
Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200040827 Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 0000077679-3

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: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/03/2020, 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, 07 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/07/2020, 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: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 040.180.274-43 3 - CPF da vítima: 040.180.274-43 4 - Nome completo da vítima: JULIO CESAR BEZERRA 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: JULIO CESAR BEZERRA DA SILVA 6 - CPF: 040.180.274-43
7 - Profissão: RECLUSO INFORMAL 8 - Endereço: AV. DOM BOSCO 9 - Número: 340 10 - Complemento: 188
11 - Bairro: GORRÃO DA NASCIMENTO 12 - Cidade: PANAMÁ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.012-550
15 - E-mail: (31) 99277-7909

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: ☒ RECLUSO INFORMAL ☐ 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0051 CONTA: 77.677 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 resíduo (herança)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

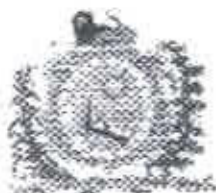
40 - Local e Data:

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 088ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP88ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0178004563

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às
15:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 21/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 91, LSAO
DOURADO - Bairro: CAIUA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DE ONIBUS (AUTOR / AGENTE)
LUCIMARIO JOSE DA SILVA (OUTRO)
COLETIVO (OUTRO)
JULIO CESAR BEZERRA DE SA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): MOTORISTA DE ONIBUS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

MOTORISTA DE ONIBUS (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:
XXXXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

COLETIVO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: XXXXXXXXXXXX
Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JULIO CESAR BEZERRA DE SA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GENIVALDA UMBELINA DE SA Pai: JOSENILO BEZERRA DE SA Data de Nascimento:
28/7/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 346, AV DOM BOSCO - CEP: 0 - Bairro:
MAURICIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

LUCIMARIO JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
XXXXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/PERMANENCIA/.infopol/xmi/BO...

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIMARIO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JULIO CESAR BEZERRA DE SA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGK1589** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1667734770** Chassi: **SC2JC8860HR001202**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2017**

ONIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **COLETIVO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTORISTA DE ONIBUS**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO NA AV LEAO DOURADO NO BAIRRO CAUICA, QUE A VITIMA ESTVA VINDO PELA ESQUERDA ONDE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO ONIBUS DA EMPRESA COLETIVA QUE APOS CAUSAR O ACIDENTE O MOTORISTA DO ONIBUS FOI EMBORA SEM SOCORRER A VITIMA, QUE AVITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NESTA CIDADE

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


JULIO CESAR BEZERRA DE SA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS FERNANDO DE ARRUDA COSTA** - Matrícula: **111836-7**

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 ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

040.180.274-43

JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

JULIO CESAR BEZERRA DE SA

040.180.274-43

REUSE INFORMAR

AV. DOM BOSCO

340

184

HERCULO DE NASSAV

PANAMA

PE

55.012-550

(31) 9927-7909

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:

☒ RECLUSE INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A 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: 0051 CONTA: 77.679 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o protelamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/76, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou rociário (irmão)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Extingue-se de que a Seguradora Líder pagará, caso leve, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (+) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

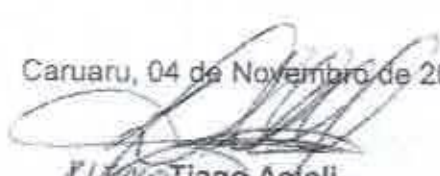


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. JULIO CÉSAR BEZERRA DE SÁ portador do CPF: 040.180.274-43 e RG: 6.236.003 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1910210125 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 21/10/2019 às 09h e 02min, no endereço AVENIDA LEÃO DOURADO, CAIUCÁ, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X ÔNIBUS tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

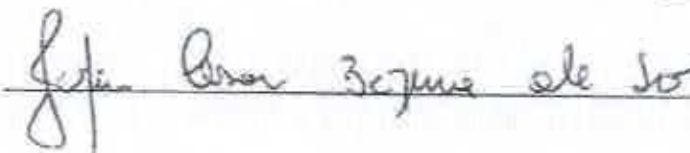
De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 04 de Novembro de 2019.


Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 04/11/2019


Julio Cesar Bezerra de Sa

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: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000077679-3

Nr. da Autenticação 5CCA1FC31815AB3A



DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 6348769 Nov/2019
 OSENILO BEZERRA DE SA
 V D BOSCO, N. 60348 - MAURILIO DE NASSAU CARIJARI PE 55012-550
 INSCRIÇÃO: 041.761.840.0081 (BOM GRUPO-1) DEB. AUTOMÁTICO: 006348.703

SITUAÇÃO ANTERIOR		SITUAÇÃO EXISTENTE		REBRANÇAMENTO		COMERCIAL INDUSTRIAL		PÚBLICA	
LIGADO		FACTIVEL		1					
HIDROMETRIA		DATA LIT. ANTERIOR		DATA LIT. ATUAL		TIPO DE COMBUST. (ATM)			
1071366603		23/10/2019		22/11/2019		REA.			

QUA:
EIT ANT: 1206 CONSUMO:0
EIT ATU: 1206
EIT FAT: 1206

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO		PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENÇÃO A LEI 11.101/06
01/2019	00				
01/2019	05	TURBIDEZ	169	169	158
01/2019	04	CON APARENTE	169	169	111
01/2019	05	CORO RESIDUAL	169	169	169
01/2019	02	COLIF. TOTAIS	169	169	169
01/2019	10	E. COLI	169	169	169

Q15: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS;
 2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 4) SOCIOTAIS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
------------------------	---------	------------

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)

MULTA P/IMPERVIALIDADE 10/2019	8,26
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94-11/2019	13,22

Debit	0,00	1,65	0,00
Credit	0,00	7,00	0,00

VENCIMENTO: 05/12/2019 TOTAL A PAGAR: 13,48

4E725&GEM?

IDENTIFICANDO A EXISTENCIA DE A VATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 657,73. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 6348769 Nov/2019
 OSENILO BEZERRA DE SA
 V D BOSCO, N. 60348 - MAURILIO DE NASSAU CARIARIU PE 55012-550
 INSCRIÇÃO: 041.761.840.0081 (BOM GRUPO-1) DEB. AUTOMÁTICO: 006348.703

SITUAÇÃO ANTERIOR		SITUAÇÃO EXISTENTE		REBRANÇAMENTO		COMERCIAL INDUSTRIAL		PÚBLICA	
LIGADO		FACTIVEL		1					
HIDROMETRIA		DATA LIT. ANTERIOR		DATA LIT. ATUAL		TIPO DE COMBUST. (ATM)			
1071366603		23/10/2019		22/11/2019		REA.			

QUA:
EIT ANT: 1206 CONSUMO:0
EIT ATU: 1206
EIT FAT: 1206

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS		
REFERÊNCIA CONSUMO		PARAMETROS	EXIG. PORT. Nº 2.914/11	ANÁLISES REALIZ. A LEGIS
01/2019	00			
01/2019	05	TURBIDEZ	169	158
01/2019	04	CON APARENTE	169	117
01/2019	05	CLORO RESIDUAL	169	169
01/2019	02	COL. F. TOTAIS	169	169
01/2019	10	E. COL.	169	169

Q15: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS;
 2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 4) SOCIOTAIS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
------------------------	---------	------------

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)

MULTA P/IMPERVILIAIDADE 10/2019
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94-11/2019

8,26
13,22

Debit	0.00	1.65	0.00
Credit	0.00	7.00	0.00

VENCIMENTO: 05/12/2019 TOTAL A PAGAR: 13,48

4E725&GEM?

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE A VATURA(S) PENDENTE(S), NO TOTAL DE R\$ 657,73. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas Moraes 4770
FREGD AFOGADOS-Imbituba-Rio de Janeiro - PE
CNPJ: 07.421.421/0013-55 - I.E.: 0255614-09
CNPJ da Matriz: 07.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 50,89

VENCIMENTO
10/09/2019

EMIÇÃO: 19/08/2019
POSTAGEM: 30/08/2019
FATURA: 3942906191

CLIENTE: 175644136

CPF/CNPJ: 78408750410

ACESSO: 81.99584-0119

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009131539518013

IMPORTANTE PARA IRINALDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUL A 19/AGO

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> TIM Controle B Plus	R\$ 49,99
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA
MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle B Plus: 81995840119 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	64,99
TIM Music	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jorais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-9,83
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-5,17
Total de Mensalidades						49,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 10/07/19, PAGO EM 02/08/19)	-	-	1	-	-	0,25

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

INFORMAÇÃO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUNTEL	R\$ 0,20	Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)	
ICMS	10%	R\$ 17,75	R\$ 1,78	FUNTEL	R\$ 0,11	(incluído no Placard)	
INSC/ST/MS - Serviço Telecom	1,65%					Franquia(s)	R\$ 42,20
INSC/ST/MS - Serviço Mto Telecom	4,65%					IVA	R\$ 22,49
INSC/ST/MS - Serviço Mto Telecom	1,25%					Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -9,83
Em conformidade com a Lei 12.546/2012						Desconto(s) SVA	R\$ -5,17
As contribuições de FUNTEL (10%) e FUNTEL (10,5%) são cobradas separadamente do plano.							



Clientes TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar o plano em débito automático e ainda ganhar um Mês de Internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o Central de Atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009131539518013

MÊS DE REFERÊNCIA
AGO/2019

DATA DE EMISSÃO
19/08/2019

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019

VALOR
R\$ 50,89

VIA BANCO

84620000000-4

50890109011-0

00394290619-3

10131539518-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CABUGA - HUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 52040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 15.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.030/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

N° Documento: 2019026348769

Recritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSEHILDO BEZERRA DE SA
AV D BOSCO, N. 00340 - MAURICIO DE NASSAU CARDUO PE 55012-550
INSCRIÇÃO: 041.761.380-0081.000 GRUPO: 1

00634876.9 02/2019-4

opção sim, AUTOMÁTICO: 00634876.9

EMPRESA AGUA LIGADO	ESTADO DE SERV. FACTIVEL	REGISTRO 3	QUALIDADE DE SERVICO COMERCIAL	PROVISORIAL	EDICAO
DATA DE AMOSTRAGEM 10/01/2019	DATA DE ENTREGA 21/01/2019	DATA DE RECEBIMENTO 20/02/2019	TIPO DE CONSUMIDOR MEDIA BD /		
AGUA LEIT. ANT.: 1171 LEIT. ATUAL: 1181 LEIT. FAT.: 1181		CONSUMO: 3 TAXA MINIMA ANORMALIDADE DE LEITURA		VOLUME: 0 LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	
HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
01/2019 9/ 12/2019 2/ 11/2018 2/ 10/2018 2/ 09/2018 2/ 08/2018 2/ MEDIA 3/ 0		PARÂMETROS		EXIG. PELA PORT Nº 2.914/11	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
		TUBÍCIDOS COM APARENTE CLORO RESIDUAL COLIFORMES TOTAIS E. Coli		ANÁLISES REALIZADAS	
		OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 25% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COM E TUBÍCIDOS SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

AGHA

RESIDENTIAL 501 INITIALS

CONSUMO DE AGUA

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 4/10

MULTA V. IMPORTANTIDADE

JUNOS DE MORA

DESCONTO ANTIGUIDADE 09/2018

CONSUMO POR FAIXA

2.44

VALOR R\$

41.36

(81) 99505-8004

PIS	41,30	1,45	0,60
COFINS	41,30	7,60	3,14

05/03/2019

TOTAL A PAGAR	97,06
---------------	-------

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 11 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 698,97. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A
NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

Salido por: INTERNET

Emitted on: 14/02/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

NACHTRAG	00634876.9	02/2019-4
----------	------------	-----------

05/03/2019

TOTAL A PROBAB	87.06
----------------	-------

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82890000000-8 87060018041-9 00634876901-5 02201940003-0



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando Barão da Silva Porto inscrito (a) no CPF 784.087.504, 10 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Julio Cesar Bizarra de Sa inscrito (a) no CPF-sob o Nº 040.180.274, 43, do sinistro de DPVAT cobertura ENLAVIDEZ da Vítima Julio Cesar Bizarra de Sa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.180.274, 43, 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 23</u>		Número <u>281</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Barra Vista</u>	Cidade <u>ESMERALDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55000-000</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9927-7909</u>

Esmeralda, 12 de DEZEMBRO de 2019
Local e Data

Fernando Barão da Silva Porto
Assinatura do Declarante





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

14/10/19 #CG - Mieloma # -
14.084 380,00 -
ND: Politematose
Conteúdo: c/ qüas de de um para segundo
sem outras alterações, de qüas
Ex: Raiu-X de puno segundo: fratura de tíbia
e fíbula
2 doses radiográficas: 3/ alterações.

CD 1) Célula do CG; 2) A rede mal; 3) Solução per-

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadui-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

Data e hora retirada da senha: 21/10/2019 09:40

Nome Paciente: JULHO CESA BIZERRA DE SA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/07/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 21/10/2019 09:42 - 21/10/2019 09:45

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

POUCO URGENTE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE ORIUNDO DE CARUARU TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLESÃO CARRO/MOTO APRESENTA DOR EDEMA TRAUMA E MIE, POSSIVEL FRATURA DE TIBI E FIBULA

Medicamento(s):

HAS - DM -

Observação:

PACIENTE COM MACA SEM SENHA (SAMU)

Fluxograma sintoma:

QUEDAS

Discriminador(es):

- DEFORMAÇÃO?

- EDEMA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/10/2019 09:45

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

242741

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Carlos Silva de Sá

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

347441

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/07/81

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Genivaldo umbelinda de sa

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araruama

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**4 meses com dor pé na coxa
APOS TUMOR**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

doença de câncer

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ex + radiografia

23 - DIAGNÓSTICO ROLAL

Leucemia Mielóide

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

Araruama

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgente

31 - DOCUMENTO

ICMS

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)

DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/10/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BOLETE

41 - SERIE

38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - END. DA EMPRESA

44 - UBOB

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() SEMPRE EMPREGADO

() ACIDENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

ICMS

30PF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 23/10/19 Horário: 10:00 Registro: 34443 Leito: 36

Nome do Paciente: Julio César Bizerra de Sá

Diagnóstico: _____

EXAME FÍSICO
Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Comprometido () Grave <input checked="" type="checkbox"/> Normocorado () Hipocorado
<input checked="" type="checkbox"/> Anictérico () Ictérico () Cianótico <input checked="" type="checkbox"/> Acianótico <input checked="" type="checkbox"/> Hidratado () Desidratado () Anasarca
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA
Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento () Alerta
Nível de Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado () Desorientado
AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico
O2 Suplementar: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Cator Nasal () Macronebulizador () Venturi
Murmúrios Vesiculares: <input checked="" type="checkbox"/> Presentes () Ausentes () Diminuídos
Ruídos Adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Crepantes <u>mn!</u>
Expansibilidade Torácica Conservada: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Tosse: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Produtiva () Não Produtiva
SISTEMA CARDIOVASCULAR
FC: bpm PA: mmHg Pulso: bpm <input checked="" type="checkbox"/> Cheio () Filiforme () Ausentes
Acesso Venoso Central: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: BNF EM 2T <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Acesso Venoso Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Qual: <u>MSB (23/10)</u>
SISTEMA GASTROINTESTINAL
Nome do Paciente: _____
Abdome: <input checked="" type="checkbox"/> Plano () Globoso () Distendido () Escavado <input checked="" type="checkbox"/> Depressível () Ascítico
() Doloroso () Não Doloroso RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Presentes () Ausentes
Dieta: <u>LIQ</u> SNG: () SNE: () P/ Gavagem: Sim () Não ()
Eliminações Intestinais: <input checked="" type="checkbox"/> Presente () Ausente Frequência: _____
SISTEMA GENITO-URINÁRIO
Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Presente () Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () SVD Aspacto: _____
SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO
Deambulação: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Com auxílio () Repouso Relativo () Repouso Absoluto
Mobilidade: () Ativa <input checked="" type="checkbox"/> Passiva
Imobilização: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Tipos: <input checked="" type="checkbox"/> Tala gessada () Tração transesquelética () MJ
() Tipóia () Fixador externo () Outros Local: <u>MSB</u>
CURATIVO: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Fechada () Aberta
Localização: _____ Cobertura: _____
Descrição: () Necrose () Fibrina () Granulação Exsudato: () Sim () Não () Purulento
() Seroso () Sanguinolento () Sero-sanguinolento Odor: sim () não ()
Obs.: _____

Procedimentos Realizados:

Paciente admitido neste setor, chegando da cirurgia. Relata Enfermeiro(a)
que sofreu acidente na segunda junta (metacarpo), fraturando fíbula e fêmur E.



Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (1623965)

Admissão: 328235

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S82

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA OSSOS DA PERNA ESQ

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALLEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/10/2019 as 14:26

Dr. Alisson Fabio Fernandes Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 60131/PE 17604
SSOT 15514

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:



Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (1625965)

Admissão: 328235

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JULIO CESAR BEZERRA DE SA é portador do diagnóstico:

<<FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ

CID: <<S82

maneceu internado do dia 23/10/2019 a 25/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/10/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 150 CENTO E CINQUENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 25/10/2019.

Dr. Alisson F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6813 / CRM-PE 17606
SBOT 12814

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17606

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Toda declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

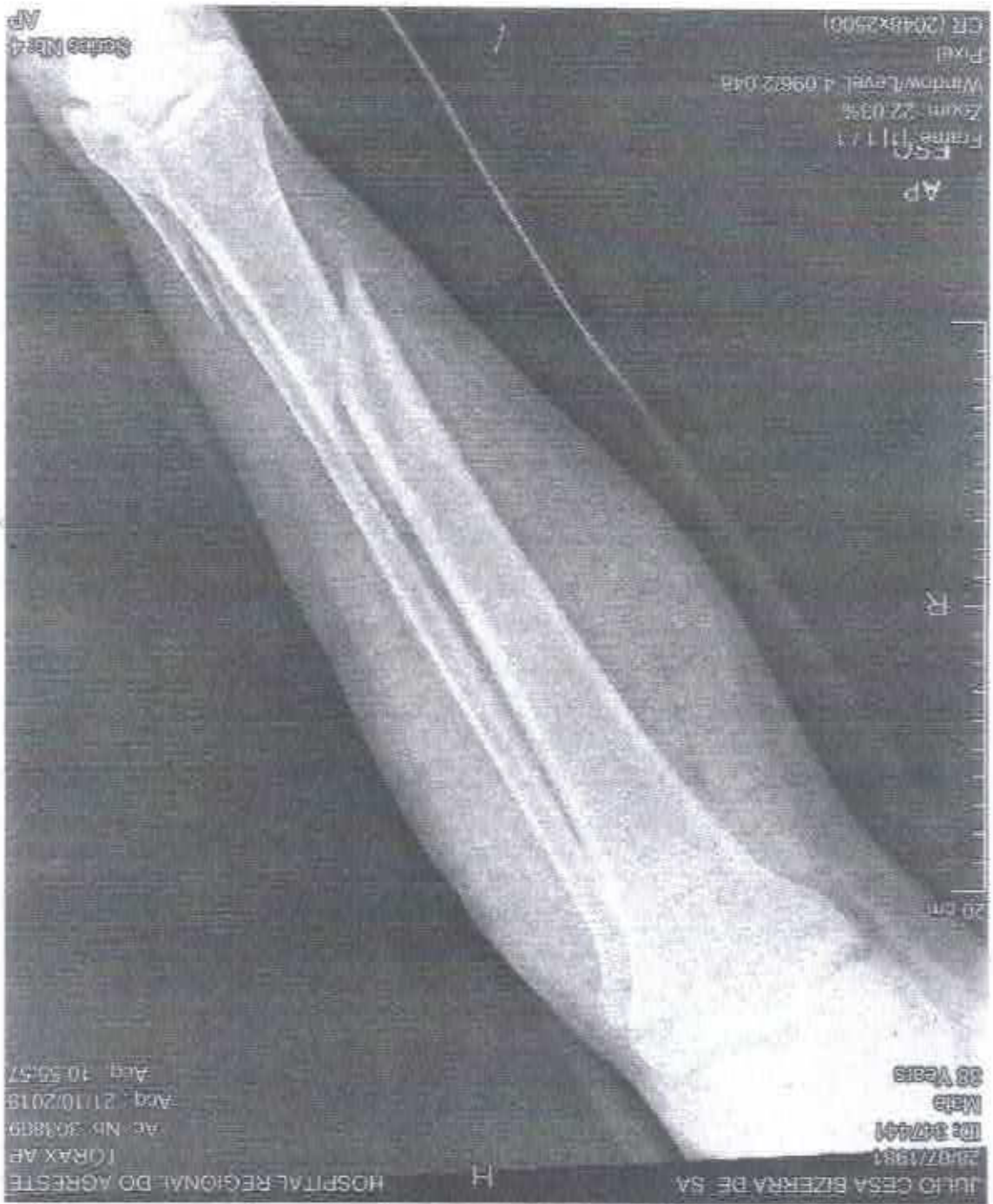
Relatório Emitido Eletronicamente

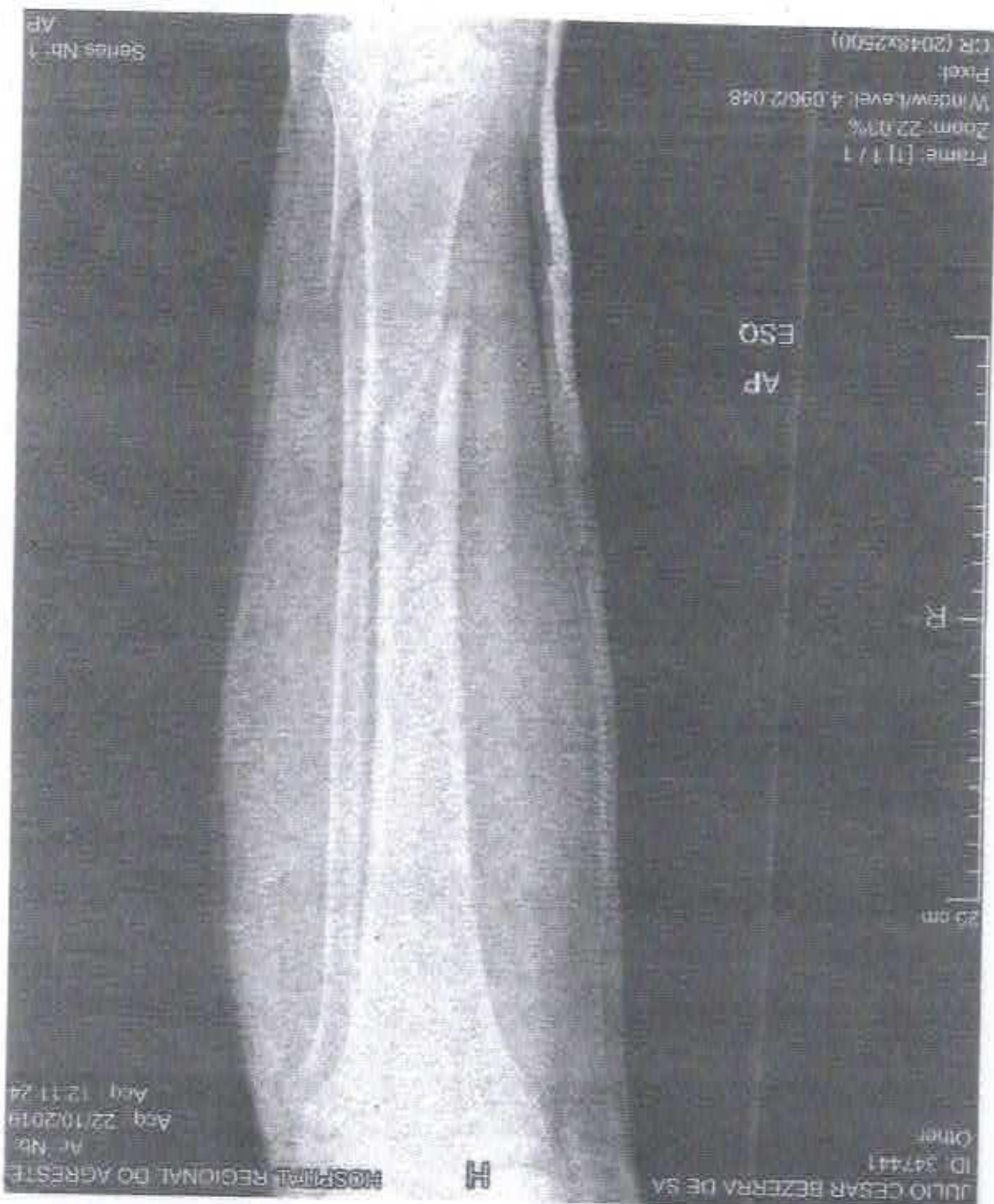
Data: 24/10/2019 as 14:27

Dr. Alisson F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6813 / CRM-PE 17606
SBOT 12814

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:





3200040827



Laudo
Ortopédico

Dr. Paulo de Tarso Silveira Claudino

CRM 11016

Membro titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Júlio Cesar Bogenne
de Sá

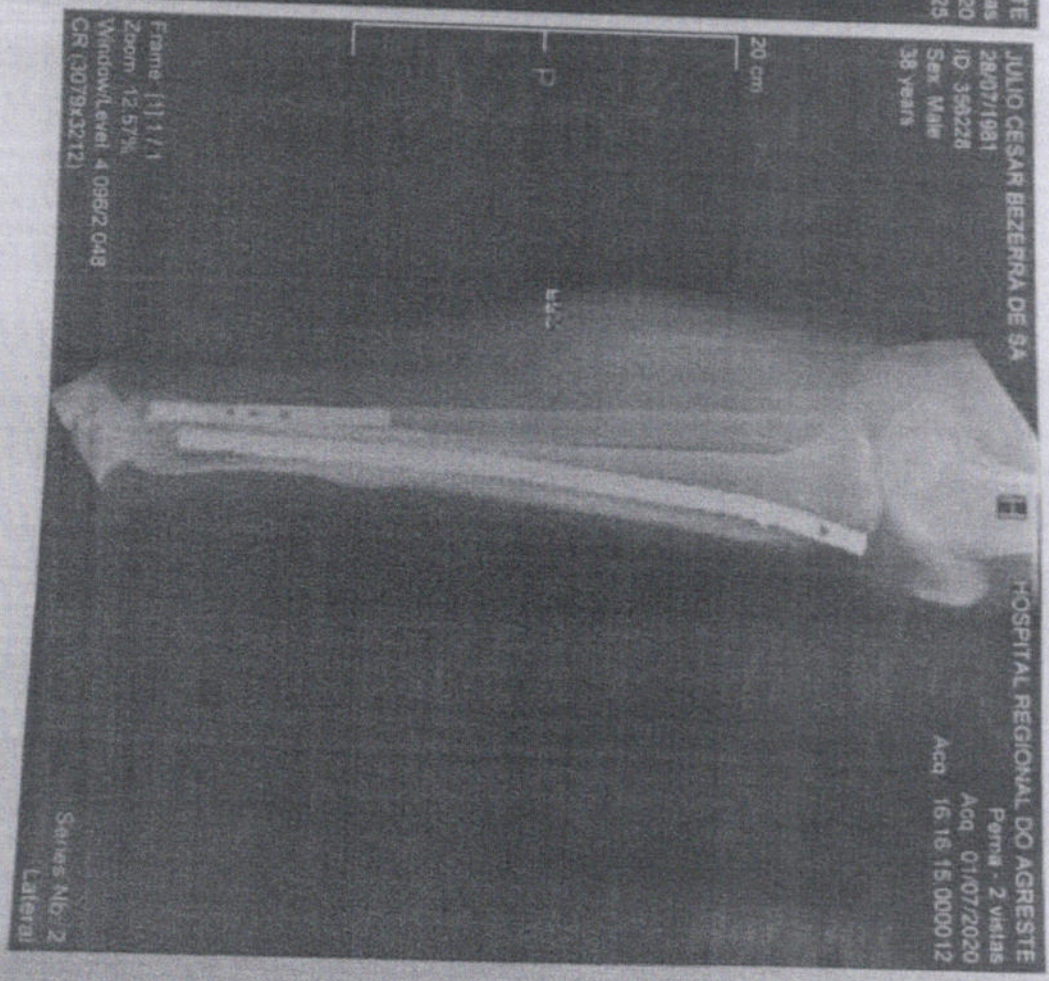
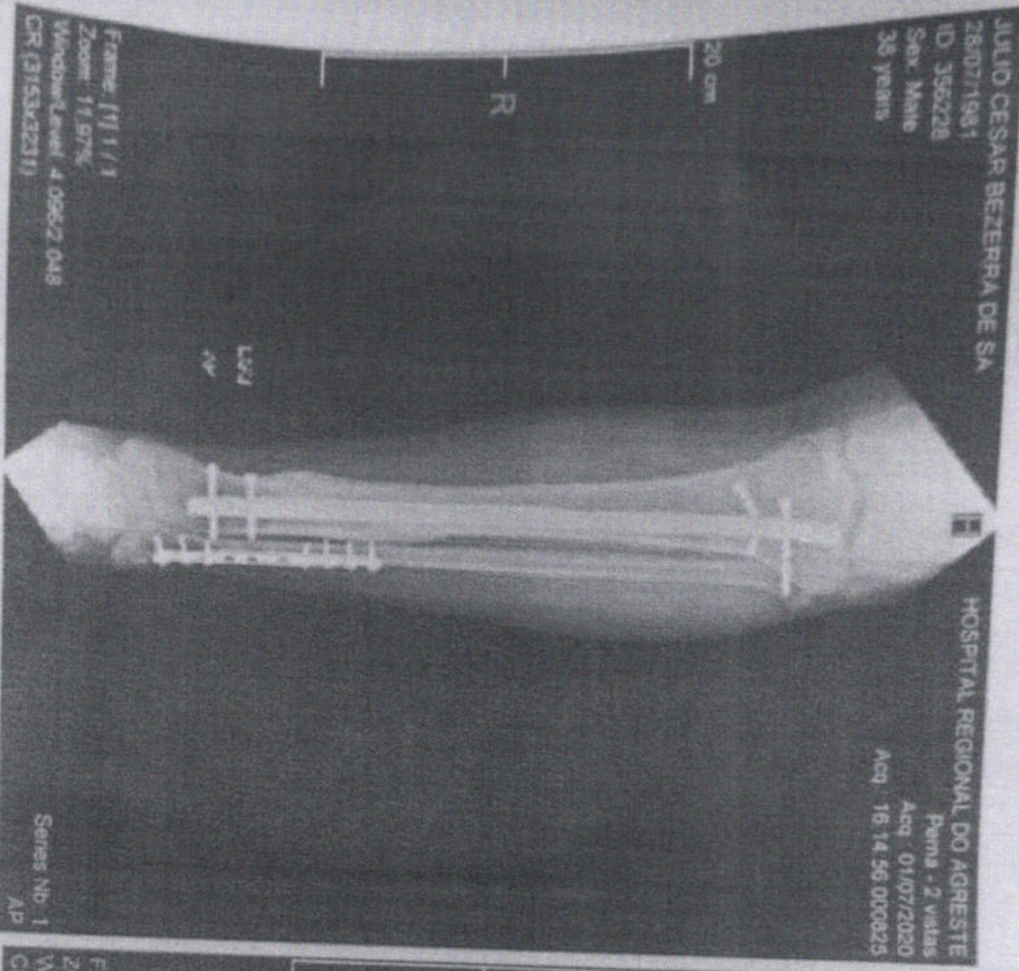
CID S82.2
= 32.4

Fratura de tíbia
e fíbula esquerda consolidadas
✓ vítima de acidente por
ocidente em 21/10/2019.

Foi submetido a cirurgia
(toste bloqueada). Tem
tendinite patelar com o
soquela.

05/03/2020

Av. Pedro Jordão, 1252 - Município de Nassau - Caruaru - PE
Fone: (81) 3723.2332 - 3545.4538



Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clinica

Registro N°

Enfermaria

~~Dr. Paulo de Tarso~~
~~Ortopedia e Traumatologia~~
Unidade Ortopédica
CID S82.2

Fratura da
diáfise da tíbia
operada em outubro
de 2019. Fratura
consolidada. Apresenta
tendinite patelar
importante com
sequela. Fazendo
fisioterapia. Afesta-
mento por 90 (Nove)
dias

Data

05/07/2026

Médico

O primeiro Cigarro é uma passagem

Elaida Monteiro de Souza

~~Dr. Paulo de Tarso~~
1º Lugar em Traumatologia
4014

2º Concurso 89

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO IDENTIFICAÇÃO NACIONAL		
JULIO CESAR REBEIRA DE SA		
	DOC IDENTIFICAD (Data Emissão) / DT 22/06/2019	
	CPF 040.180.276-43	
	DATA ASSUNTUAL 22/07/1982	
	RESIDÊNCIA JOSÉ CARLOS REBEIRA DE S A GERIVALDA CRISTINA DE SA	
PERNAMBUCO		DATA 22/06/2019
Nº Registro 03022555978		Data de Nascimento 22/07/1982
Data de Emissão 22/06/2019		
Data de Validade 04/07/2009		
Assinatura 		
Local CARUARU, PE		Data Emissão 22/06/2019
Assinatura 		Data de Emissão 22/06/2019
Assinatura PERNAMBUCO		Data de Emissão 22/06/2019

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1823509216

PROTEÇÃO PLÁSTICA
1823509216

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CARTeira NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1823499902

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IRIVALDO BAIKA DA SILVA PONTES

4101099 SSP PE

784.087.504-10

22/02/1973

NOBIA GUILHERMINA DA SILVA

15/04/2034

17/01/1998

PERNAMBUCO

1823499902

PROTEÇÃO PLÁSTICA

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012801444091

09744554614
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA
1

DOD. RENAVAM

1097734770

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

LUCIMARIO JOSE DA SILVA
RUA MANOEL ALVES FEITOSA 13
CASA - JD PANORAMA BOA VISTA
CARUARU-PE 55038-650

CNPJ/CNPJ

843.924.444-49

PLACA

PCK1989

NOME ANTERIOR

MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUARU

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2JC6900HR001202

ESPECIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB

2016

ANO MOD

2017

CAP/POT/CIL

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

20163792

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA 3A

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
EM LOCAL SEGURO

LOCAL

CARUARU-PE

DATA

21/09/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Identidade DETRAN/PE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200040827**

Nome do(a) Examinado(a): **JULIO CESAR BEZERRA DE SA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Avenida Dom Bosco, 340 - Caruaru - PE - CEP 55012-550

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6236003**

Data e local do acidente: [**21/10/2019**] **Caruaru**

Data e local do exame: [**18/02/2020**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da tíbia e fíbula esquerda.

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

Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, com edema residual localizado e redução moderada da amplitude de movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tíbia e placa e parafusos na fíbula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

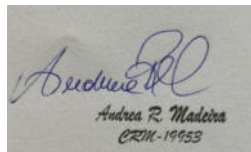
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea R. Madeira
CRM - 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

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: 3200/040827

Data da solicitação: 07.07.2020

Nome do beneficiário: JÚLIO CESAR BRAGA DA SILVA

CPF do beneficiário: 040180274-43

Nome do solicitante: JÚLIO CESAR BRAGA DA SILVA

CPF do solicitante: 040180274-43

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99277-7909

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

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

Sr. AUGUSTA, venho por meio desta manifestar minha indignação pelo valor recebido de meu sinistro por invalidez, por isso, procuro o médico responsável por meus acompanhamento hospitalar, que me diagnosticou minha lesão sacrosspinal e grave deixando sequelas como prola o Lombo Anco e viado. Assim sendo, peço-lhe que por gentileza uma nova reanálise médica, uma nova avaliação e assim atualizar tais afirmações com o seu e vossa compreensão, que façamos jus e que eu seja beneficiário do valor correto. Desde já agradeço vossa atenção ao caso, seja mais,

BRASÍLIA, 07.07.2020.

Local e Data

Júlio Cesar Braga da Silva

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: 3200040827

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do acidente: 21/10/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula esquerda.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, com edema residual localizado e redução moderada da amplitude de movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tíbia e placa e parafusos na fíbula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do acidente: 21/10/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula esquerda.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, com edema residual localizado e redução moderada da amplitude de movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tíbia e placa e parafusos na fíbula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, 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: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 6_RESUMO DE ALTA HOSPITALAR.
X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: *PÁG. 2_LAUDO MÉDICO.
**VÍTIMA PERICIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, 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: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, 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: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: *PÁG. 2_LAUDO MÉDICO.
**VÍTIMA PERICIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, 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: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 6_RESUMO DE ALTA HOSPITALAR.
X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: VENDEDOR
RG nº 6236003, CPF/MF nº 040.180.274-43, com
endereço residencial na AV. DOM BOSCO, N.º 340 - MAMUÍTO
DE MESSUR - CANAÚA - PE

OUTORGADO:

Nome: INIVALDO BEIRA DA SILVA BNTAI
brasileiro (a), estado civil: CASADO, RG nº 41.01094
CPF/MF nº 784.687.534-10, com endereço residencial na
Rua 23 N.º 261 - BOA VISTA - CANAÚA - PE

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT, por natureza INEXHAUSTÍVEL da Vítima JULIO CESAR BEZERRA DE SA CPF nº 040.180.274-43 e cujo Sinistro ocorrido no dia 21.06.2019.

Canauá, 18 de NOVEMBRO de 2019.



Julio Cesar Bezerra de Sa
Outorgante

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. CYNTHIA TORONHO (utenticidade)

Reconheço, por autenticidade, a firma de: JULIO CESAR BEZERRA DE SA. Em testemunho da verdade. Dou fé. Canauá/PE, 18/11/2019 - 16:48:10.

CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO (Escrivente)
EMOLUMENTOS: R\$3,51, TSNR: R\$0,80, FERC: R\$0,40,
FUNSEG: R\$0,08, FERM: R\$0,04, IBS: R\$0,08,
TOTAL: R\$4,91. Operador: e



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/03/2020
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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: 07/07/2020
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES : 784.087.504-10

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

JULIO CESAR BEZERRA DE SA : 040.180.274-43

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: 24/01/2020
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JULIO CESAR BEZERRA DE SA : 040.180.274-43

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: 17/02/2020
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso