

# 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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:

<b>Documentos de identificação</b>	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.
<b>Comprovante de residência</b>	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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://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: RECUSO	8 - Endereço: R. HORACIO SARDANHA
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) 98552-9924

## 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: BRADESCO 237

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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  
  
 AVA Patrícia 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)  
 AVA Patrícia dos Santos Timoteo  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, RECIFE 04 DE MAIO 2020

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

38 - 1º | Nome: SERGIO COSME DOS SANTOS  
 CPF: 034.799.184-09  
 Sergio Cosme dos Santos  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2º | Nome: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA  
 CPF: 013.922.754-26  
 Andraim M. Santana Silva  
 Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 01055	Díg. 3	Conta-Corrente 0000000040801	Díg. 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.

Ouvintoria: 0800 727 9933 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada.  
contate a Ouvintoria, 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 N°. 20E0104000986**

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

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 N° 2019A PH001426 DIV. OP., QUE ATEDERAM UMA OCORRENCIA DE ATROPELAMENTO ENVOLVENDO A VITIMA E UMA MOTOCICLETA, QUE FOI ATENDIDO PELA UNIDADE TATICA DE

RESGATE E ENCANINHADA A UPA DA CAXANGA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTA CASA,  
ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIROGICO NO FEMO, CONFORME PROTOUARIO 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)



**GERAR BOLETIM**

# **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

BRADESCO20052020050000000002370105500000040801168750 PAGO



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**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 nº 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*

1055/BAIRRO CORDEIRO-URE  
AV.CAXANGA,1318 CORDEIRO  
RECIFE PE  
50630-000

00005574

DN13

EMISSAO - 20200418  
ENVEL - 00005574  
TP-C

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



720903653903401000000435230270420

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 DESBLOCAR:

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

Indicar se a condição é insuficiente	<input type="checkbox"/>	Indicar se a condição é suficiente	<input type="checkbox"/>	Indicar se a condição é necessária	<input type="checkbox"/>	Indicar se a condição é suficiente e necessária	<input type="checkbox"/>
Indicar se a condição é redundante	<input type="checkbox"/>	Indicar se a condição é contraditória	<input type="checkbox"/>	Indicar se a condição é ambígua	<input type="checkbox"/>	Indicar se a condição é falsa	<input type="checkbox"/>
Indicar se a condição é irrelevante	<input type="checkbox"/>	Indicar se a condição é sempre falsa	<input type="checkbox"/>	Indicar se a condição é sempre verdadeira	<input type="checkbox"/>	Indicar se a condição é sempre verdadeira ou falsa	<input type="checkbox"/>

DE VOLUCAO ELECTRONICA - CEOO | CADMA POSITAL 250 | 12/16/976 | JUNIOR SP

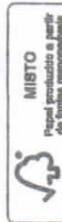


||||||||||||||||||||||||||||

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



A standard linear barcode representing the document's unique identifier.





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSFP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº99.613/98.

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

ISAIAS GOMES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 795.850.944, 87,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ISAIAS 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <b>RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS</b>	Número: <b>233</b>	Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>VARZEA</b>	Cidade: <b>RECIFE</b>	Estado: <b>PE</b>
E-mail: <b>fernandabrandao2013@gmail.com</b>	Tel.(DDD): <b>81 98552-9424</b>	/ <b>81 99472-7858</b>

Local e Data: Recife 04 de maio 2020

  
Assinatura do Declarante

# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

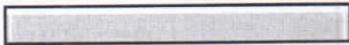
Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

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: 13299996)
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



Pernambuco

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
**CAXANGÁ**



Nome:  
310320-ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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

Data do Atendimento: 07/12/2019

Sexo: Contatos:  
MASCULINO - / 81-86999792

Prontuário: 00310320

Mãe:  
RITA MARIA GOMES DOS SANTOS

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

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 ?

UPA24h  
CAXANGÁ  
Dr. Ribeiro Pessoa  
Coord. Médica  
CRM: 11727



**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



Nome: 310320-ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Idade: Nascimento:

Sexo: Contatos:  
MASCULINO - / 81-86999792

**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**

MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569



Nome:  
310320-ISAIAS GOMES DOS SANTOS

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

Sexo: MASCULINO Contatos: 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

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

FRATURA TRANSTROCANTERICA ESQUERDA

**CID PRINCIPAL:**

**CONDUTA:**

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

*Dra. Andreia Coelho* MÉDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569



Pernambuco  
Governo do Estado de Pernambuco

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
**CAXANGÁ**



Nome:  
310320-ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO - Contatos:  
/ 81-86999792

Mãe:  
RITA MARIA GOMES DOS SANTOS  
Endereço:  
RUA VILA OZEBIO OTANASIO , 122 -  
VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50960310

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

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 ATROPELAMNETO REFERINDO DOR INTENSA EM RAIZ DA COXA ESQUERDA

**Evolução:**

ECG 15 SEM SINAIS DE TCE  
MIE LATERALIZADO

UPA CAXANGÁ 24h  
Dra Andreia Vasconcelos  
Coord. da Medicina  
CRM: 1112

**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 transtrocantérica 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 - 19484

Drª 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](http://www.santacasarecife.org.br)

SUS 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			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
<b>HSA</b>					
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE <b>ISAIAS GOMES DOS SANTOS</b>			647386-ONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA/COR
				<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> Feminino
11 - NOME DA MAE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	13 - ETNIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL					
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
				19 - CEP	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>					
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL			26 - CID 10 PRINCIPAL	27 - CID 10 SECUNDÁRIO	28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <b>Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocantérica do Fêmur Esquerdo + Tenoplastia + Ostectomia + Artrotomia</b>			0408050632 / 0408060123		
			0408060476 / 0408060174		
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			DIÁRIA DE UTI TIPO I		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		
32 - Haste Nº 11x200mm			0 7 0 2 0 3 0 4 8 1 0 1		
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
<b>Especial</b>			34 - QTDE		
35 - Pino Deslizante Nº 105/01			01		
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
<b>Especial</b>			37 - QTDE		
38 - Parafuso Cortical Nº 30/01			01		
39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
<b>Especial</b>			40 - QTDE		
Paciente vítima de atropelamento <del>que resultou em Fratura Transtrocantérica do Fêmur Esquerdo.</del> Evoluindo com dor e edema local.					
Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado. Alta hospitalar após melhora.					
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>DRI JOSE VENÂNCIO</b>			PROFISSIONAL SOLICITANTE		
44 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>0 2 8 9 7 4 9 1 4 0 0</b>		
46 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			47 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>10/12/19</b>		
48 - REGISTRO DO CONSELHO			49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
			52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



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

## 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. Henrique Costa Braga  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PE 100457

Dr. Henrique Costa Braga  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PE 100457



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 radiosкопia 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 radiosкопия 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 radiosкопия. Introduzido parafuso tampão da haste bloqueada.
- 6) Realizado tenoplastia do glúteo médio (abridor 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.



# Santa Casa de Recife

## Relatório Médico de Alta

Nome: ISAIAS GOMES DOS SANTOS

Reg.: 647386 Pront.: 1176869

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 30/03/1969

Conv.: RETAGUARDA GETULIO



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3830 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Idade: 50

Admissão: 08/12/2019 15:59

Alta: 12/12/2019 12:14

Admissão:

FRATURA EM FÉMUR 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**

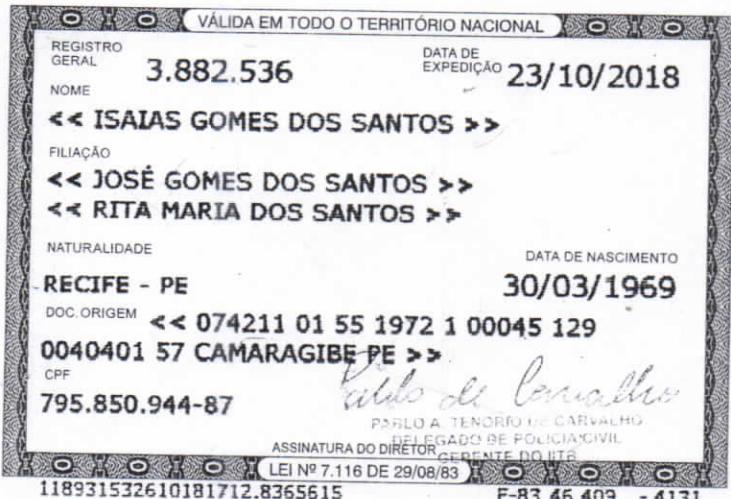
O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S721

Recife, 12/12/2019

**Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO**  
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado  
Traumato-Ortopedia  
CREMEPE - 6218







Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO

**VÍTIMA** Tsaias Gomes dos Santos

**DATA DO ACIDENTE** 07/12/2019

**CPF DA VÍTIMA** 795.850.944-87

**PORATOR DA DOCUMENTAÇÃO** Fernanda Brandão de Oliveira

**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR** ( ) VÍTIMA

**( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM**

**A VÍTIMA É** PRO ou Lado R

**ENDERECO 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IMI. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI. DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI. (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA É 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, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (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, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

\* MORTE = R\$ 15.500,00

\* 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER. OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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, PODER SER PAI OU MÃE

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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	ISAIAS GOMES DOS SANTOS		
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO		
IDENTIDADE	3.882.536 SDS/PE	CPF:	795.850.944-87
ENDEREÇO	R. HORACIO SALDANHA 288. VARZEA RECHEIPE		

OUTORGADO	FERNANDA BRANDAO DE Oliveira		
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA		
IDENTIDADE	6.141.955	CPF:	056.639.994-69
ENDEREÇO	R. CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO, 233. VARZEA		

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

1.TESTEMUNHA	ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA		
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA		
IDENTIDADE	5.696.087	CPF:	043.922.754-26
ENDEREÇO	R. CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO, 233. VARZEA RECHEIPE		
2.TESTEMUNHA	JESSICA DOS SANTOS PEREIRA		
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA		
IDENTIDADE	8.434.661 SDS/PE	CPF:	097.216.924-50
ENDEREÇO	R. MATA GRANDE, 210 - VARZEA - RECHEIPE - 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) ISAIAS 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 papéis 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



DIGITAL VITIMA

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



CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE - PE

R. Manoel Honório de Costa, 556 - CEP 54759-802- Fone: (81) 3468-1138 / 3080-8888  
www.cartorioevatenorio.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:

ANA PATRICIA DOS SANTOS TIMÓTEO.  
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  
Selos: 0076489.IGN01202001.03688 e  
0076489.MPP01202001.03689  
ANA PAULA ALVES DA MOTA MALTA - ESCRIVENTE

CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE - PE  
R. Manoel Honório de Costa, 556 - CEP 54759-802- Fone: (81) 3468-1138 / 3080-8888  
www.cartorioevatenorio.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:

JÉSSICA 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  
Selos: 0076489.WP01202001.03690  
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. 90

DIST. RECIFE-PE 26.09.2000 >>

CPF

105.154.474-20

Jandir de S. Carneiro Leite  
Assintor do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-60 63.147 4021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

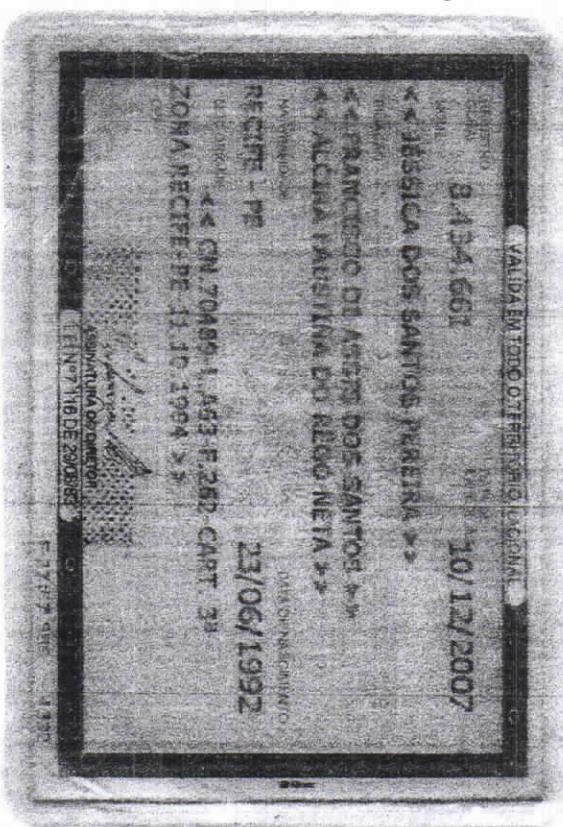
EC-1



Ana Patrícia dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134232/20

**Vítima:** ISAIAS GOMES DOS SANTOS

**CPF:** 795.850.944-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/12/2019

**Titular do CPF:** ISAIAS GOMES DOS SANTOS

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA