

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190522594 Vítima: LUCIANA SANTOS DE MELO

Data do Acidente: 03/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANA SANTOS DE MELO

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

Laudo do IML - Lesões corporais	Apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal - IML, original ou cópia autenticada, com a identificação e carimbo do médico perito e nome completo da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue é cópia simples.
--	---

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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190522594

Vítima: LUCIANA SANTOS DE MELO

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANA SANTOS DE MELO

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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190522594

Vítima: LUCIANA SANTOS DE MELO

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANA SANTOS DE MELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUCIANA SANTOS DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000714-5

Conta: 0000051292-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

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: **011.043.684/98** 4 - Nome completo da vítima: **Luciana Santos de Melo**

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

5 - Nome completo: **Luciana Santos de Melo** 6 - CPF: **011.043.684-98**
7 - Profissão: **representante comercial** 8 - Endereço: **Rua Vereador Jarbas de Andrade Campos** 9 - Número: **106** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **Núcleo residência** 12 - Cidade: **Cabo de Santo Agostinho** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **54.520-530**
15 - E-mail: **luciana_prim@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **81988763730**

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: **LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO**
18 - CPF do Representante Legal: **055.266.584/97** 19 - Profissão do Representante Legal: **ADVOGADO**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **0714** **5** CONTA: **51.292** **3**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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 pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ 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(s) vivo(s)? ☐ 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 alfabetizado

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: _____

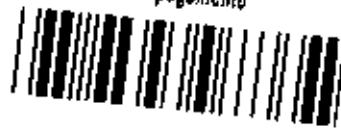
CPF: _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

Autorização de pagamento



40 - Local e Data, **Cabo, 23 de agosto de 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LUCIANA SANTOS DE MELOPORTADOR(A) DO RG Nº 6423013 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 16/07/1999 ECPF 011043684-9(8) / CNPJ _____, PROFISSÃO PROCURADORA VINDAS

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUCIANA SANTOS DE MELO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 237 AGÊNCIA 07854 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 70192-0

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

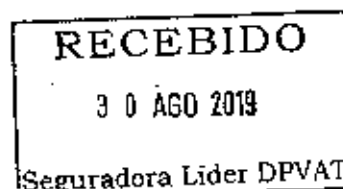
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CABODATA 29/08/19ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Luciana Santos de Melo.

❗ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0130006794**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2018** às **11:55**

Complementa o BO Número: **18E0130006783**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **3/10/2018** às **14:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ESCRITOR ISRAEL FELIPE (), 1, ENTRADA DA EMPRESA SÃO JUDAS TADEU** - Bairro: **SANTO INACIO** - **CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROSEMBERG CARVALHO DOS SANTOS (OUTRO)
LUCIANA SANTOS DE MELO (VITIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSEMBERG CARVALHO DOS SANTOS**

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **YYYYYYYYYY** Pai: **YYYYYYYY** Data de Nascimento: **1/1/1888** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

LUCIANA SANTOS DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **GERNICE MARIA SANTOS MELO** Pai: **LUCIANO SANTOS MELO** Data de Nascimento: **17/8/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6423013/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROMOTOR** Telefones Celulares: **- 99725569**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE COHAB (BAIRRO), 1, RUA VEREADOR JARBAS DE ANDRADE, 106, CASA D - CEP: 55000-000** - Bairro: **COHAB** - **CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROSEMBERG CARVALHO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ELIONORA DOS SANTOS** Pai: **GILBERTO CARVALHO** Data de Nascimento: **24/5/1985** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6299349/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROMOTOR** Telefones Celulares: **- 99529608**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE COHAB (BAIRRO), 1, RUA VEREADOR JARBAS DE ANDRADE, 106, CASA D - CEP: 55000-000** - Bairro: **COHAB** - **CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANA SANTOS DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSEMBERG CARVALHO DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCL5466** (PERNAMBUCO/CABO DE SANTO AGOSTINHO)

Descrição: **CONDUZIDA POR ROSEMBERG CARVALHO DOS SANTOS**

Complemento / Observação

INFORMA SENHOR ROSEMBERG CARVALHO DOS SANTOS, QUE NO DIA 04/10/2018, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG150, DE COR PRETA, PLACA PCL-5466/PE, PELA AVENIDA ISRAEL FELIPE (SANTO INACIO) QUE CONDUZIA SUA ESPOSA LUCIANA SANTOS DE MELO, QUANDO FOI TRANGADO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, VINDO PERDER O CONTROLE DA DIREÇÃO CAINDO, ONDE SUA ESPOSA LUCIANA SANTOS DE MELO, SOFREU FRATURA NO JOELHO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PARA UPA DA COHAB, LOGO REMOVIDO PARA O HOSPITAL SÃO MARCOS NO RECIFE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

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

LUCIANA SANTOS DE MELO
(VITIMA)

ROSEMBERG CARVALHO DOS SANTOS
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JULIO CESAR PANTALEAO DA SILVA** - Matrícula: **03835104497**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANA SANTOS DE MELO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00714-5

CONTA: 000000051292-3

Nr. da Autenticação F1118A7073F169EB



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



009428



LUCIANA SANTOS DE MELO
VEREADOR JARBAS DE ANDRADE CAMPOS, 106
NÚCLEO RESIDENCIA
CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE
54520.530



5013196987406310000001566230010419

Comprovante de residência



**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 5126 82XX XXXX 9592
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura

02/01/2020

R\$

Total Fatura

R\$ 660,07

Pagamento Mínimo

R\$ 109,39

ATENÇÃO Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apropriados nesta fatura, incidíveis sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo dos encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento: R\$ 99,00
Data prevista para o fechamento da próxima: 21/01/2020

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/Para	Valor US\$	Credito R\$
		Valor Original	Cobrança	Debito
20/11	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			1.482,10D
03/12	JUROS ROTATIVO			1,11D
02/12	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			424,00C
02/12	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			1.028,00C
	Subtotal Nacional			12,21D

LAMEQUE A NASCIMENTO 512682XXXX9592**Movimentações Nacionais**

24/07	MAGALU MAGAZINELUZA	05/05	SAO PAULO	209,80D
04/09	ESPOSENDE LÍBIA	04/05	CABO DE SANTO	40,78D
05/09	AMANDA A L DE OLIVEIRA	04/06	CABO DE SANTO	81,88D
05/10	OCULUS EYEWEAR	03/03	CABO DE SANTO	90,00D
12/10	C E A	03/03	SANTO AGOSTIN	88,97D
31/10	TAM SITE	02/04	SAO PAULO	95,17D
02/12	TIM'S 1r15		RIO DE JANEIR	49,99D
09/12	TIM'S 1r15		RIO DE JANEIR	49,99D
20/12	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT	02/12		10,50D
	Subtotal Nacional			647,86D

Total Nacional

Total Internacional

Total Fatura

660,07D

0,00C

660,07D

Encargos

ULTA	2,00% a.m
IRA	1,00% a.m
REELADO COM JUROS	5,00% a.m
T PARCELADO COM JUROS	5,87% a.m
REELAMENTO DE FATURA	8,50% a.m
T PARCELATURA	9,14% a.m

	Para o Período	Mês Pós Período
ROTATIVO	9,99% a.m	11,89% a.m
O PAGAMENTO MÍNIMO	9,99% a.m	11,89% a.m
QUES	12,00% a.m	14,00% a.m
T ROTATIVO	10,91% a.m	12,61% a.m
T NAO PAGAMENTO MÍNIMO	10,61% a.m	12,61% a.m
T SAQUES	12,62% a.m	14,62% a.m

Resumo de Crédito

LÍMITE/LINHA DE CRÉDITO TOTAL	R\$ 2.600,00
LÍMITE/LINHA PARA SAQUE CASH	R\$ 520,00
LÍMITE/LINHA COMP PARCELADA	R\$ 2.600,00
Saldo de compras parceladas a vencer	R\$ 354,44
Saldo de Crédito Utilizado	R\$ 1.014,51



104-0

10498,18535 95002.110245 11461.001189 6 00000000000000

Pagador: LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO R CINCO 00005 CHARNECA - 54535040 - CABO DE SANTO A - PE				CPF/CNPJ do Pagador: 05528656437	
Número Documento: 140021021146100115-8		Nº do Documento: 00210211461		Vencimento: 02/01/2020	
Beneficiário: CARTÕES CAIXA - 00.360.305/0001-04		Valor do Documento: 660,07		Valor Cobrado: 660,07	
Endereço do Beneficiário: SBS Quadra 4, Lotes 3/4, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-900				CPF/CNPJ Beneficiário: 00.360.305/0001-04	
Agência/Código Beneficiário: 1813 / 818539-5				Autenticação Médica - Recibo do Pagador	
SAC CAIXA: 0800 720 0101 (informações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 1474 caixa.gov.br					



104-0

10498.18535 95002.110245 11461.001189 6 00000000000000

Local de Pagamento: Internet Banking - Autoatendimento - Lotéricas e correspondentes bancários - Agências Bancárias					Vencimento: 02/01/2020	
Beneficiário: CARTÕES CAIXA - 00.360.305/0001-04					Agência/Código Cedente: 1813 / 818539-5	
SBS Quadra 4, Lotes 3/4, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-900						
Data do Documento: 20/12/2019	Nº do Documento: 00210211461	Espécie Doc: FT	Acerto: N	Data do Processamento: 20/12/2019	Folha Número: 140021021146100115-8	
Uso do Dinheiro: Carteira SR	Espécie de Moeda: R\$	Quantidade:	Valor:		1 (+) Valor do Documento: 660,07	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): Após o vencimento, a fatura pode ser paga nos locais indicados em toda a rede bancária. Dê preferência para o pagamento total e até a data de vencimento para ficar livre dos encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura. Acesse www.caixa.gov.br/voca/cartoes e aproveite os benefícios dos Cartões Caixa!					2 (-) Descontos/Abatimentos	
					3 (-) Outras Deduções	
					4 (+) Mora/Multa	
					5 (+) Outros Acréscimos	
					6 (+) Valor Cobrado	

Pagador: LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO R CINCO 00005 CHARNECA CABO DE SANTO A				CPF/CNPJ: 05528656437	
Beneficiário / Agência:				UF: PE CEP: 54535040 CPF/CNPJ:	
Autenticação Médica - Foma de Compensação					





Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de Seguros
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 4020-1596)

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/BIBLIOTECABWEB/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 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, REGULAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LAMEQUE ADRIANO DO NASCIMENTO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.266.564 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LUCIANA SANTOS DE MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.043.684 / 98

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima LUCIANA SANTOS DE MELO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.043.684 / 98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: VARIÁVEL e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA OS</u>		Número: <u>05</u>	Complemento:
Bairro: <u>CHARNECA</u>	Cidade: <u>CABO</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>54535-040</u>
E-mail: <u>ADV.LAMEQUE@GMAIL.COM</u>			Tel. (DDD): <u>81 988763730</u>

Local e Data: CABO, 21 DE AGOSTO DE 2019


Assinatura do Declarante

DATA: 22/10/18

HORA: 14:30

MÉDICO ASSISTENTE:

Dr. Danilo Azevedo

REGIÃO: SAN/OS-DE-MELO

Reg: 0259097 - Pront: 000104593
 EMDE EXCELSIOR/
 Entrada: 03/10/2018 - Hora: 20:45
 Matrícula: 840630092
 V. Soc:



Leito: 118 A

0259097

Paciente:

Data da admissão: 02/10/18

Data da alta: 22/10/18

Resumo do internamento:

Leito em fratura com fratura para
 de placa fixada, realizada após de controle
 de dor (fixador externo) e posteriormente

Tratamento (s) realizado (s):

artroscopia com placa e parafusos

Diagnósticos:

1 fratura de placa fixa

2

3

4

Resultados dos exames principais:

Documentação médica - hospitalar



Destino:

(X) Alta para domicílio

() Transferência para internamento domiciliar/homecare

() Transferência para outro serviço

motivo:

Orientação após alta:

Medicamentos de uso contínuo:

Bupren / Oxycodone / Tramadol
 (4/5/5/5)

Afastamento das atividades habituais: () Não

(X) Sim

Orientação nutricional:

Terapias de suporte:

(X) Fisioterapia motora

() Fisioterapia respiratória

() Fonoterapia

Recomendações especiais:

Deixar o membro afetado
 com 1 dia

Atenção: Em caso de emergência, comunique-se com seu médico ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital São Marcos, trazendo consigo esta via.

Dr. Danilo Azevedo
 Cir. de Joelho
 CRM: 18171

Médico (Assinatura e carimbo)

1ª via - paciente/2ª via - prontuário

PRESCRIÇÃO: 845728

SETOR SOLIC: EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO: 585159

PACIENTE: 190680 - LUCIANA SANTOS DE MELO NASC: 17/08/1983 35A IM 17D

ORIGEM ATD: EMERGENCIA/URGÊNCIA - UPA

CONVÊNIO: SUS - PRONTO ATENDIMENTO

PRESTADOR: 23921 YASMIN RODRIGUES VILAÇA DE LIMA

ACOMODACÃO: UNID INTERN: EMERGÊNCIA

UID: 81147

DATA PRESCRIÇÃO: 03/10/2018 15:13

NR CARTEIRA:

VALIDADE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PCII

SERVIÇO: CLÍNICA GERAL

LEITO:

USUÁRIO: YASMINRV

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: 4 RADIOLOGIA

Exame	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fabric
DELMO AP LATERAL	*81147* 81147	03/10/2018 15:13		*96638* 96638	0254000023
Observação: ESQUERDO					

16-36

03/10/18

[Handwritten signature]

Yasmin Vilaca
Médica
CRM-PE 23921

YASMIN RODRIGUES VILAÇA DE LIMA
CRM : 23921

Prescrição: 845727

Usuário: YASMINRV

Data: 03/10/2018 15:13

Atendimento: 585159

Dt Nasc: 17/08/1983 (35) Anos

Convênio: SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Paciente: 190680 LUCIANA SANTOS DE MELO

Internação: 03/10/2018 15:05 1 Dia(s) Int

Médico: YASMIN RODRIGUES VILAÇA DE LIMA

Serviço: CLINICA GERAL

Acomodação:

Leito:

Unid Internação:

CID

Rubrica do Medico

585159**PRESCRIÇÃO MÉDICA****MEDICAMENTO**

	Qtd	Unidade	St	Fa	Frequência	Data	Horários
1 CETOPROFENO 100MG IV	1	FA		IV	Agora	03/10/	15:13
Obs.: DILUIR O CETOPROFENO EM 100 ML DE CLORETO DE SÓDIO 0,9%							
AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 1,20X25 18G	1	UND					
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100ML, SISTEMA FECHADO	1	TB					
EQUIPO PARA SORO MACROGOTA, PINÇA ROLETE, CAMERA FLEXIVEL	1	UND					
LUVA PARA PROCEDIMENTO, EM LATEX, NAO ESTERIL PEQUENO	4	UND					
SERINGA DESCARTAVEL, BICO SEM ROSCA, 10ML SEM AGULHA	1	UND					
2 DIFIRONA 500MG/ML 2ML	1	AMP		IV	Agora	03/10/	15:13
AGULHA DESCARTAVEL 25X7	1	UND					
AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 1,20X25 18G	1	UND					
LUVA PARA PROCEDIMENTO, EM LATEX, NAO ESTERIL PEQUENO	4	UND					
SERINGA DESCARTAVEL, BICO SEM ROSCA, 10ML SEM AGULHA	1	UND					

Yasmin Vilaça
Médica
CRM-PE 23921YASMIN RODRIGUES VILAÇA DE LIMA
CRM: 23921



Av. Portugal, 52 - Boa Vista
Recife-PE | CEP 52010-010
Fone: 81 3217.4444 | Fax: 81 3217.4600
www.hospitalsaomarcos.com.br

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PACIENTE: LUCIANA SANTOS DE MELO CONVENIO: AMIL
DATA: 16/10/2018

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL

CIRURGIA: TTO CIRURGICO DE FRATURA AO NIVEL DO JOELHO + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + OSTEOTOMIA DE Pelve(RETIRADA DE ENXERTO)

CIRURGIÃO: DR. DANILO AZEVEDO

1º AUX: DR. HENRIQUE MARQUES

2º AUX: DR. ARÃO ALENCAR

3º AUX:

INSTRUMENTADOR: PAULO HENRIQUE

ANESTESISTA: DR GUILHERME QUINTAS

ANESTESIA: RAQUI

LUCIANA SANTOS DE MELO

CPF: 077.037.983-25-7672

Reg: 0259097 - Pront: 000104593

SAUDE EXCELSIOR/

Entrada: 03/10/2018 - Hora 20:45

Matrícula: 840930092

U.Soc:



Leito: 118 A

0259097

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + CAMPOS ESTÉREIS + GARROTEAMENTO DO MIE
3. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
4. PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL, INCISÃO POSTERIOR E DIVULSÃO POR PLANOS ATE FOCO DE FRATURA DE CONDILO POSTERO MEDIAL
5. OSTEOSINTESE COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSOS DE BLOQUEIO(5)
6. REALIZADA INCISÃO ANTERO-LATERAL EM PLATÔ TIBIAL ESQ
7. REDUÇÃO CRUENTA DE PLATO LATERAL, OBSERVADO AFUNDAMENTO IMPORTANTE EM PLATO LATERAL
8. RETIRADA DE ENXERTO DE CRISTA ILÍACA(OSTEOTOMIA DE Pelve)
9. OSTEOSINTESE COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSO DE BLOQUEIO(7)
10. SOLTURA DO GARROTE SEM SANGRAMENTO DO MIE
11. SUTURA E CURATIVO
12. BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. Danilo Azevedo
Cir. de Joelho
CRM: 15171

DATA: 22, 10, 18

HORA: 19:30

MÉDICO ASSISTENTE:

Dr. Danilo Aguiar

LUICIANA SANTOS DE REGO

NASC: 17/08/1983 - 35 anos
Reg: 0259097 - Pront: 000104593
EMIDE EXCELSIOR
Entrada: 03/10/2018 - Hora: 20:46
Matricula: 840630052
N. Soc:



Leito: 118 A

0259097

Paciente:

Data da admissão: 02, 10, 18

Data da alta: 22, 10, 18

Resumo do internamento:

Paciente internada com fratura para de pelo fêmur, realizada após de controle de dor, (fixador externo) e posteriormente

Tratamento (s) realizado (s):

internada com placa e parafusos

13/10 fixador externo

16/10/18 internada com placa e parafusos

Diagnósticos:

1 fratura de pelo fêmur 3

2 4

Resultados dos exames principais:

Destino:

(X) Alta para domicílio

() Transferência para internamento domiciliar/Homecare

() Transferência para outro serviço

motivo:

Orientação após alta:

Medicamentos de uso contínuo:

Diprival / Clonazepam / Tramadol
(4 meses)

Afastamento das atividades habituais: () Não

(X) Sim dias

Orientação nutricional:

Terapias de suporte:

(X) Fisioterapia motora

() Fisioterapia respiratória

() Fonoterapia

Recomendações especiais:

Atenção ambulatorial com 2 dias

Atenção: Em caso de emergência, comunique-se com seu médico ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital São Marcos, trazendo consigo esta via.

Dr. Danilo Aguiar
CRM: 15171

Médico (Assinatura e carimbo)

1ª via - paciente/2ª via - prontuário



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA DEPUTADO FRANCISCO JULIÃO
CABO DE SANTO AGOSTINHO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Evolução do Paciente

paciente: **LUCIANA SANTOS DE MELO**

Data Nascimento: 17/08/1983

Idade: 35 Anos, 1 Mês e 16 Dias

Sexo: Feminino

03/10/2018 16:35

Atendimento: 00585159

Prontuário: 00190680

**PACIENTE RETORNA COM RX EVIDENCIANDO FRATURA PLATO TIBIAL ESQUERDO FEHCADA
NEGA TCE OU OUTROS TRAUMAS**

BEG, CORADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, AFEBRIL, CONSCIENTE E ORIENTADO
ACV RCR EM 2T BNF S/S
AR MV + EM AHT S/RA
ABD DEPRESSÍVEL, INDOLOR, RHA + SEM VMG
EXT: PULSOS + SIMÉTRICOS, PANTURRILHAS LIVRES S/EDEMAS
NEURO: SEM DEFITS MOTORES, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES
DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO. BACIA INDOLOR A COMPRESSÃO
LAT-LAT,

PA 130 X 80 FC 80 FR 20 SPO2 99

HD: FRATURA FECHADA PLATO TIBIAL

CD: RESPONSÁVEIS PREFEREM LEVAR PACIENTE PARA UNIDADE PARTICULAR POIS POSSUEM
PLANO DE SAÚDE.

REALIZO IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA E AUTORIZO TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS PARA
URGENCIA ORTOPEDICA

Cabo, 03 DE OUTUBRO DE 2018

Ass. e carimbo do Médico
Dr.(a): **ALEZ DAMASIO DOS SANTOS**
CRM - 22666



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **LUCIANA SANTOS DE MELO**

Data Nascimento: 17/08/1983 Idade: 35 Anos, 1 Mês e 16 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 00585159

Prontuário: 00190680

Senha N.º: 0101

URGENCIA - AMARELO

Data e Hora: 03/10/2018 15:13h

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO

Queixa Principal: RELATA ACIDENTE COM MOTOCICLETA, APRESENTA DOR INTENSA EM MIE, NEGA DESMAIO E VOMITO

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
HAS (-), DM (-), CARDIOPATA (-)

OPD / HDA:

PA 140X80

REFERE QUEDA DE MOTO HÁ APROX 20MIN COM DOR INTENSA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO ESQUERDO. NEGA TCE, DESMAIO OU VOMITOS.

Exame Físico:

EGBOM, CONSCIENTE, ORIENTADA, CORADA, HIDRATADA, EUPNEICA, AFEBRIL

Exames complementares:

HD:

ENTORSE? LUXAÇÃO?

Conduta:

ANALGESIA + RX

Yasmin Vilaca
Médica
CRM-PE 23921

Ass. do Médico

Dr(a): **YASMIN RODRIGUES VILAÇA DE LIMA**
CRM - 23921

UPA 24 HORAS - CABO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/10/2018 14:53

	Nome Paciente:	LUCIANA SANTOS DE MELO
	Cód. Paciente:	190680
	Data de Nascimento:	17/08/1983
	Sexo:	Feminino
	Idade:	35
	Senha:	0101
	Convênio:	2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
	Atendimento:	585159 
SAME:		

Período: 03/10/2018 14:58 - 03/10/2018 14:59

BRUNA PRISCILA DE OLIVEIRA - COREN: 396894 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	RELATA ACIDENTE COM MOTOCICLETA , APRESENTA DOR INTENSA EM MIE . NEGA DÊSMAIO E VÔMITO
Observação:	NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA HAS (-), DM (-), CARDIOPATA(-)
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4-7/10)
Especialidade:	CLÍNICA GERAL
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. DIASTOLICA: 80.00 MMHG - P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG

Acolhido(a) por: BRUNA PRISCILA DE OLIVEIRA - COREN: 396894 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/10/2018 15:39



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

Nome: **LUCIANA SANTOS DE MELO**

Atendimento: 00585159

Data Nascimento: 17/08/1983 Idade: 35 Anos, 1 Mês e 16 Dias

Prontuário: 00190680

ALTA DOMICILIO:

ALTA TRANSFERÊNCIA:

ALTA AMBULATÓRIO:

RETORNO **DIAS**

Cabo, 03 DE OUTUBRO DE 2018
Hora: 16:35

16:58

Ass. e carimbo do Médico
Dr.(a): **ALEZ DAMASIO DOS SANTOS**
CRM - 22666



CONSULTÓRIOS

OLINDA

Samir Leiriane Santos de

pelo quimete quado de fítion
no - frama de frapene quene
da pecto tibial (cu: 582!) be +
S (quico) vesse. Aprenter quintena
na pexo - extenar e dos anto
apropos ex casinos, como naquela
definitiva. Comum quiter
afinidade aborais que deucada
as foras.

UNIDADE PAISSANGU
Rua Pacifico dos Santos, 103
Paissandu - Recife - PE

UNIDADE BOA VIAGEM
Rua Padre Carapuceiro, 752 Sl. 1108
Boa Viagem - Recife - PE

11/03/19
Dr. Danilo Azevedo
CRM 15144

UNIDADE OLINDA I
Rua Dr. José Augusto Moreira, 751
Casa Calada - Olinda - PE

UNIDADE OLINDA II
Rua Dr. José Augusto Moreira, 647
Casa Calada - Olinda - PE

Marcação de Consultas:
3222.3969 | 3048.5659
3032.0349



Av. Portugal, 52 - Boa Vista
Recife-PE | CEP 52010-010
Fone: 81 3217.4444 | Fax: 81 3217.4600
www.hospitalsaomarcos.com.br

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PACIENTE: LUCIANA SANTOS DE MELO CONVENIO: AMIL

DATA: 03/10/2018

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO (PLATÔ TIBIAL GRAVE)

CIRURGIA: FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIE (CONTROLE DE DANOS)

CIRURGIÃO: DANILO AZEVEDO CRM: 15171
1º AUX: DR. HENRIQUE MARQUES CRM: 16636

2º AUX: DR.

3º AUX:

INSTRUMENTADOR: PAULO HENRIQUE

ANESTESISTA: DR VALERIA

ANESTESIA: RAQUI

LUCIANA SANTOS DE MELO

Nasc: 17/08/1983 - 35 anos
Reg: 0259097 - Prof: 000101593
Entrada: 03/10/2018 - Hora: 20:46
SAUDE EXCELSIOR/
Matricula: 848838092
N. Soc:



Leito: 118 A

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + CAMPOS ESTÉREIS
3. PASSAGEM DE PINOS DE SCHANZ EM FEMUR E TIBIA
4. TRAÇÃO DE MIE (EDEMA IMPORTANTE E LESÃO PLURILIGAMENTAR EVIDENTE)
5. FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR COM FIXADOR TUBO-A TUBO, BOA PERFUSÃO DISTAL
6. CURATIVO
7. ~~TALA GESSADA EM MIE~~

Dr. Danilo Azevedo
Cir. de Joelho
CRM: 15171

HOSPITAL SAO MARCOS

NOME: LUCIANA SANTOS DE MELO

DATA: 3/10/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

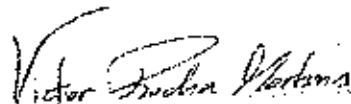
TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do joelho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração do contraste iodado não-iônico.

ANÁLISE:

Fratura articular complexa cominutiva com impactação associada envolvendo os platôs tibiais lateral e medial, notando-se discreta depressão (infradesnivelamento) na margem interna do platô tibial lateral com degrau de 5,0 mm.

Sinais moderado derrame intra-articular, mais evidente no recesso supra-patelar, onde se observa nítido nível hemático-gorduroso, consistente com lipo-hemartrose.



DR. VICTOR ROCHA MARTINS

Radiologia e Diagnostico por Imagem

CRM PE 20.765

HOSPITAL SAO MARCOS

NOME: LUCIANA SANTOS DE MELO

DATA: 3/10/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

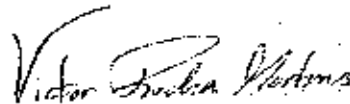
TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do joelho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração do contraste iodado não-iônico.

ANÁLISE:

Fratura articular complexa cominutiva com impactação associada envolvendo os platôs tibiais lateral e medial, notando-se discreta depressão (infradesnívelamento) na margem interna do platô tibial lateral com degrau de 5,0 mm.

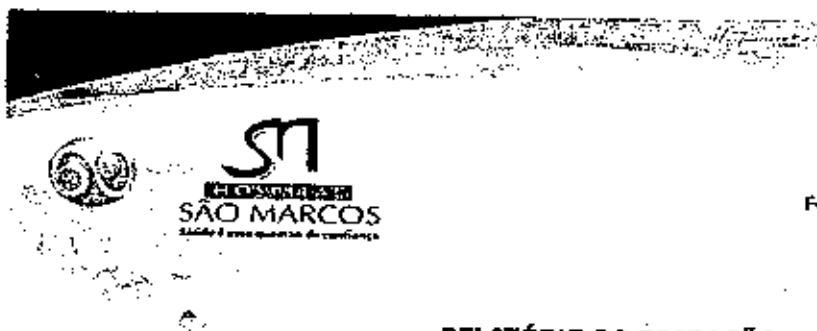
Sinais moderado derrame intra-articular, mais evidente no recesso supra-patelar, onde se observa nítido nível hemático-gorduroso, consistente com lipo-hemartrose.



DR. VICTOR ROCHA MARTINS

Radiologia e Diagnostico por Imagem

CRM PE 20.765



Av. Portugal, 52 - Boa Vista
Recife-PE | CEP 52010-010
Fone: 81 3217.4444 | Fax: 81 3217.4600
www.hospitalsaomarcos.com.br

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PACIENTE: LUCIANA SANTOS DE MELO CONVENIO: AMIL
DATA: 16/10/2018

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL

CIRURGIA: TTO CIRURGICO DE FRATURA AO NIVEL DO JOELHO + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + OSTEOTOMIA DE Pelve(RETIRADA DE ENXERTO)

CIRURGIÃO: DR. DANILO AZEVEDO

1º AUX: DR. HENRIQUE MARQUES

2º AUX: DR. ARÃO ALENCAR

3º AUX:

INSTRUMENTADOR: PAULO HENRIQUE

ANESTESISTA: DR GUILHERME QUINTAS

ANESTESIA: RAQUI

LUCIANA SANTOS DE MELO

Recife: 17/09/2018 - 15:45 - Ampla

Reg: 0259097 - Pront: 000104593

SAÚDE EXCELSIOR/

Entrada: 03/10/2018 - Hora 20:45

Matrícula: 840830092

N. Soc:



Leito: 118 A

0259097

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + CAMPOS ESTÉREIS + GARROTEAMENTO DO MIE
3. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
4. PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL, INCISÃO POSTERIOR E DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE CONDILO POSTERO MEDIAL
5. OSTEOSINTESE COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSOS DE BLOQUEIO(5)
6. REALIZADA INCISÃO ANTERO-LATERAL EM PLATÔ TIBIAL ESQ
7. REDUÇÃO CRUENTA DE PLATO LATERAL, OBSERVADO AFUNDAMENTO IMPORTANTE EM PLATO LATERAL
8. RETIRADA DE ENXERTO DE CRISTA ILÍACA(OSTEOTOMIA DE Pelve)
9. OSTEOSINTESE COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSO DE BLOQUEIO(7)
10. SOETURA DO GARROTE SEM SANGRAMENTO DO MIE
11. SUTURA E CURATIVO
12. BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. Danilo Azevedo
Cir. de Joelho
CRM: 15171



Av. Portugal, 52 - Boa Vista
Recife-PE | CEP 52010-010
Fone: 81 3217.4444 | Fax: 81 3217.4600
www.hospitalsaomarcos.com.br

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PACIENTE: LUCIANA SANTOS DE MELO CONVENIO: AMIL

DATA: 03/10/2018

DIAGNÓSTICO: FRATURA -LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO(PLATÔ TIBIAL GRAVE)

CIRURGIA: FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIE (CONTROLE DE DANOS)

CIRURGIÃO: DANILO AZEVEDO CRM: 15171
1º AUX: DR. HENRIQUE MARQUES CRM: 16636
2º AUX: DR.
3º AUX:
INSTRUMENTADOR: PAULO HENRIQUE
ANESTESISTA: DR VALERIA
ANESTESIA: RAQUI

LUCIANA SANTOS DE MELO

Nasc: 17/08/1983 - 35 anos
Reg: 0259087 - Prof: 800104593
Entrada: 03/10/2018 - Hora: 20:46
SAUDE EXCELSIOR/
Matricula: 848630092
N. Soc:



Leito: 118 A

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + CAMPOS ESTÉREIS
3. PASSAGEM DE PINOS DE SCHANZ EM FEMUR E TIBIA
4. TRAÇÃO DE MIE (EDEMA IMPORTANTE E LESÃO PLURILIGAMENTAR EVIDENTE)
5. FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR COM FIXADOR TUBO-A TUBO, BOA PERFUSÃO DISTAL
6. CURATIVO
7. TALA-GESSADA EM MIE

Dr. Danilo Azevedo
Cir. de Joelho
CRM: 15171

SOLB

Clinicas Especializadas

LAUDO

ESPECIALIDADES:

ORTOPEDIA

REENTOLOGIA

PRONTO-SOLAR

CARDIOLOGIA

CIRURGIA VASCULAR

NEFROLOGIA

FEICUTIA

PSICOLOGIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

ENDOCRINOLOGIA

REUMATOLOGIA

ESPECIALISTA EM COR

POC

DOENÇAS LINFÁTICAS

NEUROCIRURGIA

UROLOGIA

Paciente Luciane Santos
de Melo foi submetida
a tratamento cirúrgico de
fratura grave de platô tibial
(Cod: S82.1), com data do
acidente motociclístico 03/10/18
realizado por técnica com
duas placas e doze parafusos.
Apresentando atualmente
dificuldade na flexo-extensão
pós operando e dor
(Artrose pós-traumática)

23/07/19

Dr. Danilo Azevedo
Cirurgia de Mão
CRM: 15173

DERBY: 3032.5931 / 3032.2422 / 99886.4766

ILHA DO LEITE: 3039.3634

OLINDA: 3014.0031 / 3039.0030 / 3318.0705 / 99770.7765

Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcanti, 55

Cep: 50.070-110 - Derby - Recife - PE

1º Serviço Notarial e Registral *João Carlos de Sá - Titular*
Rua do Comércio, 100 - Centro - CEP: 50.070-110 - Derby - Recife - PE
Fone: (081) 3321.0000 / 3321.0001 / 3321.0002 / 3321.0003 / 3321.0004 / 3321.0005 / 3321.0006 / 3321.0007 / 3321.0008 / 3321.0009 / 3321.0010

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi
apresentado, ao qual autentico e dou fé. EmolRS 2,00, TSNR R\$ 0,60,
FERM R\$ 0,03, EUNSEG R\$ 0,07, FERC R\$ 0,34, ISS R\$ 0,17 Total R\$
4,18

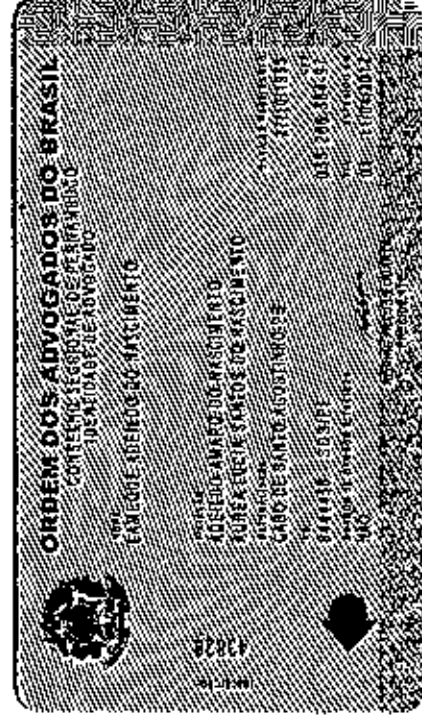
19/08/2019 13:55:37

ASSINATURA
LINDINALVA BERTOSIBUEIRA
Escrivente

Selo 0150646-00007201902.04536







Documentos de Identificação



21/08/2012
Dov Fei
16



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ABOGADO

43828

CPF: 015.208.766-97
RG: 140097081

RAZÃO SOCIAL: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME DE SOLTEIRO: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME DE CASADA: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME DE SOLTEIRO: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME DE CASADA: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13 DO LEI N.º 8.966/84)

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 139.58.311

CPF: 015.208.766-97
RG: 140097081

RAZÃO SOCIAL: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME DE SOLTEIRO: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME DE CASADA: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME DE SOLTEIRO: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA
NOME DE CASADA: ADELAIDE MARIANO DE ALMEIDA

Don Fêre
21/08/2012

CÓPIA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 42310 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040A. CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO
Ofício nº. 77 / 2018 Data 29 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040A. CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 18:23 do dia 29 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de LUCIANA SANTOS DE MELO filha(a) de LUCIANO SANTOS DE MELO e de GERNICE MARIA SANTOS DE MELO, de cor Parda, sexo Feminino, cabelo Outros, estado civil Casado (a), aparentando a idade de 35 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 6423613, profissão PROMOTORA, endereço RUA VEREADOR JARBAS DE ANDRADE, complemento: S/N, bairro COHAB, telefones NÃO INFORMADO, CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Estava garupando uma CG 150, quando se chocou com outra motocicleta, dia 03/10/2018, à tarde, Vila Stº. Inácio, Cabo/PE. Passou 20 dias internada no Hospital São Marcos, Paissandú, Recife/PE. Está com inúmeros pontos cirúrgicos, inclusive, com enxerto ósseo.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Presença de curativo no joelho esquerdo, presente com cadafal de rodas.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias. Fratura do platô tibial esquerdo.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

Lauda do IML - Lesões corporais





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA**

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr.^º, DANIEL LINS DE MENDONÇA UCHÔA - CRM
8273.

Perito responsável



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

EXAME COMPLEMENTAR Nº 195 / 2020

REFERENTE AO LAUDO Nº 1 / 2020

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040A. CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO
Ofício nº. 170 / 2020 Data 2 / 1 / 2020
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040A. CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:50 do dia 2 de Janeiro de 2020, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de **LUCIANA SANTOS DE MELO** filho(a) de **LUCIANO SANTOS DE MELO** e de **GERNICE MARIA SANTOS DE MELO** de cor **Parda**, sexo **Feminino**, cabelo **Liso**, estado civil **Casado (a)**, aparentando a idade de **36 Anos**, peso **Normal**, de estatura **Média**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 6423013**, profissão **PROMOTORA DE VENDAS**, vestes **Blusa, Saia**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Pericianda retoma para exame complementar, referente a perícia complementar de acidente de trânsito, moto x moto em 03/10/2018. Internada no Hospital São Marcos, onde foi realizada cirurgia para correção de fratura de platô tibial (CID S82.1). Traz documentação farta do internamento hospitalar, traz Laudo de radiografia dos joelhos (11/12/2018), no qual consta: "comprometimento da superfície articular, com irregularidades do platô tibial"; Laudo de radiografia do joelho esquerdo (31/01/2019), no qual consta: "Controle de tratamento de fraturas na tibia, existe comprometimento da superfície articular"; Laudo de radiografia do joelho esquerdo (11/03/2019), no qual consta: "comprometimento da superfície articular tibial no compartimento lateral e da eminência intercondilar lateral; espessamento de partes moles periarticulares. Laudo radiografia do joelho esquerdo (22/07/2019), no qual consta: "redução do espaço articular femorotibial, notadamente no compartimento lateral"; Radiografia dos joelhos (12/09/2019), no qual consta: "existem irregularidades com subtração em segmento do platô tibial esquerdo e pequena rarefação subcortical supracondiliana lateral à esquerda. Traz Laudo Médico das Clínicas Especializadas (SOLB), em nome da pericianda, no qual consta: "Paciente foi submetida a osteossíntese com placa e parafuso em perna E (CID: S 82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia) e necessita (???) esforços (???) e postura ortostática por longo período. Cirurgia há +/- 1 ano.", datado de 17/09/2019, pelo Dr. Danilo Azevêdo, Cirurgia de Joelho, CRM 15171. Traz Laudo Médico do Hospital São Marcos, em nome da pericianda, no qual consta: "Paciente apresenta quadro de artrose pós-trauma de fratura grave de platô tibial (CID: S 82.1), há 5 meses. Apresenta limitação flexo-extensão e dor aos esforços estensos, como sequela definitiva. Convém evitar atividades laborais que desenvolvam esforços.", datado de 11/03/2019, assinado pelo Dr. Danilo Azevêdo, CRM 15171.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Pericianda deambula com claudicação, apresenta cicatrizes cirúrgicas em perna esquerda, resolvidas, sem secreção ou sinais flogísticos: em face antero-lateral do joelho esquerdo, de aproximadamente 160 milímetros; em face posterior do joelho esquerdo, de aproximadamente 120 milímetros; em face antero-lateral da raiz da coxa esquerda, de aproximadamente 60 milímetros.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do histórico informado e dos achados ao exame, conclui que a pericianda foi vítima de traumatismo por instrumento contundente, compatível com o fato relatado (acidente de trânsito). Pericianda apresenta dificuldade de deambulação, e traz laudo indicando limitação flexo-extensor definitivo.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

Sim, apresenta sequela permanente em joelho esquerdo.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim, apresenta sequela permanente em joelho esquerdo.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Não

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(*). PETER PEREIRA STAMFORD - CRM 15495.



Assinado digitalmente por **PETER PEREIRA STAMFORD**, Médico Legista, Matrícula nº 386.565-7, CPF: xxx.515.887-xx, em 02/01/2020 15:48:19.

Polícia Científica
SDS-PE

Autenticidade, integridade e irretratabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validador.sds.pe.gov.br/>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Diretoria de Perícia Criminal

De acordo com a legislação em vigor, os resultados desta perícia são válidos por 30 (trinta) dias.

Rosenbello, Celso

005 Santos 199

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

24/01/20

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
ESTADO DE PERNAMBUCO

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311363/19

Vítima: LUCIANA SANTOS DE MELO

CPF: 011.043.684-98

Data do acidente: 03/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANA SANTOS DE MELO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO : 055.266.564-97

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

Outros



LUCIANA SANTOS DE MELO : 011.043.684-98

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 cancela 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: 09/09/2019
Nome: LUCIANA SANTOS DE MELO
CPF: 011.043.684-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

LUCIANA SANTOS DE MELO

Patricia Aleixo Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190522594 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANA SANTOS DE MELO **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 11/14/15/

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 MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONSTA LAUDO MÉDICO P 10/16.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Procuração



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

1. Outorgante LUCIANA SANTOS DE MELO

portador(a) do documento de identidade nº 6.423.013, expedido por SDS-PE, em

16/07/1999, inscrito no CPF sob o nº 011.043.684-98, residente na

RUA VEREADOR FARFAS DE ANDRADE CAMPOS, nº 106

complemento _____, Bairro _____, cidade

CABO DE SANTO AGOSTINHO, Estado PE

2. Outorgado LANEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO

portador(a) do documento de identidade nº 6444468, expedido por _____, em

____/____/____, inscrito no CPF sob o nº 055.266.564-97, residente na

RUA CINCO - CASA, nº 05

complemento _____, Bairro CHARNECA, cidade

CABO DE SANTO AGOSTINHO, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

CABO 30 de JULHO de 2019

Outorgante Luciana Santos de Melo.

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

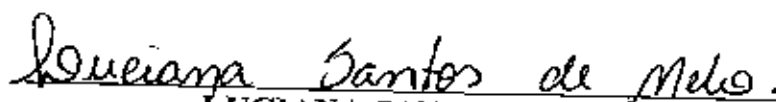
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUCIANA SANTOS DE MELO, brasileira, casada, promotora de vendas, portadora de cédula de identidade nº 6.423.013 SDS/PE, inscrita no CPF sob nº 011.043.684-98, endereço eletrônico: luciana_prim@hotmail.com, residente e domiciliada na Rua Vereador Jarbas de Andrade Campos, nº 106, Núcleo residência, Cabo de Santo Agostinho - PE, CEP: 54.520-530.

OUTORGADO: LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO, brasileiro, inscrito Na OAB/PE sob nº 43.828, endereço eletrônico: adv.lameque@gmail.com, com domicílio Na Rua 05, nº 05, Charneca, Cabo de Santo Agostinho - PE, CEP: 54535-040, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

PODERES E FINS: Pelo presente instrumento particular de procuração, a outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, ficando investido nos poderes para o foro em geral, especialmente para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima, receber intimações e notificações podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

Cabo de Santo Agostinho, 30 de Julho de 2019.


LUCIANA SANTOS DE MELO
CPF: 011.043.684-98

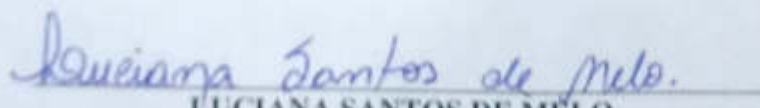
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUCIANA SANTOS DE MELO, brasileira, casada, promotora de vendas, portadora de cédula de identidade nº 6.423.013 SDS/PE, inscrita no CPF sob nº 011.043.684-98, endereço eletrônico: luciana_prim@hotmail.com, residente e domiciliada na Rua Vereador Jarbas de Andrade Campos, nº 106, Núcleo residência, Cabo de Santo Agostinho – PE, CEP: 54.520-530.

OUTORGADO: LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO, brasileiro, inscrito Na OAB/PE sob nº 43.828, endereço eletrônico: adv.lameque@gmail.com, com domicílio Na Rua 05, nº 05, Charneca, Cabo de Santo Agostinho – PE, CEP: 54535-040, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

PODERES E FINS: Pelo presente instrumento particular de procuração, a outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, ficando investido nos poderes para o foro em geral, especialmente para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima, receber intimações e notificações podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

Cabo de Santo Agostinho, 30 de Julho de 2019.


LUCIANA SANTOS DE MELO
CPF: 011.043.684-98

Procuração

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

1. Outorgante LUCIANA SANTOS DE MELO
portador(a) do documento de identidade nº 6423013, expedido por SDS PE, em
16/07/99, inscrito no CPF sob o nº 011.043.684-98, residente na
RUA VEREADOR JARBAS DE ANDRADE Campos nº 106
complemento —, Bairro NÚCLEO RESIDÊNCIA, cidade
CABO DE SANTO AGOSTINHO, Estado PE.

2. Outorgado LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO
portador(a) do documento de identidade nº 43.828, expedido por OAB/PE, em
11/04/17, inscrito no CPF sob o nº 055.266.564-97, residente na
RUA CINCO, nº 05
complemento —, Bairro CHARNECA, cidade
CABO DE SANTO AGOSTINHO, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

CABO, 30 de Julho de 2019

Outorgante Luciana Santos de Melo.

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME: **LANDOUE ADELDO DO NASCIMENTO**

NOME DO PAI: **ADELDO ARAUJO DO NASCIMENTO**
NOME DA MÃE: **NIUREN LUCIA SANTOS DO NASCIMENTO**

NACIONALIDADE: **CARD DE SANTO AGOSTINHO-PE**

DATA DE NASCIMENTO: **05/08/1985**

SEXO: **MASCULINO**

CPF: **003.296.564-97**

DATA DE EMISSÃO: **01/11/2013**

VALIDADE: **01/11/2015**

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13958311

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13, III, DA CF E LEGISLAÇÃO)

CAB

IDENTIDADE DO ADVOGADO

003.296.564-97

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

3º Ofício de Notas-Cabo-PE-Cartório Marcio Mendes

Autenticacao de Documento. 11/02/2020 15:23:34
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fe.

Olga Luiza Campelo de Oliveira-Esc. Substituta

Selo Digital: 0074963.BKA02202001.00299

Custos R\$ 3,91 TSNR R\$ 0,70 Total R\$ 4,61

Consulta Autenticidade em: www.tpe.jus.br/notadigital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

3º Ofício de Notas-Cabo-PE-Cartório Marcio Mendes

Autenticacao de Documento. 11/02/2020 15:23:34
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fe.

Olga Luiza Campelo de Oliveira-Esc. Substituta

Selo Digital: 0074963.BKA02202001.00300

Custos R\$ 3,91 TSNR R\$ 0,70 Total R\$ 4,61

Consulta Autenticidade em: www.tpe.jus.br/notadigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311363/19

Vítima: LUCIANA SANTOS DE MELO

CPF: 011.043.684-98

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: LUCIANA SANTOS DE MELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO : 055.266.564-97

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCIANA SANTOS DE MELO : 011.043.684-98

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: 09/09/2019
Nome: LUCIANA SANTOS DE MELO
CPF: 011.043.684-98

LUCIANA SANTOS DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311363/19

Número do Sinistro: 3190522594

Vítima: LUCIANA SANTOS DE MELO

CPF: 011.043.684-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: LUCIANA SANTOS DE MELO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Laudos do IML - Lesões corporais

Outros

LAMEQUE ADEILDO DO NASCIMENTO : 055.266.564-97

Comprovante de residência

Procuração

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.