL À ESQUERDA. APRESENTA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA ESQUERDA, BLOQUEIO ARTICULAR DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE MEDIAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 8 CM (PROVÁVEL FOCO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA). APRESENTA REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO DO JOELHO (GRAU II) E INTENSA MARCHA CLAUDICANTE.

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

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro superior esquerdo

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro superior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CIME-PE 24411
TETO 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

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: **3180184594**

Nome do(a) Examinado(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PATRICIO GOMES, 116 - RECREIO - São Vicente Ferrer - PE - CEP 55860000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**-SSP /PE**] **-5981847**

Data e local do acidente: [**03/12/2017**] **NAZARÉ DA MATA - PE**

Data e local do exame: [**13/08/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DOS 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

REFERE DOR CRÔNICA NO JOELHO COM USO DE ANALGÉSICOS DE FORMA CONSTANTE. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-115º) DO COTOVELO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO (GRAU II) DO COTOVELO E HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM 1 CM. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO (ADM 0-75º) DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFORMIDADE IMPORTANTE EM 2º E 3º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COM ATITUDE EM EXTENSÃO DE 15º EM 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-30º) DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (GRAU 4) DE PREENSÃO PALMAR ESQUERDA. APRESENTA HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA, REDUÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE MEDIAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 8 CM (PROVÁVEL FOCO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA) E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO DO JOELHO (GRAU II). APRESENTA INTENSA MARCHA CLAUDICANTE.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PERICIA DO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM COXA ESQUERDA PARA CONTROLE DE DANOS. APÓS 4 DIAS FOI REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FIXAÇÃO DA FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. REALIZADA A FIXAÇÃO DE FRATURA DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO ESQUERDA COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER, NÚMERO 1,5 MM. APÓS 7 DIAS REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA E REALIZADA A FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro superior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 14/05/2018. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE. NÃO TENDO SIDO CONSIDERADO A LIMITAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR POR UM ERRO DO SISTEMA, INDENIZAR 75% DO JOELHO ESQUERDO NESTE PARECER. CONDUTA MANTIDA EM RELAÇÃO AS SEQUELAS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopeda e Cirurgião do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-FE 24411
TEOT 14835



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): ROMERO ALEXANDRE FERREIRA, brasileiro, solteiro, CTPS nº 26621, série nº 00063 – SPES/MF, inscrito no CPF(MF) sob o nº 716.933.114-45, residente na Rua Patrício Gomes, nº 116, Coque, São Vicente Férrer-PE, CEP: 55.860-000.

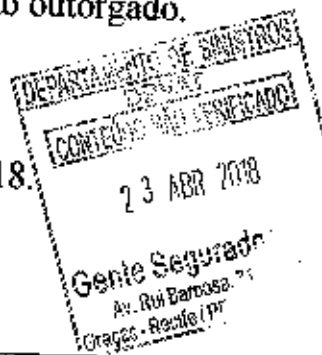
OUTORGADO: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA, brasileiro, casado, RG nº 2.417.796 - SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 402.061.224-20, com endereço profissional sito à rua Matias de Albuquerque, nº 223, sala 804, Edf. Bancomércio, Stº. Antônio, Recife, PE.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(s) outorgante(s) acima qualificado(s), nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) bastante(s) procurador(a)(s), (a)(s) outorgado(a)(s) também qualificado(a)(s), para representá-lo(a)(s) no que diz respeito ao recebimento da indenização do seguro DPVAT (Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre).

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

São Vicente Férrer/PE, 29 de março de 2018.

ROMERO ALEANDRO FEBRERA
OUTORGANTE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184594

Cidade: Nazaré da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Data do acidente: 03/12/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DOS 2ª, 3ª, 4ª E 5ª QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: REFERE DOR CRÔNICA NA COXA COM USO DE ANALGÉSICOS. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-115º) DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM 1 CM E DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO (ADM 0-75º) E SUPINAÇÃO (ADM 0-75º) DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE NOS 2ª E 3ª QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COM ATITUDE EM EXTENSÃO DE 15º DO 3ª QUIRODÁCTILO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO LEVE DA FLEXÃO DOS 3ª E 4ª QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS E REDUÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO MANUAL À ESQUERDA. APRESENTA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA ESQUERDA, BLOQUEIO ARTICULAR DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE MEDIAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 8 CM (PROVÁVEL FOCO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA). APRESENTA REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO DO JOELHO (GRAU II) E INTENSA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM COXA ESQUERDA PARA CONTROLE DE DANOS. APÓS 4 DIAS FOI REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. REALIZADA A FIXAÇÃO DAS FRATURAS DOS QUIRODÁCTILOS COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER NÚMERO 1,5 MM. APÓS 7 DIAS FOI REALIZADO A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA E REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

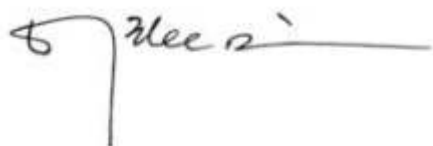
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184594 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DOS 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: REFERE DOR CRÔNICA NO JOELHO COM USO DE ANALGÉSICOS DE FORMA CONSTANTE. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-115º) DO COTOVELO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO (GRAU II) DO COTOVELO E HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM 1 CM. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO (ADM 0-75º) DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFORMIDADE IMPORTANTE EM 2º E 3º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COM ATITUDE EM EXTENSÃO DE 15º EM 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-30º) DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (GRAU 4) DE PREENSÃO PALMAR ESQUERDA. APRESENTA HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA, REDUÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE MEDIAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 8 CM (PROVÁVEL FOCO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA) E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO DO JOELHO (GRAU II). APRESENTA INTENSA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: PERICIADO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM COXA ESQUERDA PARA CONTROLE DE DANOS. APÓS 4 DIAS FOI REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FIXAÇÃO DA FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. REALIZADA A FIXAÇÃO DE FRATURA DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO ESQUERDA COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER, NÚMERO 1,5 MM. APÓS 7 DIAS REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA E REALIZADA A FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/08/2018

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 14/05/2018. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE. NÃO TENDO SIDO CONSIDERADO A LIMITAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR POR UM ERRO DO SISTEMA, INDENIZAR 75% DO JOELHO ESQUERDO NESTE PARECER. CONDUTA MANTIDA EM RELAÇÃO AS SEQUELAS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

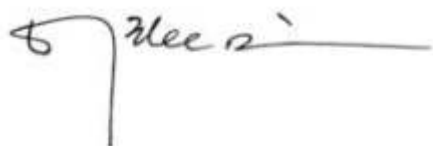
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184594 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE REANALISE

EU ROMERO ALEXANDRE FERREIRA PORTADOR(A) DO

~~RTS~~ 26621 SERIE-00063 E CPF 716.933.114-45 RESIDENTE NA

RUA/AV RUA PATRICIO GOMES

Nº 116

BAIRRO RECREIO CIDADE SÃO VICENTE FERRER UF PE VENHO

ATRAVÉS DESTA, SOLICITAR REANALISE DO PROCESSO 3180.184594

UMA VEZ QUE NÃO CONCORDO COM O VALOR INDENIZATÓRIO.

Cidade SÃO V. FERRER 23/05/2018



ROMERO ALEXANDRE FERRERA
(Assinatura)

