



Número: **0061492-58.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

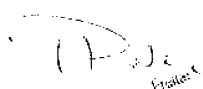
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70076086	26/10/2020 14:42	ANEXO 1	Outros (Documento)

de tempo de
 Apoiado pelas entidades
 de saúde e por uma
 ligação com a comunidade
 local, em particular com
 o SUS, e a sua integração
 integral.

Um abraço pessoal e cordial
 de todos os presentes.

Recife, 18 de 2020.


 Dr. Antonio de Paula Freitas
 Ortopedista
 CRM 6425



Unidade de Atendimento

- 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 18502
- Dr. Luciano Krause
CRM 6308
- Dr. Raul Diegues
CRM 4809
- Dr. Regis Andrade
CRM 4662
- Dr. Pablo de Andrade
CRM 15313

Para contato com o Hospital
 Registre-se no site
 www.hospitaldeortopedia.com.br
 ou pelo telefone
 (81) 3092.9777 / (81) 4141.5074 / (81) 9.9904.0327
 atendimento@hospitaldeortopedia.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 Miltonene Fernandes

NOME: _____

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

☐ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL LEITO: _____

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: _____

MOTIVO: _____

REQUISITANTE/RUBRICO: _____

Dr. Antonio

Exame de urina com resultado de 2+ de glicose e 1+ de albumina. O paciente apresenta sintomas de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Solicito tratamento adequado.

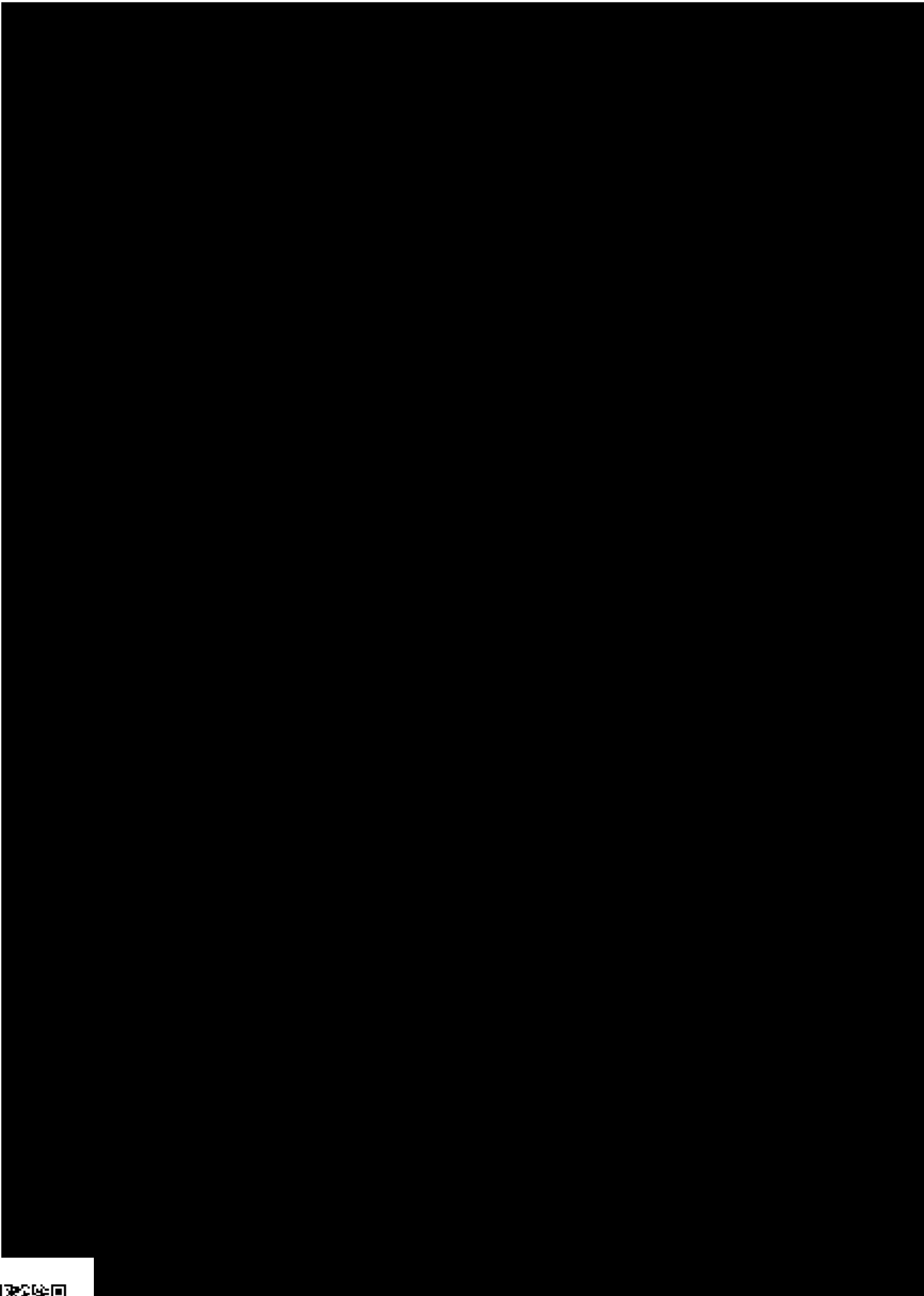
Dr. Antonio

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

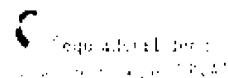
Assinatura e Carimbo

COD: 110.0216-6





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152506/20
Vítima: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA
CPF: 008.785.034-63
CPF de: Próprio
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 28/12/2019
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





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais informações, 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: 4020-1536 / 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 985034-63

Nome do solicitante: AGENOR JOSE DA SILVA

CPF do solicitante: 311453704-97

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: 81, 98517-1903

Tel. Comercial:

Tel. Residencial: ()

E-mail: AGENOR23SILVA@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DADOS 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, informo qual(s) documento(s) está sendo entregue(s):

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo da IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVA)

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

Solicito a VSA, que se digne, em REANALISAR o meu processo, devido ao agravamento 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 o pedido (à rogo)

IMPORTANTE

Nome do beneficiário e dos dados pessoais do formulário devem ser entregues no mesmo posto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT

Observação sobre Beneficiário/óbito não alfabetizados:

A pessoa beneficiária deve ser ou ter pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido e sua cargo.



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:**

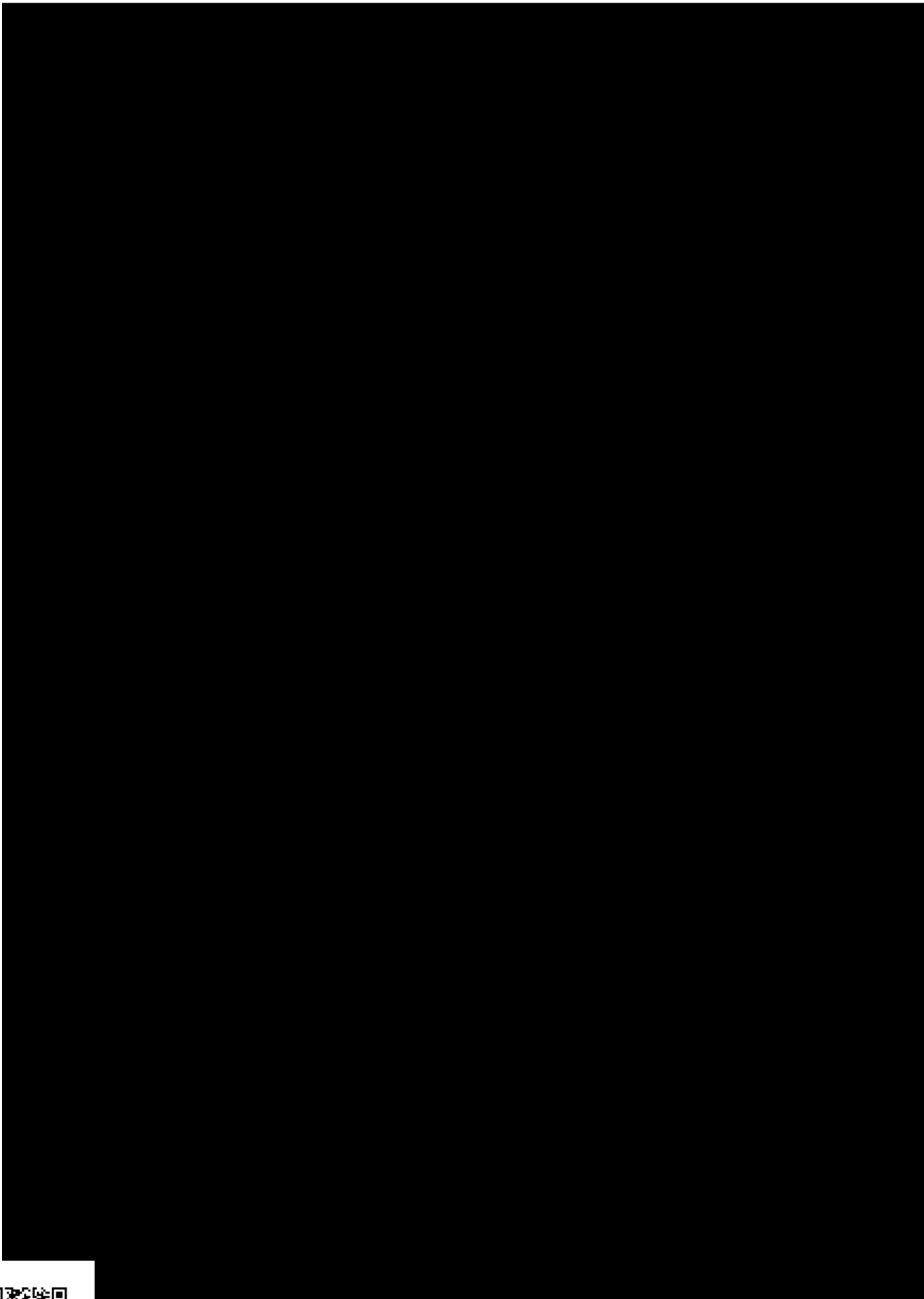
Observações: VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL BILATERAL, DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA TORNOZELO DIREITO. CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
P 1/2 - SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO, POIS CONFORME DOCUMENTAÇÃO 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: 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)Policlinicas,Upas,Samú e Corpo de Bombeiros,solicitar cópias autenticas de laudos junto ao **IML**,registrar boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do estado de Pernambuco.

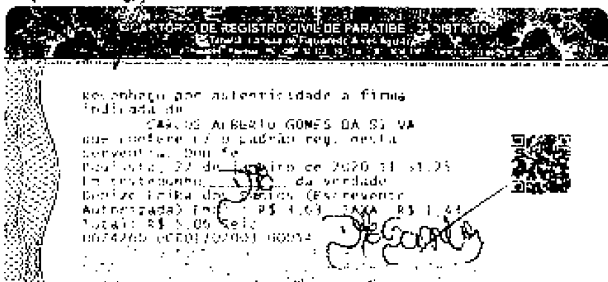
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao Outorgado.

16/05/2020, 22 de juin de 2020

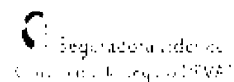
* Carlos Alberto Gomes da Silva

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

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: 11/09/2020

Nome: AGENOR JOSE DA SILVA

CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

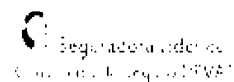
CPF: 114.202.964-69

AGENOR JOSE DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152506/20

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

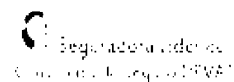
Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

AGENOR JOSE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 15820993

Pag. 01989/01990 - carta_01 - INVALIDEZ

00010995





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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:





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00765/00766 - carta_09 - INVALIDEZ

00030383



Carta nº 15901693





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01013/01014 - carta_09 - INVALIDEZ

00040507



Carta nº 16130173





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclua o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESFESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Número da Carteira de Identificação: 008785034-63 3 - Origem da vida: 4 - Nome completo do titular: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMAS/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEL Nº 415/2012

5 - Titular do Seguro: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 008785034-63 7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: RUA MADRÍ 9 - Número: 17 10 - Complemento: 11 - Cidade: Paulista 12 - Estado: PE 13 - Fone: 81-98517-1903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/ou BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS ou INCAPAZ COM CURADOR

14 - Nome completo do Representante Legal: 15 - CPF do Representante Legal: 16 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ RECUSO EM INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$50.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ATIVA DE R\$4.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Se não tiver, não preencha o endereço da agência)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00120804 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a contratação do seguro DPVAT pelo prazo de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura deste formulário, e a emissão da apólice de seguro DPVAT, e a cobrança do prêmio pelo prazo de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura deste formulário.

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

☒ Declaro, para todos os fins de direito, que não há possibilidade de apresentação de laudo médico (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT pelo IML (IML 004/04), uma vez que:

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

Declaro que não apresentei nenhuma reclamação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e não apresentei nenhuma reclamação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e não apresentei nenhuma reclamação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada.

Declaro que esta declaração não é feita para fins de indenização de qualquer natureza, e que esta declaração não é feita para fins de indenização de qualquer natureza, e que esta declaração não é feita para fins de indenização de qualquer natureza.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do casamento da vítima: _____

25 - Nome da vítima: _____ 26 - Vítima é ou não beneficiária: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se não for beneficiária, informar o nome completo: _____

28 - Vítima é ou não beneficiária: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se não for beneficiária, informar o nome completo: _____ 30 - Se não for beneficiária, informar o nome completo: _____ 31 - Se não for beneficiária, informar o nome completo: _____ 32 - Se não for beneficiária, informar o nome completo: _____ 33 - Se não for beneficiária, informar o nome completo: _____

Estou ciente de que, se a vítima não for beneficiária do Seguro DPVAT, não haverá indenização por morte, e que se a vítima não for beneficiária do Seguro DPVAT, não haverá indenização por morte, e que se a vítima não for beneficiária do Seguro DPVAT, não haverá indenização por morte.

34 - Nome da vítima: _____ 35 - Nome legítimo (proprietário da carteira de identidade): _____

36 - CPF legítimo da vítima (carteira de identidade): _____

37 - Assinatura de quem buscou o pedido: _____

38 - Nome: _____ 39 - CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Nome: _____ 41 - CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Local e Data: Paulista, 29 de maio de 2020

Assinatura do titular/beneficiário (ou representante legal)

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do representante legal (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



Para maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/pronal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consulta: 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, acessar 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 criado eletronicamente por: CAD (SINOP) Matrícula: 1089849, Polícia Rodoviária Federal, em 26/10/2020, e enviado automaticamente de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.250-2, de 24.11.2001 (Lei nº 9.402, de 13 de julho de 2015) e no art. 10 da Resolução 544 do CONTRAN, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site www.prf.gov.br/validarautenticar informando o PRF (7076086) e o número de controle 15.1906A41.0A.8431A5.112560.0A88A725.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



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



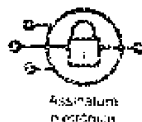
SENTIDO DECRESCENTE



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 VNIs (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 da rodovia.



Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, nº 1069699, Polícia Rodoviária Federal, em 29/12/2019, às 16:05:59, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, e no art. 8º, inciso II, da Lei nº 13.559, de 2 de outubro de 2017, e no art. 3º da Lei nº 13.559, de 2 de outubro de 2017. A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://pje.trf4.jus.br/autenticar>, informando o número 19072186B01 e o número do protocolo 40199A71CEB425561125620A8B8721.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

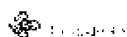


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19072186B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Visualizar no Google Maps



Localização no Google Maps

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 LAURENÇO, matrícula 1086849, Polícia Rodoviária Federal, em 26/10/2020 às 14:42:06, por meio da Plataforma de Assinatura Eletrônica, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 13.262, de 24 de agosto de 2015, no art. 8º da Lei nº 13.639, de 2 de outubro de 2015 e na Resolução nº 2.206, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º da Resolução nº 3.639, de 2 de outubro de 2015 e na Resolução nº 3.639, de 2 de outubro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/procobol/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 8F3556A3ECCB4358A71256C3A28F72.

191



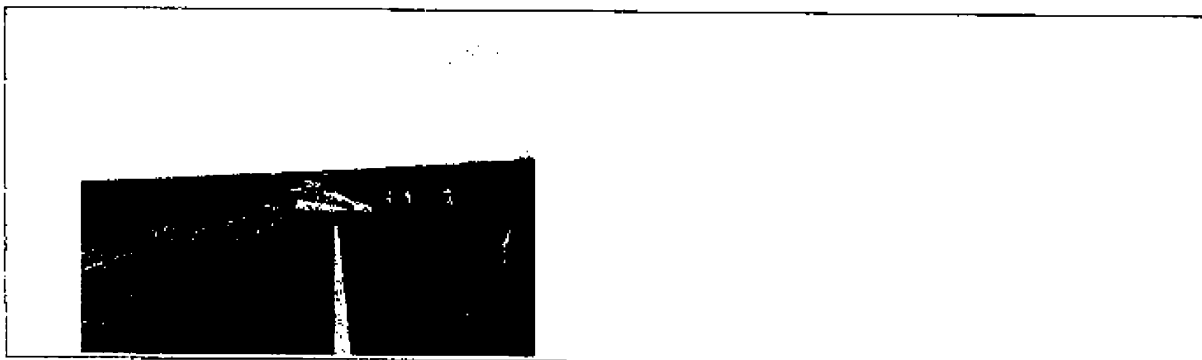


MINISTERIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19072186B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - PFJ0397 - AUTOMÓVEL

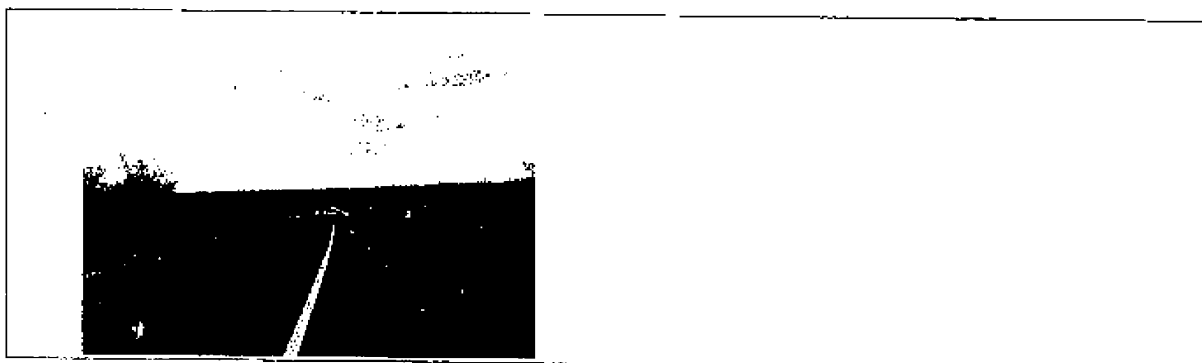
V1 - Informações

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 LAURENEI, matrícula 1069897, Polícia Rodoviária Federal, em 26/10/2020 14:42:06, conforme Portal oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 3202-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2008 e no alínea do inciso IV do art. 2º da Resolução Normativa Nº 61-2015, de 11 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/nucleo/autenticar-informacao> informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 6E76DFA5E1E0425B431256C0A58F2E.

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, 00000000005, 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: 9C2ND1110ER03C549
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: LAURETÃO, matrícula 10e9599, Polícia Rodoviária Federal, em 26/10/2020 14:42:06, conforme Protocolo Oficial de Boletim, com fundamento no § 2º do art. 10 da Mensagem Presidencial Nº 2.296-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alteração do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa RFB nº 1.001, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://pse.prf.gov.br/mux/validador.html>, inserindo o protocolo 19072186B01 e o código de verificação 463P5A5NECEB3476561175670A687DF.

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 Montar: Média

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



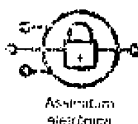
IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Polícia Rodoviária Federal, em 28/12/2019, conforme boletim oficial de Boletim, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei 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 no alínea II do inciso IV do art. 1º da Instrução Normativa Nº 58-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assinatura/verificar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 633450A3CCEB4258A325AC0A8BF22

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 Montar: Média

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



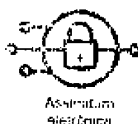
IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Polícia Rodoviária Federal, em 28/12/2019, conforme boletim oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.201-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 1º da Instrução Normativa Nº 58-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assessoria/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 63345A3CCEB4258A325ACDABF22

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 Montar: Média

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por LAURENIO, matrícula 1069699, Polícia Rodoviária Federal, em 28/12/2019, conforme boletim oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei 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 II do inciso IV do art. 1º da Instrução Normativa Nº 58-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assessoria/autenticar>, informando o protocolo 19072186B01 e o número de controle 633450A3CCEB4258A325ACDABF22

191





2. NR do formulário: 426	3. CPF do cidadão: 008 385 034 - 63	4. Nome completo do cidadão: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA
--------------------------	-------------------------------------	--

008 785 034 - 63

7 - Endereço: SERVENTE 9 - Número: 17 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PARATIBE 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.000-00



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



AGENCIAMENTO
C/MAQUETE/1444
RECEBER
RABINHO

20/10

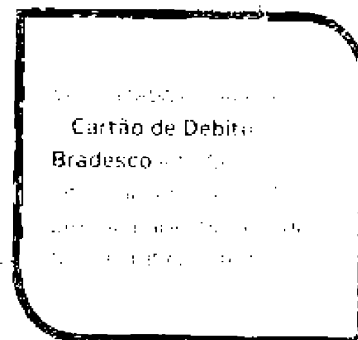
EMISSÃO DE 10/10/2020
19h



AGENCIAMENTO
C/MAQUETE/1444
RECEBER
RABINHO



7209200144440001442330141111





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

Para mais informações, consulte 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 e constitui obrigação da Circular Susep 445/12, disponível em <http://www.susep.gov.br/portal/OTFC/WEB/DUCCOR/GUINAL/APPX?TIPO=1&CODIGO=22636>

<http://www.susep.gov.br/portal/OTFC/WEB/DUCCOR/GUINAL/APPX?TIPO=1&CODIGO=22636>

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

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SIGLOS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGENTES, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. * 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.132/98.

Pelo exposto, eu AGENOR JOSÉ DA SILVA

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

☒ Redução informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 RUA CALÇITA

Número _____

Complemento: _____

Bairro Nº 1 DA CONCEIÇÃO

Cidade Paulista

Estado PE

CEP _____

E-mail _____

Telefone _____

81-98517-1903

Local e Data: Paulista, 29 de maio de 2020

Agenor José da Silva
Assinatura do Declarante

01 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/10/2020 14:42:06
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102614420593700000068711251>
Número do documento: 20102614420593700000068711251

Num. 70076086 - Pág. 34



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	Masculino ☒ 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 há poucas horas, apresentando dor e deformidade em joelho esquerdo + hematoma em anel pélvico.		
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

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

AIH
262010245036-1

AIH
262010245037-2

AIH
262010245038-3



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 510271

Usuário: WESLEYFS

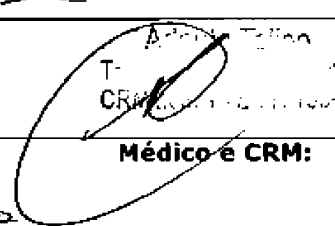
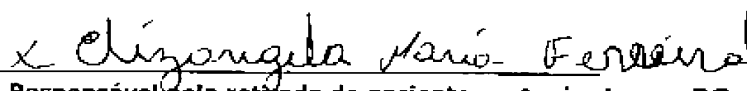
DADOS DO PACIENTE

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: 53413/10
Endereço: RUA MADRI	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 - EMERGI	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Leito: VERMELHO EXTRA02	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

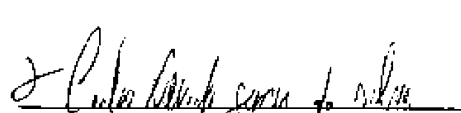
DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 08/01/20	Hora da Alta: 10:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: Estável sem sequelas	
Diagnóstico Principal.....: FX hel Pélc	
Diagnóstico Secundário01.: FX nobdo Pélc	
Diagnóstico Secundário02.:	
Procedimento.....: Osteotomia	
 Médico e CRM:	
 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 _____


Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

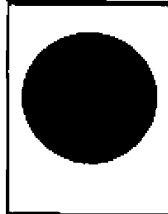


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

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
AL. HIMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (✓)

Local

Enfermeiro

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

Data Impressão: 28/12/2019 23:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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:

CIRURGIAO

20671

ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR

ANESTESISTA

22513

PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

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 ALZENOR

ANESTESISTA : DR PEDRO MELO

ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO :

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA

2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE BACIA E MIE

A POSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

INCISÃO EM MONTE PUBICO

DIVULSÃO POR PLANOS

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:

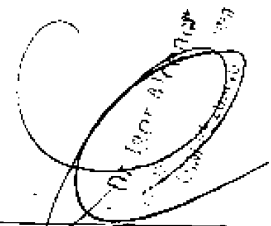
Qt. Solicitada

2. CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 510262

Senha da Classificação:

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

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: 23:25

Queixa Principal

HOJE A TAUDE APRESENTOU ACIDENTE
COM O MOTO-CARRO, NOS CORRETORES LATERAIS
DESAJUSTADO DE CONDIÇÕES, TRAIÇÃO, S/
COLA CLAMOR, SEM ESTABILIDADE DO VEÍCULO (E)

Exame Físico

7801 EUPNEICO, 9 EQUILIBRIO SUPERIOR
& INFERIOR DO MARCHA (E), TÓRAX (E)
(A) LA ATUAL PUNTO (B) MARCHA EM AMIT
(C) ACUTUMER NOS JOelhos, (D) FCB 15 (AFH 11)

Hipótese Diagnóstica

(1) POLITRAUMATISMO (E) (2) FRACTURA DE HUMERO (E)

Prescrição Médica

(1) ACABO MEN S/C
(2) NO TÓRAX (E), PUNTO (E)
(3) LIGAMENTOS / P

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



HOSPITAL METROP NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: WESLEYFS
Em: 29/12/2019 00:35

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

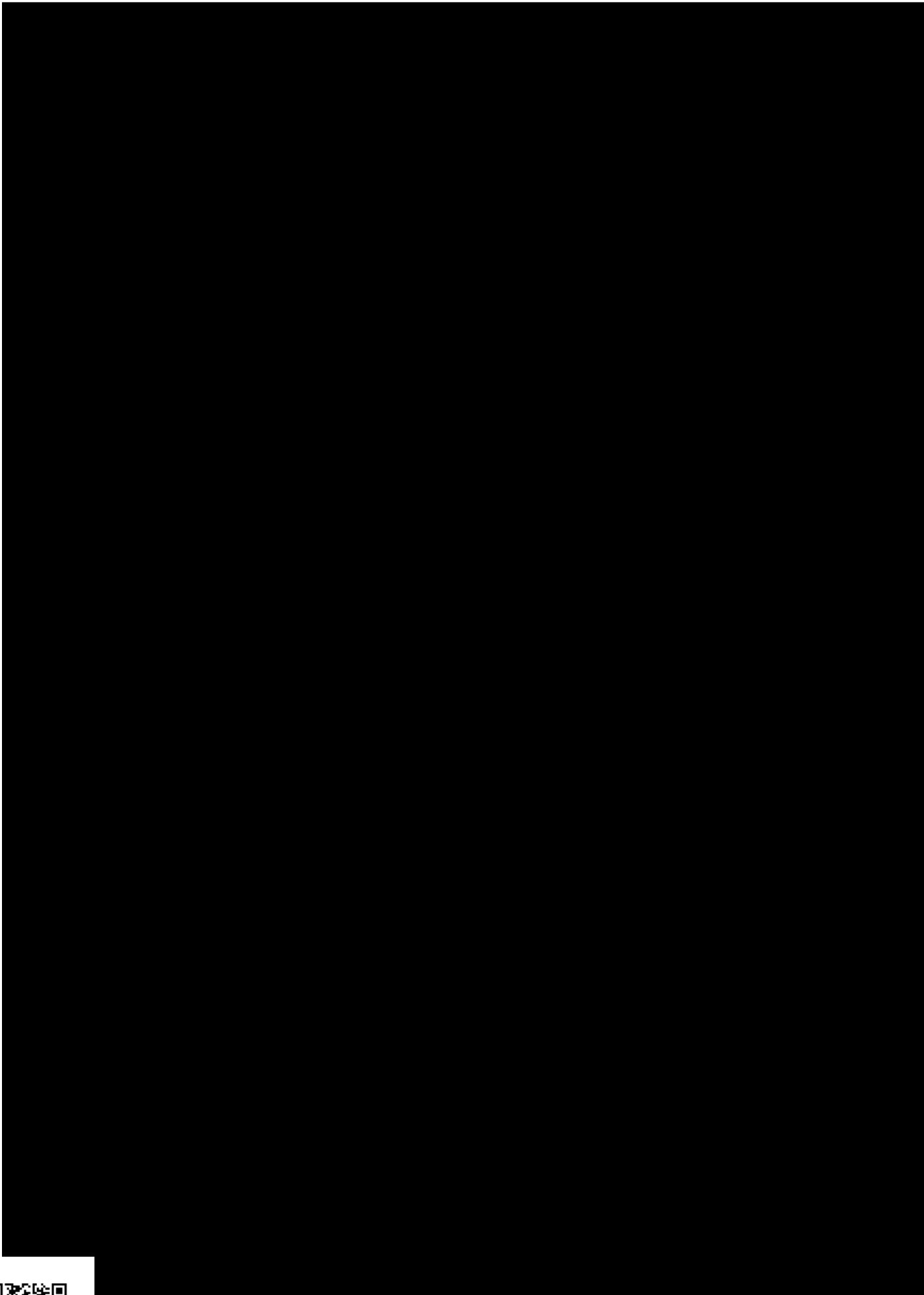
Atendimento..... : 510262 **Prontuário:** 132777 **SAME:** 119375 **Hora Atend:** 23:23 **Data Atend:** 28/12/2019
Paciente..... : CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA **Idade:** 39 a
Endereço..... : RUA MADRI
Bairro..... : PARATIBE
Cidade..... : PAULISTA **UF...:** PE **CEP:** 53413710
Convênio..... : SUS - 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 METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR





Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 62021
Paciente: 132777
Convênio Atend.: 1
Leito: 68
Dt. Início: 04/01/2020 09:00
Dt. Fim: 04/01/2020 09:30
Sala: 0001 SALA 01
CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTE-510-LEITO 004
Atendimento: 510271
Carteira:
Idade: 39 Anos
Qui Pre Operatório:
Qui Pos Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408050497
Convênio: 001
Anestesia:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO

CIRURGIÃO

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO MEDIAL)
CIRURGIÃO: OSTEOSINTESE 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 ANTISSEPÇÃO;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO;
5. DISSECAÇÃO POR PLANOS;
6. REDUÇÃO ORIENTADA DE FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL;
7. FIXAÇÃO FRATURA COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS 3,5
8. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
9. LIMPEZA COM SF 0,9%;
10. SUTURA POR PLANOS;
11. CURATIVO;
12. CONTROLE COM RX.

Assinatura Cirúrgica:

Descrição Complementar

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



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:

- OSTEOSSÍNTESE 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 PURULENTE, 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

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



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 ALENÇAR

