

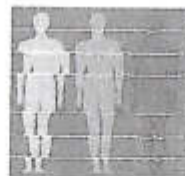
do tornozelo D.

Apresenta fraturas verticais
do périto E por bacia do
ligamento calcâneo mediano e
LCA. - com fraturas no
cunha, a ser realizadas no
ITM.

HA fratura do tornozelo
total e permanente.

Recife, 13.06.2020


Dr. Antonio de Padua Freire
Ortopedista
CRM 6425



HOSPITAL DE
ORTOPEDIA

Colar Alentejo de silo

Liberto

• Dr. Álvaro Costa Lima Neto
CRM 5896

• Dr. Álvaro Costa Lima
CRM 19793

• Dr. Antonio de Pádua
CRM 6425

• Dr. Cláudio Marques
CRM 11874

• Dr. Eduardo Akel
CRM 19796

• Dr. Gustavo Canto
CRM 19792

• Dr. Jairo de Andrade
CRM 4209

• Dr. Leonardo Yukio
CRM 18507

• Dr. Luciano Krause
CRM 6308

• Dr. Raul Diegues
CRM 4889

• Dr. Regis Andrade
CRM 4662

• Dr. Pablo de Andrade
CRM 15313

Fratura crânio, 39 anos,
com Acidente de moto em

28.12.2019.

Diagnóstico

1 - Fratura da BAC PELVICA
CIR - S. 32.8

2 - Fratura da Medula
Medula torçao D
CIR - S. 82.5

3 - Lesão do périto E
com bacia ligamento
CIR - M. 23.5

Foi operado no Hospital
Miguel Arraes para
osteossintese da Fratura do
périto pelvico e Medula pelvica

Av. Rui Barbosa, 1541 - Graças - Recife - PE - CEP.: 52011-040
Fone PABX (81) 3092.9777 / (81) 4141.5074 / (81) 9.9904.0327
atendimento@hortopedia.com.br



**FPMF – Hospital Prof. Oscar Coutinho
GRUPO DE JOELHO**

**PACIENTE: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA
LEITO: 03
IDADE: 40 ANOS
DN: 20/07/1980
REGISTRO: 5543841
ATENDIMENTO: 10811549
ADMISSÃO: 19/08/2020**

Data do Internamento: 19/08/2020

Data da cirurgia: 20/08/2020

Data da Alta: 21/08/2020

DIAGNÓSTICO: LESÃO DE LCA DE JOELHO ESQUERDO

PROCEDIMENTO REALIZADO: RECONSTRUÇÃO DE LCA DE JOELHO ESQUERDO

RESUMO DA INTERNAÇÃO

Paciente internado para realização de procedimento supracitado, que ocorreu sem intercorrências no dia 20/08/2020. Paciente evoluiu sem queixas. Ferida operatória com bom aspecto.

Orientações:

- 1- Retornar para o ambulatório do Dr Filipe Belfort em duas semanas, no dia 03/09/2020 às 11:00, no prédio dos ambulatórios**
- 2- Seguir prescrição e orientação médica;**
- 3- Fazer uso de Antibiótico e analgesia**
- 4- Realizar fisioterapia motora DE IMEDIATO**
- 5- Andar com auxílio do muletas**
- 5- Não posicionar objetos abaixo do joelho**

21/08/2020

Dr. Marcelo Dantas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 29417



COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Instituto de Medicina Integral

Fundação Professor Martiniano Fernandes

Prédio: 804 3841

Av. Carlos Alberto Gomes da Silva

Moema - São Paulo - SP

Telefone: 011 30711111

Fax: 011 30711111

Prédio: 804 3841

Av. Carlos Alberto Gomes da Silva

Moema - São Paulo - SP

Telefone: 011 30711111

Fax: 011 30711111

NOME: _____

IDADE: _____ SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: ____/____/____

☐ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ☐ LEITO: _____
☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: _____

MOTIVO: _____

REQUISITANTE/RABIMBO: _____

Bom dia, médico.

Devido, no os testes feitos, que o
paciente foi encaminhado a exames
de LCA @ e exames de G (paciente)
depois de afastamento no diagnóstico
e exames

CID: 9-83 2 9-83 9

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

COD: 110.0216-6


Assinatura e Carimbo

Miguel Soares

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PARATIBÉ - 2º DISTRITO
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Rua da Assembleia, 100 - Centro - Paratibé - RJ - CEP: 27.000-000

AUTENTICAÇÃO
Autentica a presente cópia reprográfica
extraída desta serventia, que confere com o
original. Data de 27 de Janeiro de 2020 às 11:35 h.
Em Testemunha dos Sntos Autorizados
Dezete Erika dos Santos Autorizada

EMOI: R\$ 3,10 TAXA: R\$ 1,29 Total: R\$ 4,39
Selo: 0074260 SP01202001.00056
Código de Verificação: 0074260 SP01202001.00056



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL Nº 5.180.122 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/03/2019

CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA >>
JEVÉRIO GOMES DA SILVA >>
MARIA LUCINEIDE DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 20/07/1980

DOC ORDEM 44 CQ. 8.022 L.516 5.78 CART. PARATIBÉ PAULISTA-PE 10.09.2003 >>


CNF 006.785.034-63

ASSINATURA DO OFICIAL
JULIO LUIZ DE ALBUQUERQUE

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PARATIBÉ - 2º DISTRITO
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Rua da Assembleia, 100 - Centro - Paratibé - RJ - CEP: 27.000-000

AUTENTICAÇÃO
Autentica a presente cópia reprográfica
extraída desta serventia, que confere com o
original. Data de 27 de Janeiro de 2020 às 11:35 h.
Em Testemunha dos Sntos Autorizados
Dezete Erika dos Santos Autorizada

EMOI: R\$ 3,10 TAXA: R\$ 1,29 Total: R\$ 4,39
Selo: 0074260 SP01202001.00056
Código de Verificação: 0074260 SP01202001.00056




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
F 02M01



Carlos Alberto Gomes da Silva

ARTICULA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
DIRETORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME AGNOR JOSE DA SILVA		
	DOC. IDENTIDADE / ONS / EMISSOR / UF 1724300 SSP PE	
	CPF 311.453.704-97	DATA NASCIMENTO 01/08/1961
	FILIAÇÃO JOSE MIGUEL DA SILVA ELIETE MARIA DA SILVA	
	PURSIÇÃO []	ACC []
IPREGISTRO 034038680		
VALIDADE 09/01/2010		
HABILITAÇÃO 30/06/1986		
OBSERVAÇÕES A		
		
LOCAL PAULISTA - PE		
DATA EMISSÃO 09/01/2010		
		
89442570443 PE064161820		
DETRAN - PE (PEENAMBUCO)		

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152506/20

Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

CPF: 008.785.034-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2019

Titular do CPF: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA : 008.785.034-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/05/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

AGENOR JOSE DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200196230

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

CPF do beneficiário: 008 785034-63

Nome do solicitante: AGENOR JOSÉ DA SILVA

CPF do solicitante: 311453704-97

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 98517-1903

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: AGENORJSILVA@GMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☐ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito a VSA, que se digne, em REANALIZAR o meu processo, devido ao AGRAVO DO MEU ESTADO DE SAÚDE, O QUAL FUI SUBMETIDO A NOVA CIRURGIA, CONFORME LAUDO ANEXO.

Paulista, 10 de Setembro de 2020.

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196230 **Cidade:** Sertânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANEL PÉLVICO.
LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO.
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ANEL PÉLVICO COM PLACA E PARAFUSOS, JOELHO COM FIXADOR EXTERNO E MALÉOLO MEDIAL COM PARAFUSOS ESPONJOSOS / RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO. ALTA. (ANEXO P 1/2/3/4*/5/7*/8*/9/) P 1/2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL BILATERAL, DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA TORNOZELO DIREITO. CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
P 1/2 - SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO, POIS CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA FOI SUBMETIDO A UMA NOVA CIRURGIA NA DATA DE 20/08/2020.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196230 **Cidade:** Sertânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANEL PÉLVICO.
LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO.
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ANEL PÉLVICO COM PLACA E PARAFUSOS, JOELHO COM FIXADOR EXTERNO E MALÉOLO MEDIAL COM PARAFUSOS ESPONJOSOS. ALTA. P 1/2/3/4*/5/7*/8*/9/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL BILATERAL, DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 03/06/2020, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196230 **Cidade:** Sertânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANEL PÉLVICO.
LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO.
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ANEL PÉLVICO COM PLACA E PARAFUSOS, JOELHO COM FIXADOR EXTERNO E MALÉOLO MEDIAL COM PARAFUSOS ESPONJOSOS. ALTA. P 1/2/3/4*/5/7*/8*/9/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

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 DO QUADRIL BILATERAL, DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196230 **Cidade:** Sertânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANEL PÉLVICO.
LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO.
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ANEL PÉLVICO COM PLACA E PARAFUSOS, JOELHO COM FIXADOR EXTERNO E MALÉOLO MEDIAL COM PARAFUSOS ESPONJOSOS. ALTA. P 1/2/3/4*/5/7*/8*/9/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL BILATERAL, DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 03/06/2020, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196230 **Cidade:** Sertânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANEL PÉLVICO.
LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO.
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ANEL PÉLVICO COM PLACA E PARAFUSOS, JOELHO COM FIXADOR EXTERNO E MALÉOLO MEDIAL COM PARAFUSOS ESPONJOSOS. ALTA. P 1/2/3/4*/5/7*/8*/9/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

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 DO QUADRIL BILATERAL, DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Nacionalidade brasileira, natural de: Recife, estado
civil: CASADO, RG: 5.180.122, CPF/MF: 008.785.034-63
_____, Residente na
rua RUA MADRI, Nº 17, BAIRRO PARATIBE,
NA CIDADE DE: PAULISTA, ESTADO DE PERNAMBUCO.

OUTORGADO: AGENOR JOSÉ DA SILVA, brasileira, divorciado, RG. 1.724.300-SSP/PE, e inscrito no CPF/MF, sob o nº 311.453.704-97, com endereço na rua Calcita, 38, casa 02-loteamento Nossa Senhora da Conceição-Pau Amarelo, na cidade de Paulista/PE.

PODERES: Concede poderes especiais o OUTORGANTE, ao OUTORGADO para: enviar documentos, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a SEGURADORA LÍDER, e seguradoras conveniadas a LÍDER DPVAT, e a SUSEP, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não se faça necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Políclínicas, Upas, Samú e Corpo de Bombeiros, solicitar cópias autênticas de laudos junto ao IML, registrar boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do estado de Pernambuco.

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

Paulista, 22 de Janeiro de 2020

x Carlos Alberto Gomes da Silva

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152506/20

Número do Sinistro: 3200196230

Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

CPF: 008.785.034-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2019

Titular do CPF: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/09/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

AGENOR JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152506/20

Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

CPF: 008.785.034-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA : 008.785.034-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/05/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

AGENOR JOSE DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152506/20

Número do Sinistro: 3200196230

Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

CPF: 008.785.034-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/06/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

AGENOR JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196230

Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196230

Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000000944

Conta: 000000120804-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196230

Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196230

Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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: 008 785 034 - 63 4 - Nome completo da vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 008 785 034 - 63
7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: RUA MADRI 9 - Número: 17 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARATIBE 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: PE 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-98517-1903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00120804 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 29 de maio de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO Nº 19072186B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Policial Rodoviário Federal, em 29/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 6E3956A3ECEB4258631256C0A88F2E.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19072186B01

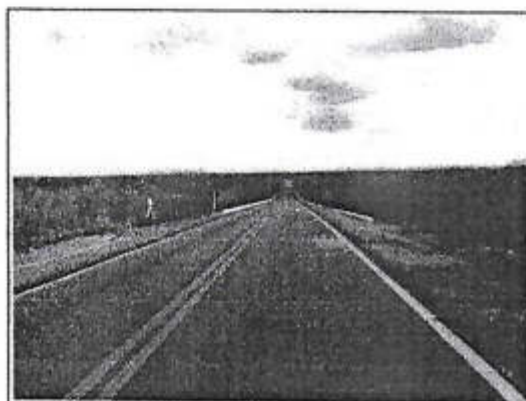
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 28/12/2019 Hora: 14:45 Município: SERTANIA/PE
BR: 232 KM: 308,9 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: LAURENIO, 1069699

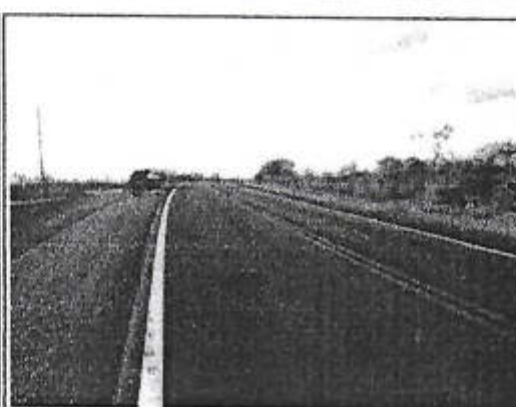
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Custódia-PE 28/12/19 às 14:45 horas. Conforme vestígios no local e informação do condutor do V2 (Moto Honda XRE/300 OYW-3750), o condutor do V1 (GM Corsa PFJ-0397), trafegava no sentido crescente da via, atrás de alguns VNI's (veículos não identificados), quando foi para a contra mão de direção, com a intenção de entrar a esquerda, em uma estrada secundária, ao fazer essa manobra, o V1 colidiu frontalmente com o V2, que trafegava em sua mão de direção, no sentido decrescente da rodovia. Após a colisão frontal, o V2 foi parar no acostamento do sentido decrescente da via, o seu condutor foi arremessado alguns metros a frente, o V1 ficou sobre a faixa de rolamento, do sentido decrescente do rodovia.



Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Policial Rodoviário Federal, em 29/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novocba/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 6E3956A3CEB4258631256C0A88F2E.

191

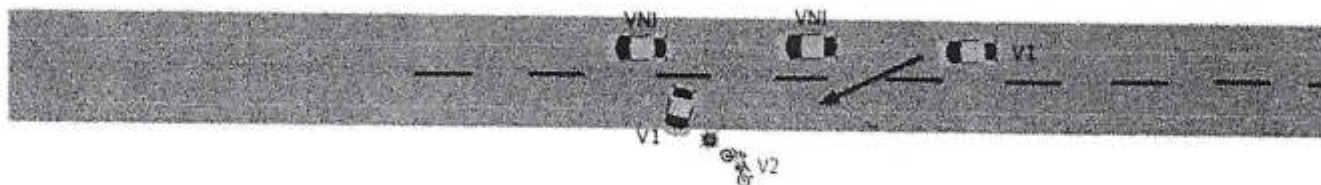


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19072186B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



← Custódia - PE

Cruzeiro do Nordeste - PE →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



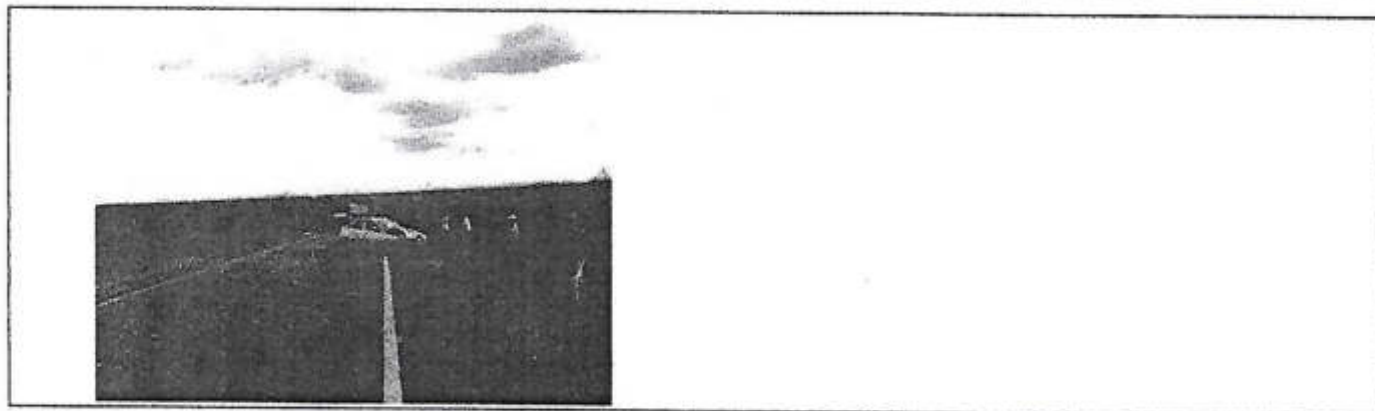
Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Policial Rodoviário Federal, em 29/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 6E3956A3ECEB4258631256C0A88F2E.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19072186B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - PFJ0397 - AUTOMÓVEL

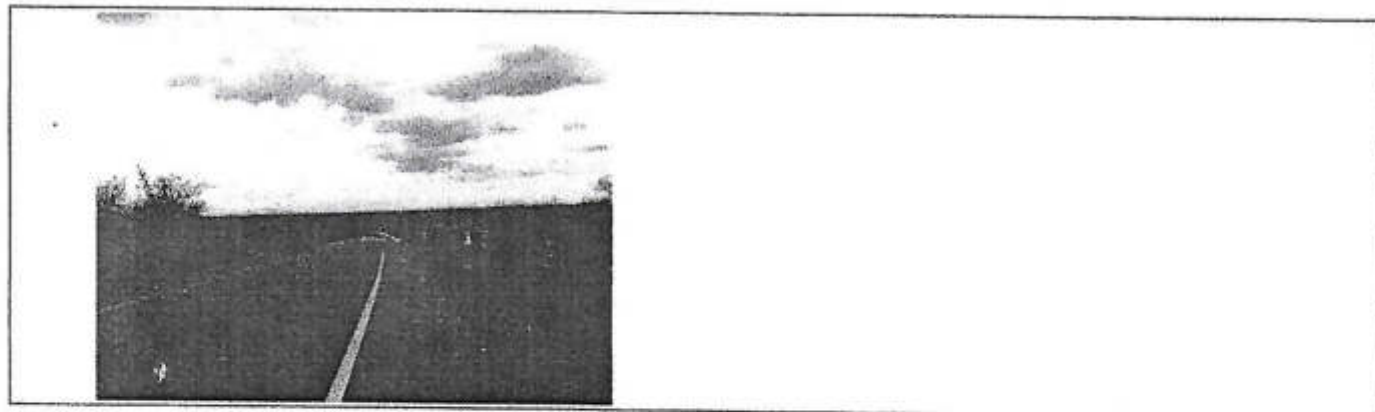
V1 - Informações

Placa: PFJ0397 Marca/modelo: GM/CORSA SEDAN PREMIUM Renavam: 00335202624
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9BGXM19X0CC107914 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Prata
Manobra no momento do acidente: Transitando na contramão de direção

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Outro
Informações complementares: O veículo ficou com o condutor e proprietário, site do DETRAN-PE estava fora do ar, não foi possível verificar se o veículo, estava devidamente licenciado.

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Policial Rodoviário Federal, em 29/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 6E3956A3ECEB4258631256C0A88F2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19072186B01

V1 - Proprietário

Nome: JULIAO BEZERRA LINS
Email:
Endereço: ARCOVERDE-PE

CPF/CNPJ: 488.307.208-87
Telefone: 87 991116778

V1C - CONDUTOR DE V1 - JULIAO BEZERRA LINS

V1C - Informações

Nome: JULIAO BEZERRA LINS
CPF: 488.307.208-87
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 09/01/1948
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Ileso

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 13/06/1979
Vencimento da habilitação: 15/05/2021

Nº Registro: 02146418792
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: SEIS, 0000000005, CASA, SAO CRISTOVAO, ARCOVERDE-PE
Telefone: 87 991116778

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - OYW3750 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: OYW3750 Marca/modelo: HONDA/XRE 300
Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2ND1110ER030549
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01018105520
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Vermelha

V2 - Encaminhamento

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de Receptor: Outro

Informações complementares: O veículo ficou sob a responsabilidade de Douglas Ricardo da Silva Lima, CPF-076107824-73, por escolha do condutor do V2.



Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Policial Rodoviário Federal, em 29/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoiat/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 6E3956A3ECEB4258631256C0A88F2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19072186B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/XRE 300

Placa: OYW3750

Nº BOAT: 19072186B01

Nome do Agente: LAURENIO

Matrícula do Agente: 1069699

Data: 28/12/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Média

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Policial Rodoviário Federal, em 29/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 6E3956A3ECEB4258631256C0A88F2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19072186B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/XRE 300

Placa: OYW3750

Nº BOAT: 19072186B01

Nome do Agente: LAURENIO

Matrícula do Agente: 1069699

Data: 28/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Média

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Policial Rodoviário Federal, em 29/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 6E3956A3ECEB4258631256C0A88F2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19072186B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/XRE 300

Placa: OYW3750

Nº BOAT: 19072186B01

Nome do Agente: LAURENIO

Matrícula do Agente: 1069699

Data: 28/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Média

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Policial Rodoviário Federal, em 29/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 6E3956A3ECEB4258631256C0A88F2E.

191

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: 008 785 034 - 63 4 - Nome completo da vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 008 785 034 - 63
7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: RUA MADRI 9 - Número: 17 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARATIBE 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: PE 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-98517-1903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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: 0944 CONTA: 00120804 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 29 de maio de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 09/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 000000120804-1

Nr. da Autenticação 3E2E5E34D5242B61

3201 / RECIFE-CENTRO-PE
R.IMP.DOM PEDRO II,494-A
RECIFE PE
50010-240

0423

EMISSAO - 20181110 - ENVEL. 0423
TP-C



AGENOR JOSE DA SILVA
CALCITA 38 CASA 02 NOSSA SRA DA CON
PAULISTA PE
53429-750



7209036539053280000001852330191118

Você acaba de receber
o **Cartão de Débito**
Bradesco e todas as
informações que você
precisa para utilizá-lo de
forma prática e segura.

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu AGENOR JOSÉ DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 311453704-97 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008785034/63

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 008785034/63 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:


Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA CALCITA</u>	Número: _____	Complemento: _____
Bairro: <u>Nº DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade: <u>Paulista</u>	Estado: <u>Pe</u>
E-mail: _____		CEP: _____
		Tel.(DDD): <u>81-98517-1903</u>

Local e Data: Paulista, 29 de maio de 2020


Assinatura do Declarante



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA			6 - Nº Prontuário	132777
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
	20/07/1980	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA LUCINEIDE DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198367361
13 - Nome Responsável	MARIA LUCINEIDE DA SILVA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA MADRI, 17 - PARATIBE			17 - IBGE	261070
16 - Município	PAULISTA			18 - UF	PE
				19 - CEP	53413710

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO HA POUCAS HORAS, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO + HEMATOMA EM O PÉLVICA
AME: LOTE, BEG, EUPNEICO E AFEBRIL
BOA PERFUSÃO DISTAL EM MMII
Nº RESERVADO

21 - Condições que justificam a Internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
LESÃO DE JOELHO ESQUERDO + LESÃO DE ANEL PÉLVICO	S831	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

27 - Nome do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
CIRÚRGICA	0415020069	2	(X) CNS () CPF	980016282829041	29/12/2019	17178
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	MARIO ALVES DA COSTA JUNIOR					

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
Vínculo com a Previdência		
() Empregado	() Empregador	() Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	

Assinatura Autorizador

(Nº Registro do Conselho)

Adauto Telino
Ortopedia / Traumatologia
CRM 30671 TEST: 15656

AIH
262010245036-1

AIH
262010245037-2

AIH
262010245038-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 510271

Usuário: WESLEYFS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA** Prontuário: 132777
Idade: 39a 5m 9d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 20/07/1980
Profissão: Escolaridade:
R.G.: C.P.F.: 00878503463 Telefone: CEP 53413710
Endereço: RUA MADRI, 17 - PARATIBE - PAULISTA - PE
Dados da Internação
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 29/12/2019 01:00
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Numero:
Telefone: Cidade: Estado civil:

FATURADO
29/12/2019
MAGDA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 08/01/20 Hora da Alta: 10:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Estável Sem Queixas
Diagnóstico Principal..... FX Nel Pélio G
Diagnóstico Secundário01.: FX Nalado Nalado
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento..... Osteotomia

REVISADO
COIH-HMA

Adriano Telino
Técnico de Radiologia
CRM 200117838

Médico e CRM:

x Elizabeth Maria Ferreira
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Carlos Alberto Gomes da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/12/2019 23:03



Nome Paciente: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/07/1980
Sexo: Masculino
Idade: 39 anos
Senha: 0049
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 28/12/2019 23:07 - 28/12/2019 23:19

LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO PELA UNIDADE MISTA ELISABETE BARBOSA CUSTODIA-PE, CONCIENTE, ORIENTADO, REFERE DOR MIE, APOS COLISAO CARRO / MOTO. HD: LUXAÇÃO ART. JOELHO E

Observação: NEGA : DM / HAS / VOMITO.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 89.00 BPM
- GLICOSE: 147.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

RECEBADO
HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (✓)

Local
Enfermeiro

LUCIANO DE FREITAS E SILVA
COREN: 253220-ENF

Acolhido(a) por: LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/12/2019 23:19

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 07/01/2020

Hora.....: 18:12

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 62079

Paciente : 132777

Convênio Atend. : 1

Leito : 68

Dt. Início : 07/01/2020 17:00

Sala : 0002

SALA 02

CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-510-LEITO 004

Dt. Fim : 07/01/2020 18:31

Atendimento : 510271

Carteira :

Idade : 39 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408040033

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR

ANESTESISTA

22513 PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNOSTICO : LESÃO DE ANEL PELVICO

CIRURGIA : RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA + RAFI DE PLACA E PARAFUSOS EM SINFISE PUBICA + FIXAÇÃO INTERNA DE SACROILIACA ESQUERDA

CIRURGIÃO : DR ADAUTO TELINO

01 AUXILIO : DR CAIO FRANCISCO

02 AUXILIO : DR IGOR ALCENOR

ANESTESISTA : DR PEDRO MELO

ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO :

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA

2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE BACIA E MIE

3. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

4. INCISÃO EM MONTE PUBICO

5. DIVULSAO POR PLANOS

6. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PLACA DE RECONSTRUÇÃO 6 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS EM SINFISE PUBICA + FIXAÇÃO INTERNA DE PARAFUSO CANULADO 95 MM EM SACROILIACA ESQUERDA

8. CONFERIDO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

9. SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS

10. CURATIVO ESTERIL

11. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**DR(A) : ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
CRM : 20671



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 510262

Data e Hora: 28/12/2019 23:23

Senha da Classificação:

0049

Paciente: 132777 CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/07/1980

Idade: 39 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA LUCINEIDE DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA MADRI

17

Bairro: PARATIBE

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 23:05

Queixa Principal

HOJE A TARDE APRESENTOU ACESSO
E CORTES MOTO-CARRO, NOS OMBROS LOMBOS
PESARIAMENTE DE CONDIÇÕES, TENDIDO S/
COLA CAMISA, SEM ESTABILIDADE DO MMEE (E)

Exame Físico

7801 EVOLUÇÃO, 9 EQUILIBRIO SUPERIOR
E INFERIOR DO MMEE (E), JOELHO (E)
A LIGAMENTOS FORTES (E) MÚSCULOS FORTES
(E) AS ARTICULAÇÕES DO JOELHO (E) ECG 15 (AFM II)

Hipótese Diagnóstico

(1) TRAUMATISMO JOELHO (E)
(2) TRAUMATISMO JOELHO (E)

Prescrição Médica

(1) IC ABOMEN SIC
(2) AO JOELHO (E), PENHA F
(3) LIGAMENTOS / P

Carlos Alfredo Ramirez G.
Clínica do Aparelho Digestivo
CRM: 21916 - RQE: 4586

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 510262 Prontuário: 132777 SAME: 119375 Hora Atend: 23:23 Data Atend: 28/12/2019
Paciente..... : CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA Idade: 39 a
Endereço..... : RUA MADRI
Bairro..... : PARATIBE
Cidade..... : PAULISTA UF.: PE CEP: 53413710
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 29/12/2019 Hora Saída : 00:58

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 29/12/2019

Hora.....: 02:20

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 61911

Sala : 0002 SALA 02

Paciente : 132777

CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Leito : 777

VERMELHO EXTRA02

Dt. Início : 29/12/2019 01:30 Dt. Fim : 29/12/2019 02:20

Atendimento : 510271

Carteira :

Idade : 39 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050683

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO
(PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

URGIAO

17178 MARIO ALVES DA COSTA JUNIOR

ESTESISTA

15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: LESÃO DE ANEL PÉLVICO + LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO
CIRURGIA: RFFE COM TUBO A TUBO DE BACIA E TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR. MÁRIO ALVES
1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO
ANESTESISTA: DRA. MAIENA
ANESTESIA: GERAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DE Pelve e MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO FECHADA DE LESÃO DO ANEL PÉLVICO E APOSICIONADO FIXADOR EXTERNO DE BACIA TUBO A TUBO
5. REDUÇÃO FECHADA DE LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO E APOSICIONADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR TUBO TUBO
6. LIMPEZA COM SF 0,9%
7. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
8. BOA PERFUSÃO DISTAL
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. À SR
8. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

DR(A) : MARIO ALVES DA COSTA JUNIOR
CRM : 17178

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 04/01/2020

Hora.....: 09:43

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 62021

Paciente : 132777

Convênio Atend. : 1

Leito : 68

Dt. Início : 04/01/2020 09:00

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-510-LEITO 004

Dt. Fim : 04/01/2020 09:30

Atendimento : 510271

Carteira :

Idade : 39 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXA
DO TORNOZELO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIÃO

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO MEDIAL)

CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO 3,5

CIRURGIÃO: DR ANTONIO QUEIROZ

1º AUXÍLIO: DR CAIO CAVALCANTI

ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA

ANESTESIA: DR KLEYTON

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

INCISÃO DE PELE DE 10CM NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO;

DISSECÇÃO POR PLANOS;

6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ;

7. FIXADO FRATURA COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS 3,5

CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;

LIMPEZA COM SF 0,9%;

10. SUTURA POR PLANOS;

11. CURATIVO;

12. CONTROLE COM RX;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
CRM : 20671



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS ALBERTO GOMES

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 39 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 29/12/19

DATA NASC.: 20/7/80

REG: 132777

DATA DA ALTA: 8/1/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO + LESÃO DO ANEL PÉLVICO + LUXAÇÃO DO JOELHO ESQ

TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSÍNTESE DO MALEOLO E PELVE + FIXAÇÃO EXTERNA DO JOELHO APÓS REDUÇÃO INCRUENT.

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- NÃO DEAMBULAR
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO, AFEBRIL

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.


ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Atendimento: 510271

Dt Atendimento: 29/12/2019 - 01:00

Dt Alta: 08/01/2020 - 15:00

Paciente: 132777 CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 68 ORTL-510-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: EVAIROD

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR