

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171992 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 9
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO.

**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 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171992

Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200171992 Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido , pois não foi entregue.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171992

Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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 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\$ 1.687,50

Recebedor: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001055-3

Conta: 0000040801-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 795.850.944-87 4 - Nome completo da vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: ISAIAS GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 795.850.944-87
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: R. HORACIO SANDALHA 9 - Número: 288 10 - Complemento: CS
11 - Bairro: VARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.980-050
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81)98552-9424

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO 237

AGÊNCIA: 01055 3 CONTA: 40801 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

ANA Patricia dos Santos Timoteo

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

105.154.474-20

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

ANA Patricia dos Santos Timoteo

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

38 - 1ª | Nome: SERGIO COSME DOS SANTOS

CPF: 034.799.184-09

Sergio Cosme dos Santos

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

CPF: 043.922.754-26

Andrea Maria Santana da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 04 DE MAIO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Bradesco****Dados da Proposta de Abertura de Conta-Corrente e de Contratação de Produtos e Serviços Pessoa Física**

Nome do Cliente

ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Agência
01055Díg.
3Conta-Corrente
0000000040801Díg.
8**Seja bem-vindo ao Bradesco!**

Sua conta foi aberta com sucesso. A partir de agora, você passa a contar com todas as vantagens de ser um cliente Bradesco.

Dentre as vantagens, destacamos nossa constante preocupação em sempre superar suas expectativas com relação ao atendimento e serviços prestados. Relacionamos abaixo os produtos e serviços que você solicitou na contratação.

- | | |
|---|---|
| 1 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Crédito Flex Bradesco
(Limite de Crédito Pessoal / Limite Cheque Especial / Cartão de Crédito) |
| 2 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Crédito Flex Bradesco (Limite de Crédito Especial / Limite Cheque Especial) |
| 3 - <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Limite de Crédito Especial / Limite Cheque Especial |
| 4 - <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Limite de Crédito Pessoal |
| 5 - <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Adiantamento à Depositante |
| 6 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Invest Fácil |
| 7 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Invest Plus |
| 8 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Cartão de Crédito |
| 9 - <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Cestas de Serviços |
| 10 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Seguro Primeira Proteção |
| 11 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Débito Automático |
| 12 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Multi Serviço de Cartão de Crédito |
| 13 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | DDA |
| 14 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Talão de Cheques |
| 15 - <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Cartão de Débito |
| 16 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Conta Salário |
| 17 - <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Autorização para Envio de Mensagens por Meio Eletrônico |
| 18 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Agendamento de Poupança |
| 19 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Poupa Troco |
| 20 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Beneficiário do INSS |
| 21 - <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Capitalização |

As solicitações de contratação acima estão de acordo com seu perfil, no entanto os limites de crédito estão sujeitos a aprovação e poderão, a qualquer tempo, ser aceitos, total ou parcialmente pelo Bradesco. Nessa ocasião, você será informado sobre os dados específicos da contratação, observados os termos da Proposta de Abertura.

A movimentação da conta e/ou a utilização de qualquer dos serviços contratados caracterizarão a aceitação por você das Condições Gerais da Conta Fácil e dos Serviços, parte integrante da Proposta de Abertura, que estão à sua disposição na Agência Bradesco.

Caso tenha necessidade de novos produtos ou serviços nos procure, estaremos à disposição.

Banco Bradesco S.A.

Fone Fácil Bradesco
Consultas, Informações e Serviços Transacionais.
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022
Demais Localidades: 0800 570 0022
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

SAC - Alô Bradesco: 0800 704 8383
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 727 9933 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0104000986**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/04/2020** às **16:23**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/12/2019** às **11:13**

Fato ocorrido no endereço: **VARZEA, 1, RUA VALE DO SIRIJI, UR-7 VARZEA** - Bairro: **VARZEA** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **50810-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MOTORISTA DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ISAIAS GOMES DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MOTORISTA DESCONHECIDO

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

ISAIAS GOMES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: **RITA MARIA DOS SANTOS** Pai: **JOSE GOMES DOSSANTOS** Data de Nascimento: **30/3/1969** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **3882536/SDS/PE (RG), 79585094487 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO**
Profissão: **PADEIRO**
Telefones Celulares:
- **986999792**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 122, RUA ANTONIO DA COSTA FILHO, 122 UR-7 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MOTORISTA DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: **M** Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTORISTA DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTORISTA DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PGZ4703 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

CONFORME CERTIDÃO DO CORPO DE BOMBEIRO Nº 2019A PH001426 DIV. OP., QUE ATEDERAM UMA OCORRÊNCIA DE ATROPELAMENTO ENVOLVENDO A VITIMA E UMA MOTOCICLETA, QUE FOI ATENDIDO PELA UNIDADE TÁTICA DE

RESGATE E ENCANINHADA A UPA DA CAXANGA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTA CASA, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO NO FEMO, CONFORME PROTUARIO 1176869.

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

ISAIAS GOMES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAILTON JOSE GOMES - Matrícula: 319707-7
(Liberado em 24/04/2020 às 16:57)



INEXISTÊNCIA DE IML NA ABA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01055-3

CONTA: 000000040801-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2005202005000000000023701055000000040801168750 PAGO



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001426 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). ISAIAS GOMES DOS SANTOS, 50 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3882536 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 795.850.944-87, residente à RUA OZEBIO ATANASIO, nº 122, , VARZEA UR 7, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 07/12/2019, por volta das 11:13 hs, no endereço: RUA VALE DO SIRIJI, XX, UR 7 VÁRZEA RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo MOTOCICLETA CG START PRETA PGZ4703-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) ISAIAS GOMES DOS SANTOS, inscrito sob o CPF nº 795.850.944-87 e Registro Geral ° 3882536, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718028-4 POLIANE. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1377438. Ficou aos cuidados do médico MAVINIER MENDES, registro 18569. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 09/01/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001426

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

1055/BAIRRO CORDEIRO-URE
AV. CAXANGA, 1319 CORDEIRO
RECIFE PE
50630-000

00005574

EMISSAO - 20200418
ENVEL - 00005574
TP-C

DN13



ISAIAS GOMES DOS SANTOS
R HORACIO SALDANHA 288 CASA B VARZEA
RECIFE PE
50970-070



7209036539034010000000435230270420

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



ISAIAS GOMES DOS SANTOS

CARTÃO DE DÉBITO BRADESCO ELO INTERNACIONAL

Além de utilizar o seu cartão para **compras e saques no Brasil**, você também pode usá-lo para **saques no Exterior**.

COMO DESBLOQUEAR:

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de **Autoatendimento Bradesco** seguindo as instruções da tela. A partir de então, você já poderá utilizá-lo quando e como quiser.

SENHA:

Se este for o seu primeiro cartão

Utilize a senha de 6 dígitos que você cadastrou na agência.

Em caso de esquecimento da senha, realize o recadastramento no Autoatendimento Bradesco com o uso da Biometria. Basta acessar a opção "Cadastrar Senha" e escolher uma nova senha de 6 dígitos.

Se for reposição do cartão

Sua senha continua a mesma.

COMPRE NO DÉBITO:

Pague suas compras com o cartão de débito. Basta digitar sua senha de 6 dígitos. O valor exato é debitado na sua conta-corrente, você não precisa esperar pelo troco e, o melhor, não tem cobrança de tarifa. Seu cartão é aceito em milhares de estabelecimentos nas principais maquininhas.

Consulte ou altere seu limite diário de compras pelo Fone Fácil Bradesco > conta-corrente > outros serviços > limites de compra.

Não aceite ajuda de terceiros na utilização dos caixas eletrônicos.
Não forneça os seus dados e senhas, e nem entregue o seu cartão a terceiros.
Em caso de perda ou roubo, ligue imediatamente para o Fone Fácil Bradesco ou dirija-se até a Agência Bradesco mais próxima para os procedimentos de cancelamento e reposição do cartão.

 **bradesco**
cartões

Assinatura		<input type="checkbox"/> Retornado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Não entregue <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Retorno ao remetente	
Data		<input type="checkbox"/> Não entregue <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Faltando <input type="checkbox"/> Não entregue pelo <input type="checkbox"/> portador ou zelador	
Retornado ao Serviço Postal em			

Remetente: DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO 1 - CAIXA POSTAL 2502 - 13.215-970 - JUNDIAÍ-SP



00214489



CTG RECIFE PE PL1
 FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A
 VARZEA
 50970-230 RECIFE PE



72 09036539 54150 00000014043 3 0 200220
 Vencimento: 04/03/2020 Postagem: 20/02/2020



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ISAÍAS GOMES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº **795.850.944** / **87**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **ISAÍAS GOMES DOS SANTOS**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **795.850.944** / **87**, 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: **RUA CÔNEGO JOSE FERNANDES MACHADOS**

Número: **233**

Complemento: **CASA**

Bairro: **VARZEA**

Cidade: **RECIFE**

Estado: **PE**

CEP: **50.970-230**

E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Tel. (DDD): **81 98552-9424 / 81 99472-7858**

Local e Data: _____

RECIFE 04 de MAIO 2020



Assinatura do Declarante

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA


Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-12-07 12:00:06

	Nome Paciente:	ISAIAS GOMES DOS SANTOS
	Cód. Paciente:	310320
	Data de Nascimento:	01/12/1967
	Sexo:	Masculino
	Idade:	52
	Senha:	OR0016
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1377438 
SAME:		

Período: 2019-12-07 12:00:06 - 2019-12-07 12:04:15

Prioridade:	URGENCIA
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ +-1 HORA. REFERE DOR EM MIE + EDEMA NO LOCAL. PACIENTE TRAZIDO A UNIDADE POR EQUIPE DE BOMBEIROS (NO: 1329996)
Observação:	HAS+ DM + ALERGIAS-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: NATHALIA BARBOSA TORRES DA SILVA - COREN: 525005 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-12-09 10:57:47

Nome: 310320-ISAIAS GOMES DOS SANTOS
Sexo: Contatos: / 81-86999792
MASCULINO -
Mãe: RITA MARIA GOMES DOS SANTOS
Endereço: RUA VILA OZEBIO OTANASIO, 122 -
VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50960310

Data do Atendimento: 07/12/2019

Prontuário: 00310320

Nº Atendimento: 01377438

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE VOITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUAM EM QE

EXAME FÍSICO:

MIE LATERALIZADO
ECG 15 SEM SINAIS DE TC E

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DEFEMUR PROXIMAL ESQUERDO ?

UPA CAXANGÁ 24h
Coord. Médica
CRM: 11727



Nome:
310320-ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Idade: 52a 0m 8d Nascimento: 01/12/1967

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-86999792

Mãe:
RITA MARIA GOMES DOS SANTOS

Endereço:
RUA VILA OZEBIO OTANASIO, 122 -
VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50960310

Data do Atendimento: 07/12/2019

Prontuário: 00310320

Nº Atendimento: 01377438

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Conduta:

SOL RX
ANALGESIA

UPA CAXANGÁ 24h
Dr. Mavinier Oliveira
CRM: 18569

MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569



Nome:
310320-ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-86999792

Mãe:
RITA MARIA GOMES DOS SANTOS

Idade: Nascimento:
52a 0m 8d 01/12/1967

Endereço:
RUA VILA OZEBIO OTANASIO, 122 -
VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50960310

Data do Atendimento: 07/12/2019

Prontuário: 00310320

Nº Atendimento: 01377438

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA TRANSTROCANTERICA ESQUERDA

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOL RX
ANALGESIA, em: 07/12/19 12:09
TRANSFERENCIA
PACIENTE EM LISTA DE CONVENIO

UPA24h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11227

MEDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569



Nome:

310320-ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Sexo:

Contatos:

MASCULINO - / 81-86999792

Mãe:

RITA MARIA GOMES DOS SANTOS

Idade:

52a 0m 8d 01/12/1967

Nascimento:

Endereço:

RUA VILA OZEBIO OTANASIO, 122 -
VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50960310

Data do Atendimento: 07/12/2019

Prontuário: 00310320

Nº Atendimento: 01377438

Serviço: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SÁBADO, 07 DE DEZEMBRO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

SENHA:

QP:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO REFERINDO DOR INTENSA EM RAIZ DA COXA ESQUERDA

EVOLUÇÃO:

ECG 15 SEM SINAIS DE TCE
MIE LATERALIZADO

UPA CAXANGÁ 24h
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11729

MEDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ISAIAS GOMES DOS SANTOS**, **prontuário nº 1176869**, admitido neste hospital em 08/12/2019 com diagnóstico de Fratura transtrocanterica do fêmur esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 12/12/2019.

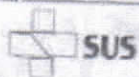
Recife, 13 de Fevereiro de 2020.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HSA

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ISAIAS GOMES DOS SANTOS

647386 CONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocanterica do Fêmur Esquerdo + Tenoplastia + Osteotomia + Artrotomia

0408050632 / 0408060123

0408060476 / 0408060174 PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - **Haste N.º 11x200mm** ESPECIAL

35 - **Pino Deslizante N.º 105/01**

38 - **Parafuso Cortical N.º 30/01**

0 7 0 2 0 3 0 4 8 1 01

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

01

37 - QTDE

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

01

40 - QTDE

Paciente vítima de atropelamento por moto, resultando em Fratura Transtrocanterica do Fêmur Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado. Alta hospitalar após melhora.

42 - N.º DO **DR. JOSÉ VENÂNCIO**

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10/12/19

44 - DOCUMENTO

45 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

0 2 8 9 7 4 9 1 4 0 0

() CNS () CPF

46 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

53 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Registro:647386 Prontuário:1176869 Data de Nascimento:30/03/69 Idade:50 ANO(S)
Nome do Paciente:**ISAIAS GOMES DOS SANTOS** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:RITA MARIA DOS SANTOS
CPF: 79585094487

Data: 10/12/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S721 - FRATURA PERTROCANTÉRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocantérica do Fêmur Esquerdo
CÓDIGO: 0408050632

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocantérica do Fêmur Esquerdo + Tenoplastia +
Ostectomia + Artrotomia CÓDIGO:0408050632 / 0408060123 / 0408060476 / 0408060174

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. José Venâncio	16684
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Edgar Peixoto	3802
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

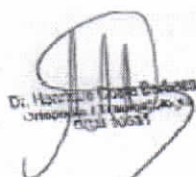
RESUMO DE CASO: Paciente vítima de atropelamento por moto, resultando em Fratura Transtrocantérica do Fêmur Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operada. Alta hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO



Dr. Herculano Gomes de Sá
Ortopedia e Traumatologia
10/12/2019



Dr. Herculano Gomes de Sá
Ortopedia e Traumatologia
10/12/2019



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:647386 Prontuário:1176869 Data de Nascimento:30/03/69 Idade:50 ANO(S)
Nome do Paciente:**ISAIAS GOMES DOS SANTOS** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:RITA MARIA DOS SANTOS
CPF: 79585094487

Data: 10/12/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura coxofemoral esquerdo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura coxofemoral (osteossíntese com haste bloqueada) + Tenoplastia do tendão glúteo + ostectomia do fêmur + artrotomia coxofemoral

Cirurgião: José Venâncio de Oliveira Junior

Anestesista: Dr Edgar Peixoto

Anestesia: Raquideana

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em mesa ortopédica
 - 2) Realizado redução incruenta da fratura. Verificada boa redução da fratura através de radioscopia em AP e Perfil
 - 3) Assepsia e antisepsia
 - 4) Aposição de campos cirúrgicos
 - 5) Incisão em face lateral do quadril. Dissecção por planos, tenotomia, artrotomia coxofemoral e hemostasia. Identificado a cortical lateral do fêmur e realizada ostectomia do fêmur e colocado fio guia intramedular e verificado através de radioscopia em AP e Perfil. Realizado fresagem através do fio guia com tríplice alargador. Colocado haste bloqueada, realizado bloqueio proximal com 01 pino delizante e bloqueio distal com 01 parafuso cortical de bloqueio. Verificado boa posição dos implantes através de radioscopia. Introduzido parafuso tampão da haste bloqueada.
 - 6) Realizado tenoplastia do glúteo médio (abdutor do quadril)
 - 7) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia.
 - 8) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
 - 9) Curativo
 - 10) Retirado paciente da mesa ortopédica
 - 11) Verificada boa perfusão distal
- Recife, 10/12/2019-12:16

Dr. JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM:16684

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR . CRM: 16684. Data e Hora: 10/12/2019 12:16:55.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:647386 Prontuário:1176869 Data de Nascimento:30/03/69 Idade:50 ANO(S)
Nome do Paciente:**ISAIAS GOMES DOS SANTOS** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:RITA MARIA DOS SANTOS
CPF: 79585094487

Data: 10/12/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR . CRM: 16684. Data e Hora: 10/12/2019 12:16:55.

Dr. José Venâncio O. Jr.
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 16684 - TEOT 121

Relatório Médico de Alta



Nome: ISAIAS GOMES DOS SANTOS
Reg.: 647386 Pront.: 1176869
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 30/03/1969
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 50
Admissão: 08/12/2019 15:59 Alta: 12/12/2019 12:14

Admissão:

FRATURA EM FÊMUR ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA CLOVIS PEIXOTO	08/12/2019 15:59	12/12/2019 12:14	4 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº VENÂNCIO para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Azarias Salgado
Traumato-Ortopedia
CREMEPE - 6218



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

ISAIAS GOMES DOS SANTOS

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S721

Recife, 12/12/2019

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Traumato-Ortopedia
CREMEPE - 6218

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.882.536 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/2018

NOME << ISAIAS GOMES DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << JOSÉ GOMES DOS SANTOS >>
<< RITA MARIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 30/03/1969

DOC. ORIGEM << 074211 01 55 1972 1 00045 129 0040401 57 CAMARAGIBE PE >>

CPF 795.850.944-87

ASSINATURA DO TITULAR *Carlo de Carvalho*

PARLO A. TENÓRIO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
GERENTE DO IIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

118931532610181712.8365615 F-83 46.409 - 4131

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-1

INSUFICIÊNCIA PARA ASSINAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

6141955 SDS PE

CPF

056.539.994-69

DATA NASCIMENTO

30/06/1983

PLACÃO

FERNANDO FERRERIA DE

OLIVEIRA

DIJANETE BRANDAO DE

OLIVEIRA

PROFISSÃO

ACC

OUT. HAB.

25

Nº REGISTRO

02229956971

VALIDADE

13/02/2031

1ª VALIDADE

16/06/2011

OBSERVAÇÕES

sem observações



Autorização de Funcionário

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

15/02/2016

[Signature]

04421504863

PE071344637

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODA
A TERRITÓRIA NACIONAL
1221607980

PROIBIR PLASTIFICAR
1221607980



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ISAÍAS GOMES DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 07/12/2019 CPF DA VÍTIMA 795.850.944-87
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de Oliveira
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procurador
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO
Nº 233 COMPLEMENTO A BAIRRO Varzea
CIDADE Recife UF PE CEP 50970-230
E-MAIL fernandabrandao2013@gmail.com TELEFONE (81) 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04/05/2020

IDENTIDADE 6141955 SDS/PE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171992 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 9
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO

**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 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	ISAÍAS GOMES DOS SANTOS
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
IDENTIDADE	3.882.536 6DS/PE CPF: 795.850.944-87
ENDEREÇO	R. HORACIO SALDANHA 288 - VARZEA REUFE IPE

OUTORGADO	FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	0.141.955 CPF: 056.639.994-69
ENDEREÇO	R. CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS, 233. VARZEA

A ROGO	ANA PATRICIA DOS SANTOS TIMOTEO
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	8.903.472 CPF: 105.154.474-20
ENDEREÇO	R. JOSE ANTONIO DA COSTA FILHO, 122. VARZEA REUFE

1. TESTEMUNHA	ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	5.696.087 CPF: 043.922.754-26
ENDEREÇO	R. CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS, 233. VARZEA REUFE
2. TESTEMUNHA	JESSICA DOS SANTOS PEREIRA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	8.434.661 SDS IPE CPF: 097.216.924-50
ENDEREÇO	R. MATA GRANDE, 210 - VARZEA - REUFE - 50980.050

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer Seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) ISAÍAS GOMES

DOS SANTOS em 07/12/19 conforme registrado pelo BO em anexo ao processo, tendo como natureza do processo INVALIDEZ

Podendo dito(a) procurador(a) representar o (a) outorgante como se o(a) próprio fosse, enfim requerer todos os papeis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

LOCAL E DATA: CAMARAGIBE 16/01/2020

A ROGO: Ana Patricia dos Santos

TESTEMUNHA 01: Andrea Maria Santana Silva

TESTEMUNHA 02: Jessica dos Santos Pereira



OBS: Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira do A Rogo e das testemunhas.



CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE - PE
R. Manoel Honório de Costa, 555 - CEP 54759-802 - Fone: (81) 3458-1138 / 3090-9889
www.cartorioevatenorio.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:
ANA PATRICIA DOS SANTOS TIMOTEO
ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
Camaragibe, 16/01/2020 - 15:27:33 Emol. R\$7,00
+ TSNR 1,64 + FERM 0,08 + FERC 0,82 + FUNSEG
0,16 + ISS 0,42 Total R\$10,12
Consulte em tpe.jus.br/selodigital
Selo: 0076489.WP301202001.03688 e
0076489.MPP01202001.03689
ANA PAULA ALVES DA MOTA MALTA - ESCRIVENTE



CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE - PE
R. Manoel Honório de Costa, 555 - CEP 54759-802 - Fone: (81) 3458-1138 / 3090-9889
www.cartorioevatenorio.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:
JESSICA DOS SANTOS PEREIRA
Camaragibe, 16/01/2020 - 15:27:34 Emol. R\$3,50
+ TSNR 0,82 + FERM 0,04 + FERC 0,41 + FUNSEG
0,08 + ISS 0,21 Total R\$5,06
Consulte em tpe.jus.br/selodigital
Selo: 0076489.WP301202001.03690
ANA PAULA ALVES DA MOTA MALTA - ESCRIVENTE
AUTORIZADA 057



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

8.903.472

DATA DE
EXPEDIÇÃO

16/04/2014

NOME

<< ANA PATRÍCIA DOS SANTOS TIMÓTEO >>

FILIAÇÃO

<< ARINALDO CORREIA TIMÓTEO >>

<< MARIA DO CARMO GOMES DOS SANTOS >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

01/08/1993

DOC. ORIGEM

<< CN.31066 L.26A F.149V CART. 9º

DIST. RECIFE-PE 26.09.2000 >>

CPF

105.154.474-20

Assinado digitalmente por
Jandir de S. Carneiro Leão

Assinado digitalmente por
Diretor do IITB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

R

F-60 63.147 4021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-1



SEM EFICÁCIA JURÍDICA



Ana Patrícia dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

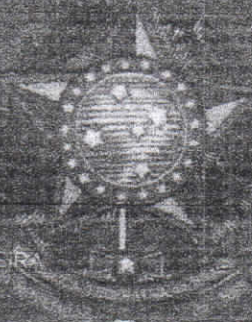
097.216.924-50

Nome

JESSICA DOS SANTOS PEREIRA

Nascimento

23/06/1992



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134232/20

Vítima: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

CPF: 795.850.944-87

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 07/12/2019

Titular do CPF: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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
Outros

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

ISAIAS GOMES DOS SANTOS : 795.850.944-87

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: 10/05/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2020
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA