



15/01/2021

Número: **0077797-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (AUTOR)		THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73594 270	15/01/2021 10:54	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323533

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14312534

Pag. 00685/00686 - carta_01 - INVALIDEZ

00020343





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

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323533

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01373/01374 - carta_02 - INVALIDEZ

00050687



Carta nº 14467622





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

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323533

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 0000012943-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190323533 Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 05/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01379/01380 - carta_09 - INVALIDEZ

00070690



Carta nº 14853466



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASI: _____ CPF de vítima: 94983895434 Nome completo da vítima: JOSEMILDO CARLOS PEREIRA DA LIMA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: JOSEMILDO CARLOS PEREIRA DA LIMA CPF: 94983895434
Profissão: PROPRIETÁRIO Endereço: AV. CARLOS DE LIMA LAVARENTI Número: 4308 Complemento: CASA
Bairro: CASA CAIADA Cidade: OLINDA Estado: PE CEP: 53040-000
E-mail: _____ Telefone: 82-985207808 Celular: 82-99645558

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3222

(informar o dígito se existir)

CONTA: 00012948

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

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

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Por motivo inválidado, solicito o provimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signa fiança cominatória com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso o suposto do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiros (ou parentes)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento e a anulação da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: OLINDA, 12 MAR 2021

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RGD
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGD, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do conteúdo do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

522945
0161848/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114004222**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/05/2019** às **17:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/2/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORES (AUTOR AGENTE);
JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

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

JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Data de Nascimento: 25/9/1975 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL (Documentos: 4784144/SSPIPE (RG), 94983895434 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: - 996455752 - 985102808

Endereço Residencial: **AVENIDA GOVERNADOR CARLOS DE LIMA CAVALCANTE, 4308, V TRAVESSA - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA CAIADA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORES (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFV2767 (PERNAMBUCO/OLINDA)**Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL MENCIONADOS ELE CONDUZIA SUA MOTO E COLIDIU CONTRA UM CAVALO QUE ATRAVESSOU A

03/05/2019 0

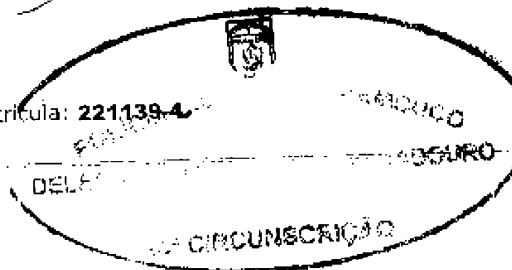


VIA NA SUA FRENTE FAZENDO PERDER O EQUILIBRIO E CAIR COM A MOTO EM CIMA DE UM BLOCO DIVISORIO DA VIA(GELO BAIANO). A VITIMA DECLAROU QUE APOS O ACIDENTE ELE PROPRIO FOI ATE A CLINICA AMAURY COUTINHO PEDIR SOCORRO MEDICO DE LA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ARMINDO MOURA.

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


JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: MAURO CESAR BRANDAO - Matrícula: 221.139-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASI: _____ CPF de vítima: 94983895434 Nome completo da vítima: JOSEMILDO CARLOS PEREIRA DA LIMA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: JOSEMILDO CARLOS PEREIRA DA LIMA CPF: 94983895434
 Profissão: PROPRIETÁRIO Endereço: AV. CARLOS DE LIMA LAVARENTI Número: 4308 Complemento: CASA
 Bairro: CASA CAIADA Cidade: OLINDA Estado: PE CEP: 53040-000
 E-mail: _____ Telefone: 82-985207808 Celular: 82-99645558

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

DADOS CADASTRAIS

RENDAMENTO

- ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ R\$20.001,00 ATÉ R\$25.000,00 ☐ R\$25.001,00 ATÉ R\$30.000,00 ☐ R\$30.001,00 ATÉ R\$35.000,00 ☐ R\$35.001,00 ATÉ R\$40.000,00 ☐ R\$40.001,00 ATÉ R\$45.000,00 ☐ R\$45.001,00 ATÉ R\$50.000,00 ☐ R\$50.001,00 ATÉ R\$55.000,00 ☐ R\$55.001,00 ATÉ R\$60.000,00 ☐ R\$60.001,00 ATÉ R\$65.000,00 ☐ R\$65.001,00 ATÉ R\$70.000,00 ☐ R\$70.001,00 ATÉ R\$75.000,00 ☐ R\$75.001,00 ATÉ R\$80.000,00 ☐ R\$80.001,00 ATÉ R\$85.000,00 ☐ R\$85.001,00 ATÉ R\$90.000,00 ☐ R\$90.001,00 ATÉ R\$95.000,00 ☐ R\$95.001,00 ATÉ R\$100.000,00 ☐ ACIMA DE R\$100.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3222

CONTA: 00012948

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(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, do minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o conhecimento de que a efetivação da crédito, quitação total do valor recebido.

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Por motivo inválidado, solicito o provimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signi fira prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso d sobre do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos: _____

Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento e a anulação da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: OLINDA, 12 MAR 2017

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade ao conteúdo do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000012943-3

Nr. da Autenticação 3C90B7ED590A58AB





SANTANDER FREE

Nº DO CARTÃO 5447 XXXX XXXX 8359 | MASTERCARD

3/3

Limite Total de Crédito R\$ 3.640,00

Limite para saque à vista** R\$ 290,00

Limite disponível em 01/03/2019 R\$ 557,41

A utilização deste limite respeitará o limite total do cartão.

Parcela desta fatura em
12 X R\$ 114,02Pagamento Mínimo
R\$ 166,24Total desta fatura
R\$ 985,90

Se você pagar qualquer valor entre o Pagamento Mínimo e o total da fatura, esta diferença será rateada pela próxima prestação com os juros do Crédito Rotativo e JCP.

Vencimento
17/03/2019

Parcelas a vencer	Próxima fatura	Data a Vencer
Compras Parceladas	R\$ 567,41 R\$ 2.103,59	
JTAL	R\$ 567,41 R\$ 2.103,59	

O valor de todas as parcelas a vencer, incluindo as que vencerem na próxima utilização (transações adiant).

Juros (ao mês) para o próximo período

Parcelamento automático	9,99%
Crédito Rotativo	11,59%
Antecipações	17,89%
Compras Parceladas com juros	1,99%
Parcelamento da fatura	9,99%
Parcela Parcelada	5,49%

Quando o juros o valor mínimo desta fatura até a data de vencimento, o valor dos juros e os impostos a serem pagos na próxima fatura será de: R\$ 103,25.

Data de fechamento desta fatura 01/03/2019

Revisão de fechamento da próxima fatura 04/04/2019



Parcela e total desta fatura em

24 X 103,16 18 X 112,17 15 X 120,50 11 X 140,42
08 X 170,33 06 X 208,14 04 X 285,29

PARA CONTRATAR O PARCELAMENTO DE FATURA:

Faça um depósito pelo valor da parcela escolhida até o vencimento desta fatura. O valor do depósito é incluído 10% a taxa de juros. Consulte em nossa loja ou em Consultoria Central de Atendimento Santander antes da contratação.

Período de Acúmulo de Pontos de 16/01/2019 a 15/02/2019

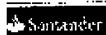
Estas são informações consolidadas de todos os seus cartões que participam do Pontos 151era.

Saldo de Pontos Anterior:	4.984
(+) Pontos Acumulados por Transações	153
(-) Pontos cancelados/ expirados	62
(=) Pontos Disponíveis	5.082
Pontos a expirar em 28/02/2019	04
Pontos a expirar em 31/03/2019	217

Para mais informações e consultar o saldo, acesse www.santander.com.br ou entre em contato com a Central de Atendimento Santander.

O NOSSO PROGRAMA DE FIDELIDADE PASSA A SER GERIDO
PELA ESFERA FIDELIDADE S.A., UMA NOVA EMPRESA DO
GRUPO SANTANDER. CONSULTE A VERSÃO ATUALIZADA DO
REGULAMENTO DO PROGRAMA EM SANTANDERESFERA.COM.BR

Santander

Telefone
033-7

33359.49281 36981.906035.94607 081024 9 00000000000000

Endereço: INGENHEIRO CARLOS PEDREIRA DE LIMA - C/PO BOX 14458 554-04

C/OS DEL VALA CAVALCANTE 4308 - CASA CAVALCANTE 555-00000000000000

Número

Número do Documento
7047660265711540Data de Vencimento
17/03/2019Valor do Documento R\$
R\$8,00

Valor pago R\$

CNPJ: 08.000.000/0000-00 - C/PO BOX 14458 554-04 - C/OS DEL VALA CAVALCANTE 4308 - CASA CAVALCANTE 555-00000000000000 - São Paulo, SP - CEP 05451-011

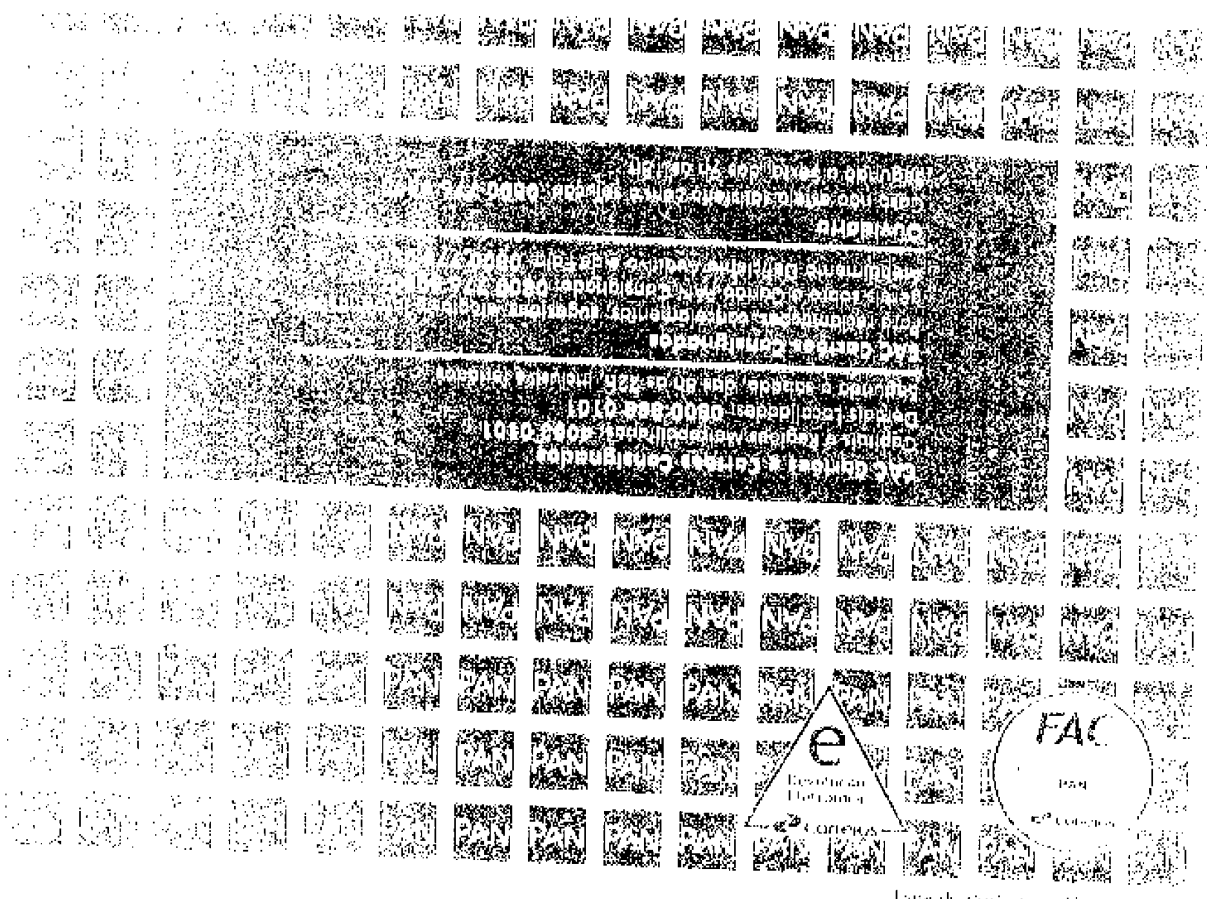


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:54:27

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510542718700000072137903>

Número do documento: 21011510542718700000072137903

Num. 73594270 - Pág. 11



Identificação do Documento

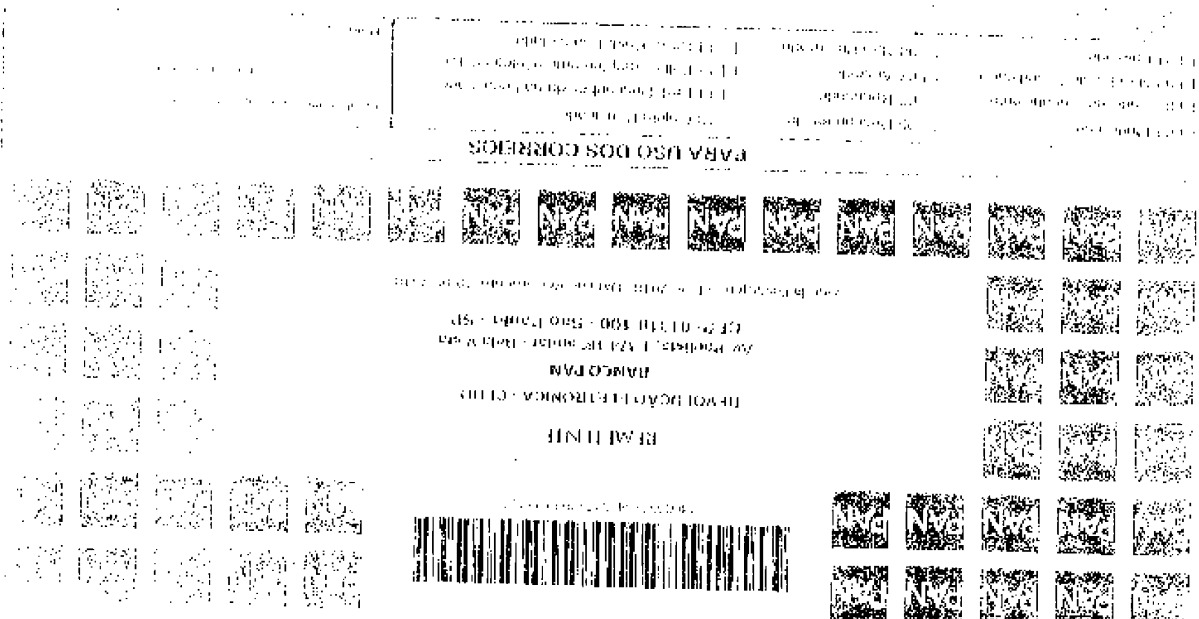


MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA
AV. DR. CLAUDIO J. GUEIROS LUIZ 3214
AL. 102 JANGUA
07417-000 PAULESTA/PE



Código de Verificação do Documento

000





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCCORRIGINA1.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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 CCAT².

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

Pelo exposto, eu MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 488257804/49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSENILO CARLOS PEREIRA LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 949838954/34

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOSENILO CARLOS PEREIRA LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 949838954/34, 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: AV. DA CLAYTON JOSÉ GOMES LEITE 3224 Número: _____ Complemento: APTº 202
Bairro: JANGA Cidade: PAULISTA Estado: PE CEP: 53437-000
E-mail: 82-985202808 Tel.(DDD): 81-98455752

Local e Data: Recup, 10 Maio 2019

Mauricio Fernando Araujo da Silva
Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - Nome do Paciente	JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA			5 - Nº Prontuário	122703
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	11 - Etnia	
898005148322308	25/09/1975	Masculino ☒ Feminino ☐	02 - Preta	0000 - Não Se Aplica	
12 - Nome da Mãe	MARIA DE LOURDES DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198417489
13 - Nome Responsável	VALDIRA MARIA FERREIRA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA UM, 350 - RIO DOCE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53090093		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE DE 43 ANOS REFERE TER SIDO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CAVALO VEM ENCAMINHADO PELA UNIDADE AMAURY COLTINHO. REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA OUTROS SINTOMAS.

AD EXAME: RPS, LOTE, EUPNEICO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO
 TEC 42S, COM TALA JOELHO
 EDEMA 44+, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

21 - Condições que justificam a internação
 AS ACMA

22 - Principais Resultados de Exames Diagnósticos
 RAIO X E EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial - Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA ROTULA [PATELA]	S820	V299	0408050527

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	0408050527
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento
CIRÚRGICA	1
31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
(X) CNS () CPF	980016001207394
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação
FABIO NEUMANN KAUFFMAN	05/02/2019
35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	14368

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Tipo 1	38 - () Acid. Trabalho Trajeito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
			42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CQR
45 - Vínculo com a Previdência					
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado					

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar
	E2600000001	
49 - Documento	50 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
51 - Data da Autorização	52 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Fagner Athayde Médico Ortopedista CRM 16863 - TEOT 12551	

AIH
261910214647-4

Código do Laudo: 464033





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **464226**

Usuário: ELISAMASP

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA			Prontuário:	122703		
Idade:	43a 4m 13d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	25/09/1975
Profissão:				Escolaridade:			
R.G.:	4784144	C.P.F.:	94983895434	Telefone:	CEP 53090093		
Endereço:	RUA UM				350	RIO DOCE	OLINDA - PE
Dados da Internação							
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	06/02/2019 11:00		
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito:	VERD2-02		
Médico Internação:	FABIO NEUMANN KAUFFMAN						

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	6/2/19	Hora da Alta:	
---------------	--------	---------------	--

Motivo:	☐ Melhorado	☐ A Pedido	☒ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
---------	------------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------	---------------------------------

Condições de Alta:	Bom
--------------------	-----

Diagnóstico Principal.....:	Fract. de Póntula 58%
-----------------------------	-----------------------

Diagnóstico Secundário01.:	
----------------------------	--

Diagnóstico Secundário02.:	
----------------------------	--

Procedimento.....:	100% F6 Ponto
--------------------	---------------

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16883 - TEOT 12551
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 06 de fevereiro de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



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

Página: 1 / 1
Emitido por: ELISAMASP
Em: 06/02/2019 13:01

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 464033 Prontuário: 122703 SAME: 109567 Hora Atend: 11:00 Data Atend: 06/02/2019
Paciente..... : JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA - Idade: 43 a
Endereço..... : RUA UM
Bairro..... : RIO DOCE
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53090093
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... :
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 06/02/2019 Hora Saída : 10:59

Prestador da Evolução Médica: **FABIO NEUMANN KAUFFMAN**

DIAGNOSTICO

FABIO NEUMANN KAUFFMAN / 14368
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/02/2019 10:56



Nome Paciente: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Cód. Paciente: 122703
Data de Nascimento: 25/09/1975
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: 0017
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 464033
SAME: 109567

Handwritten signature

Período: 05/02/2019 11:28 - 05/02/2019 11:31

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA POLICLINICA AMAURY COUTINHO COM RELATO DE COLISÃO MOTO - CAVALO, COM HD DE FRATURA DA PATELA ESQUERDA HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS. ESCORIAÇÃO EM MSE COM CURATIVO OCLUSIVO

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Eliminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Senhor S6135 00

Sinais Vitais Lidos:

SACR - REGUA DE DOR: 6
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG

REVISADO
NEMI HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/02/2019 11:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 464033

Senha da Classificação:

Data e Hora: 05/02/2019 11:00

0017

Paciente: 122703 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/09/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Nome do Pai: ANTONIO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA UM

-- 1 ETAPA

350

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vem encaminhado da UPA amarelo contendo após colisão
nao x cavalo com fratura fechada de patela. Nega comorbidades
Nega desmaio e outros sintomas

Exame Físico

RES, COTA, EUPNEIA, NORMOCARDIO, NORMOTERADO

TEC. S23, sem sinais de exposição óssea, com escoriações

Tala positiiva

Hipótese Diagnóstico

fratura de patela esquerda

Prescrição Médica

1) Dipirona 500mg + AD, EV

2) Tramadol 100mg + 100ml Sfaliz, EV, lento

3) Curativo

4) Tala

5) Rax X + TE

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha _____

() Encaminhado ao setor de internação



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA REG: 122703

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
5/2/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
15:55H	PACIENTE DE 43 ANOS REFERE TER SIDO VITIMA DE COLISÃO MOTO X CAVALO VEM ENCAMINHADO PELA UNIDADE AMAURY COUTINHO, REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO COM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA OUTROS SINTOMAS AO EXAME: REG, LOTE, EUPNÉICO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO TEC <2S, COM TALA JOELHEIRA EDEMA +/4+, SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL RADIOGRAFIA: FRATURA DE PATELA ESQUERDA HD: FRATURA DE PATELA ESQUERDA CONDUTA: INTERNO + SOLICITO EXAMES SOB ORIENTAÇÕES DE DR FABIO KAUFMAN
	#set Dr. Audysson Oliveira Rocha Rachão CPF: 08.720
05/02/2019	HD As mesmas
4th	Paciente segue estável, sem queixas
	sem intercorrências
	Ao exame: REG, LOTE, eupnéico, normocárdico
	TEC <2S

Conduta: solicito exames
Bloco amanhã

Dr. Audysson Oliveira Rocha
Rachão
CPF: 08.720



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Fernando Carlos Pereira REG: 122703
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO: ____/____/____ DATA DA ALTA: 20/02/19
DIAGNÓSTICO: _____

Fratura de Pélvis

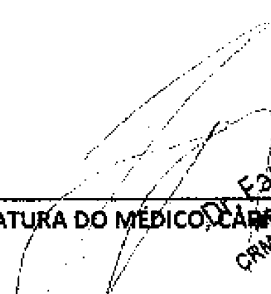
TRATAMENTO REALIZADO:

Fratura de Pélvis

ORIENTAÇÃO:

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO (X)
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____


ASSINATURA DO MÉDICO: Wagner Athayde CRM 1000 E CRM

Wagner Athayde
Ortopedista
CRM 1000 E CRM
TEOT 12551

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



Atendimento: 464226

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 11:00

Dt Alta: 07/02/2019 - 10:00

Paciente: 122703 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 555 VERD2-02

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 44 TRANSFERENCIA EXTERNA

Usuário: ANDERSONSC

CID:

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

Observação de Alta

PACIENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA

ANDERSON DOS SANTOS CORSINO

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Nome: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (2620325)

Admissão: 304788

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD: 15/02/2019 - 14:15

CD: <<S820>>

CIRURGIA REALIZADA: 14/02/2019 - 14:15

Admitido no dia 07/02/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 14/02/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PATELA ESQ

MEDICO CIRURGIÃO: 14/02/2019 - 14:15

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES: 14/02/2019 - 14:15

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA ---28/02 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/02/2019 as 14:15

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 8413/CRM-PE 17606
SBOT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (3620325)

Admissão: 304788

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA é portador do diagnóstico: <<FRATURA PATELA ESQ>>.

CID: <<S820>>

Permaneceu internado do dia 07/02/2019 a 15/02/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 14/02/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 120 CENTO E VINTE) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno. 15/02/2019.

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CREMEPE: 17606

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

02 - Cópia simples fica com o paciente

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

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/02/2019 as 14:15

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 6813 / CRM-PE 17806
SUS 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 15/02/2019 08:01

Atendimento: 304788 Entrada: 07/02/2019 Hora: 10:36
Acomodação: LEITO 01
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Enfermaria: ENFERMARIA 04
Permanência: 7 Dia(s) 21 horas
Matrícula
Identidade:
C.N.S.: 898005148322308

Paciente: 1620326 JOSEILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Nascimento: 25/09/1975 (43 Anos e 4 Meses)
Endereço: RUA UM
Bairro: RIO DOCE C.E.P. 53070-400
Cidade: 2609600 OLINDA
Pai: ANTONIO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PAROA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 94983895434
Identidade: 4784144 - SSP - PE
Telefone: 1 987706332
G.Instrução:
Ocupação: PEDREIRO
Naturalidade: CARPINA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 07/02/2019 - 11:55

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

transferido dpo hospital miguela rraes para tratamento cirurgico - com tomografia

nega alergias e comorbidades

trauma: 05.02.2019 queda de moto

Exame físico:

escoriações em, antebraço e joelho esquerdo sem sinais de infecção

boa perfusao distal

rxjoelho - fratura cominuta de patela

Hipótese diagnóstica:

fratura patela esquerda

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - internamento	
02 - tala coxopodálica	
03 - pr-rop	
04 - p cardio	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura

SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (81) 3535-2013

Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno - PE

Página 1 de 2



R136 - Ficha de Cirurgia

CTI - Informática

Data: 02/05/2019

Página: 1 15:37

Atendimento: 304788

Aviso: 22272

Paciente: 1620326

JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

RG

4784144

Idade:

43 Anos e 7 Meses

CPF:

94983895434

Plano:

SUS - ELETIVAS

Telefone: 987706332

Enfermaria

ENFERMARIA 04

Previsto

Data: 14/02/2019

Início: 04:00

Duração: 00:30

Acomodação

LEITO 01

Diagnóstico Pré-Operatório

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT DA PATELA POR FIX INTERNA

Anestesia:

RAQUE COM SEDAÇÃO

Data: 14/02/2019 Início: 13:10 Fim: 13:40

Equipe Cirúrgica:

Início: 13:05 Fim: 13:50

Cirurgião: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Anestesista: ADRIANA SIMPLICIO SIMOES

1º Auxiliar:

Aux Anest:

2º Auxiliar:

Consultor:

3º Auxiliar:

Perfusionista:

4º Auxiliar:

Pediatra:

Instrument:

Intensivista:

Diagnóstico Pós-Operatório

Descrição

Diagnóstico Pré-Operatório
FRATURA DE PATELA FSO

Cirurgia Realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PATELA + QUADRICEPSPLASTIA + TENOPLASTIA PATELAR +
ARTROTOMIA DE JOELHO

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISÃO ANTERIOR EM JOELHO DIREITO
- 4- DIVULSAO POR PLANOS ATE FOCO DE FRATURA COM ARTROTOMIA DE JOELHO PARA ACESSO ARTICULAR
- 5- VISUALIZADA FRAGMENTO PEQUENO E COMINUTO EM POLO PROXIMAL DA PATELA
- 6- REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM BANDA DE TENSÃO EM 8 E CIRCULAR
- 7- REALIZADA TENOPLASTIA DE TENDÃO PATELAR COM LESÃO PARCIAL
- 8- QUADRICEPSPLASTIA COM ALONGAMENTO
- 9- LIMPEZA C SF 0,9%
- 10- SUTURA POR PLANOS
- 11- CURATIVO

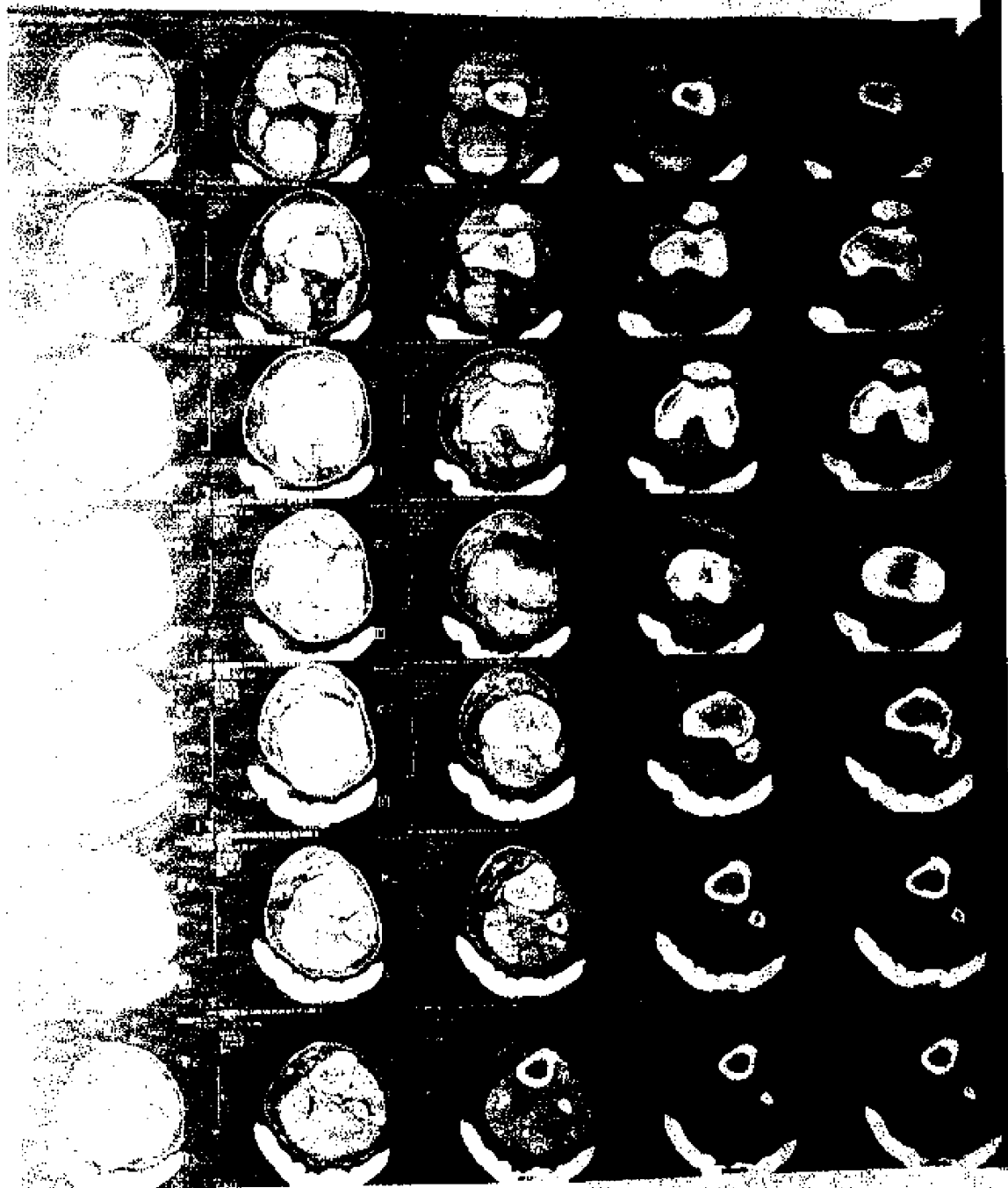
Materiais Prosméd

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico

HOSPITAL ARMANDO MOURA
SERVIÇO DE REGISTRO E CONTROLE
FARMACIA
14/02/2019 10:05





Scanned by CamScanner

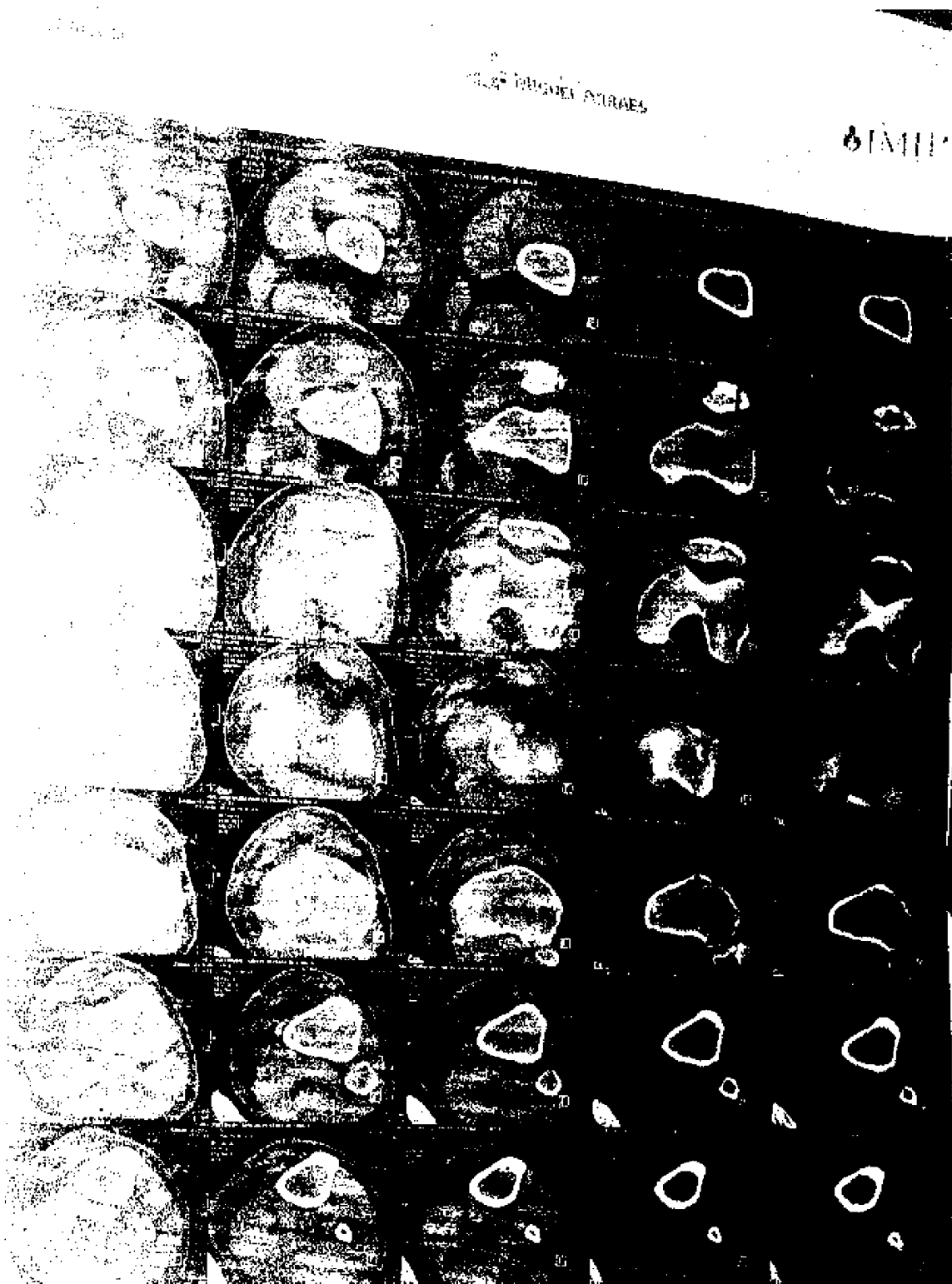




Scanned by CamScanner

09/01/2021 18:29





Scanned by CamScanner

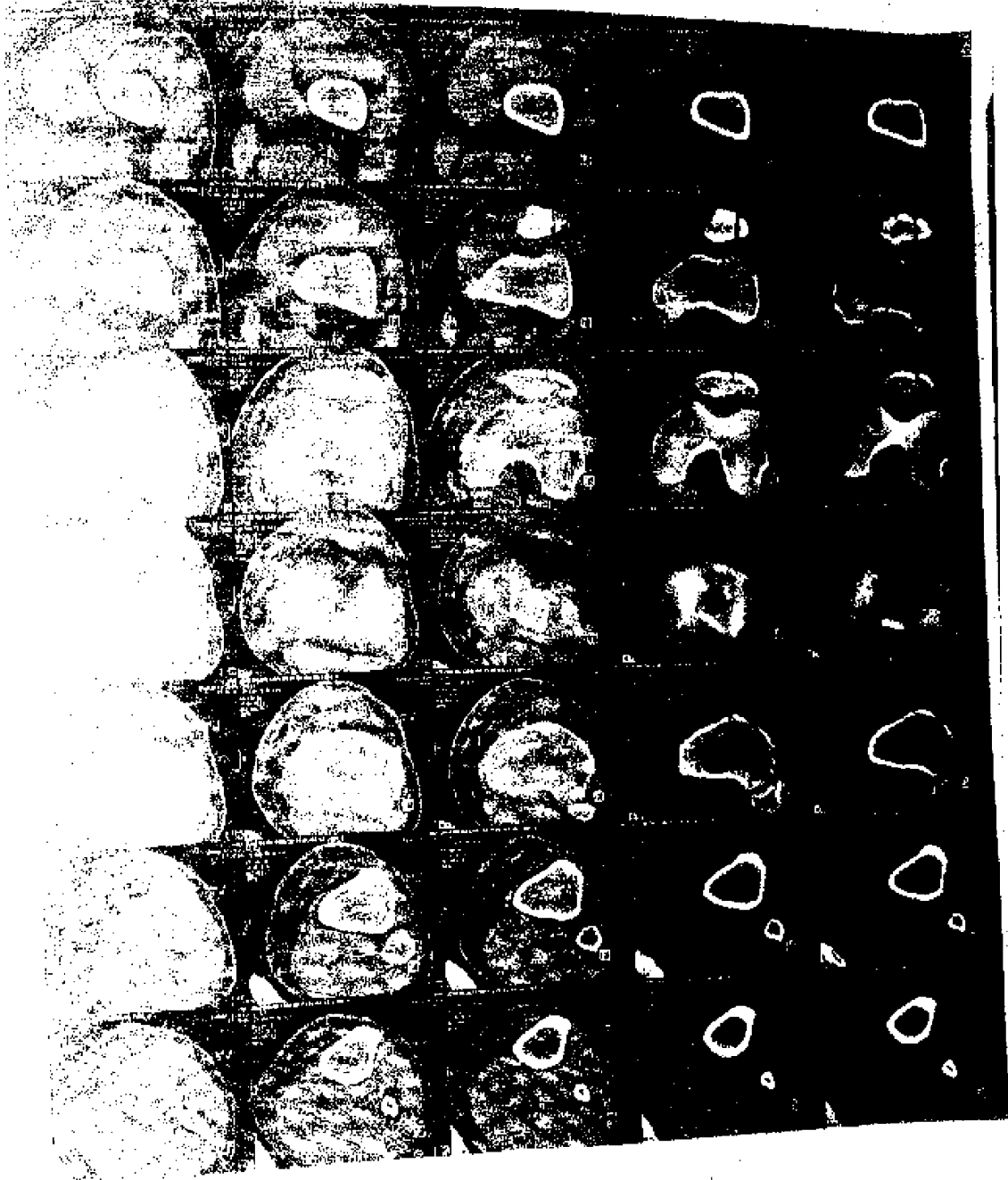
10/15/2019 18:29



10/10/2019 18:29

10/10/2019 18:29

AIMD



10/10/2019 18:29

Scanned by CamScanner

10/10/2019 18:29

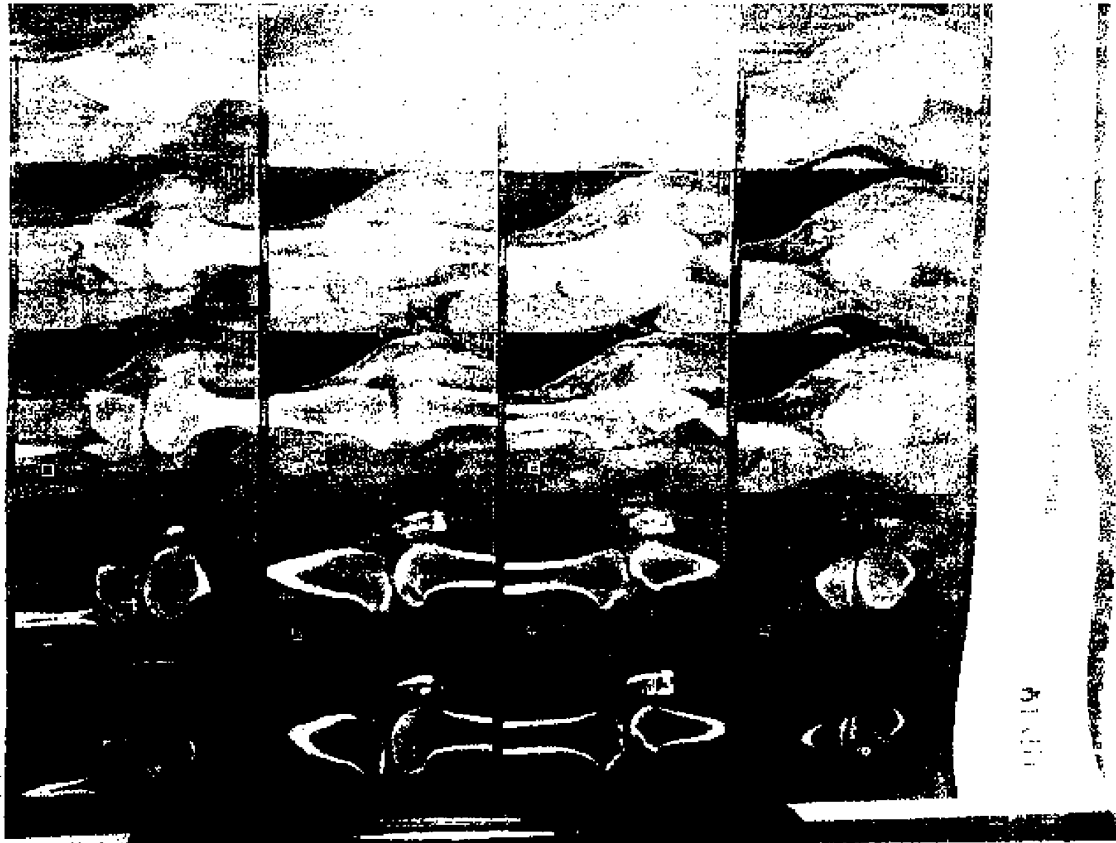




Scanned by CamScanner

09/05/2019 18:29





Scanned by CamScanner

09/05/2016 18:29

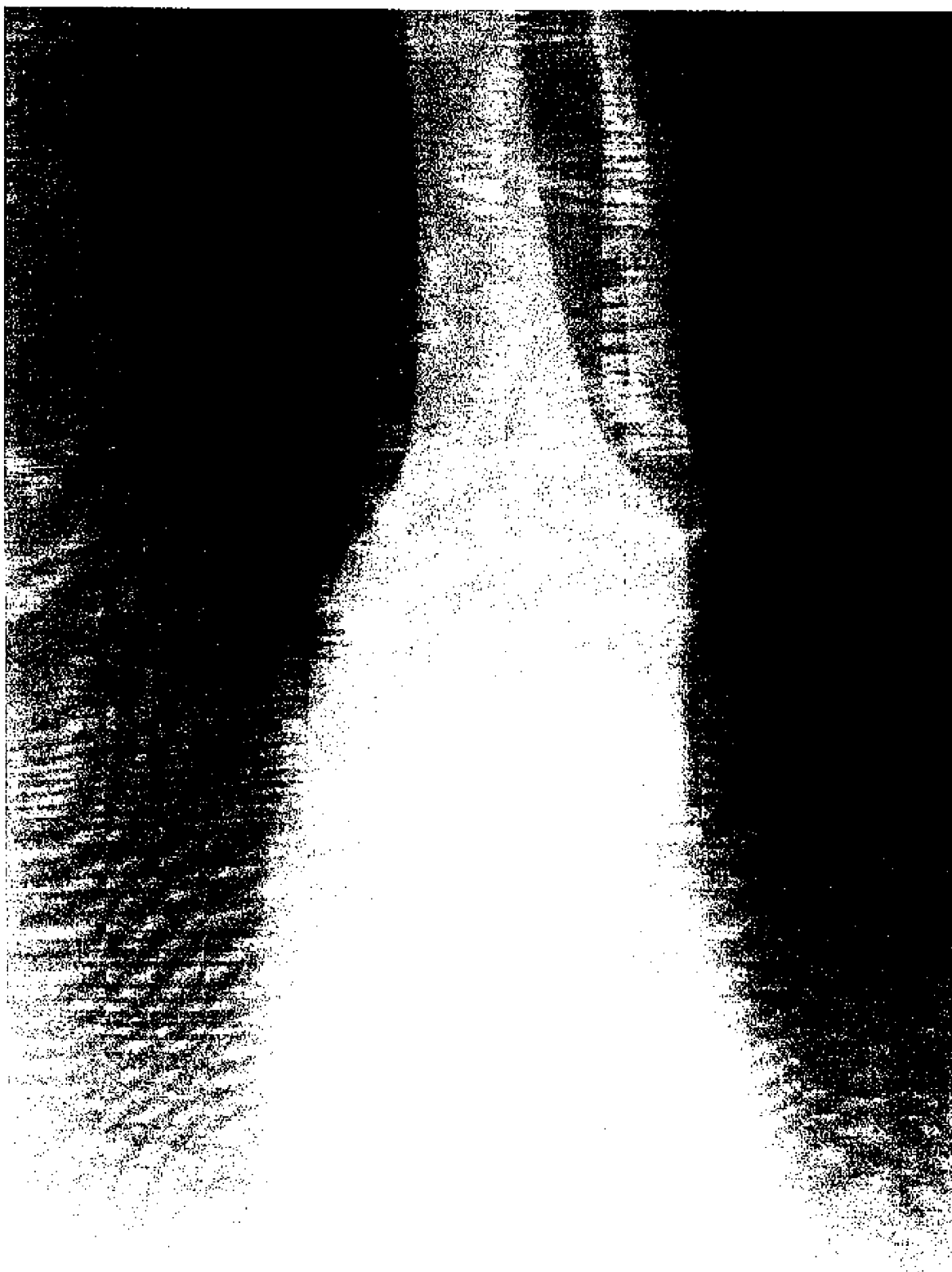




Scanned by CamScanner

10/18/2019 18:29





Scanned by CamScanner

09/05/2019 18:29

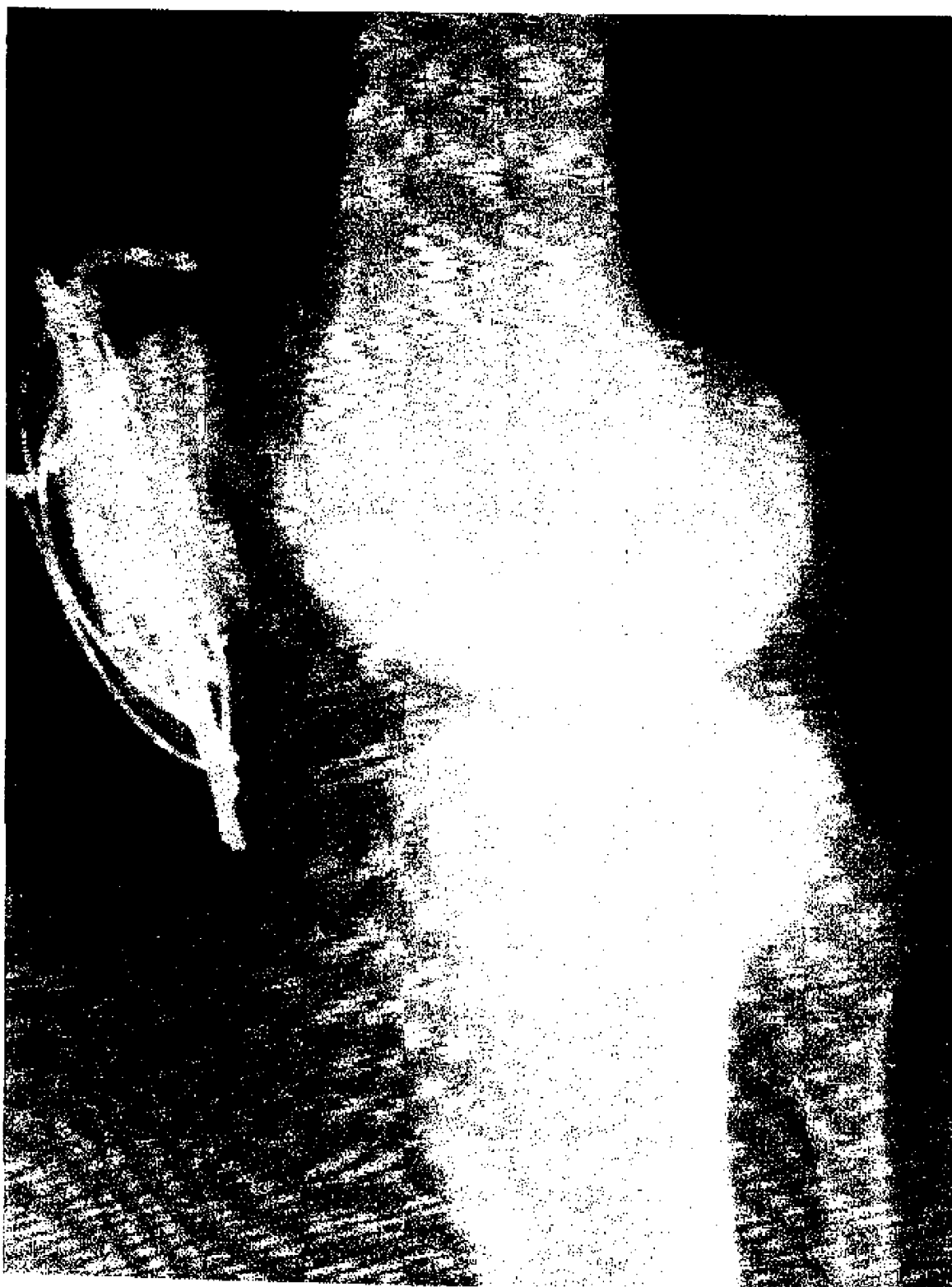




Scanned by CamScanner

09/05/2019 18:29

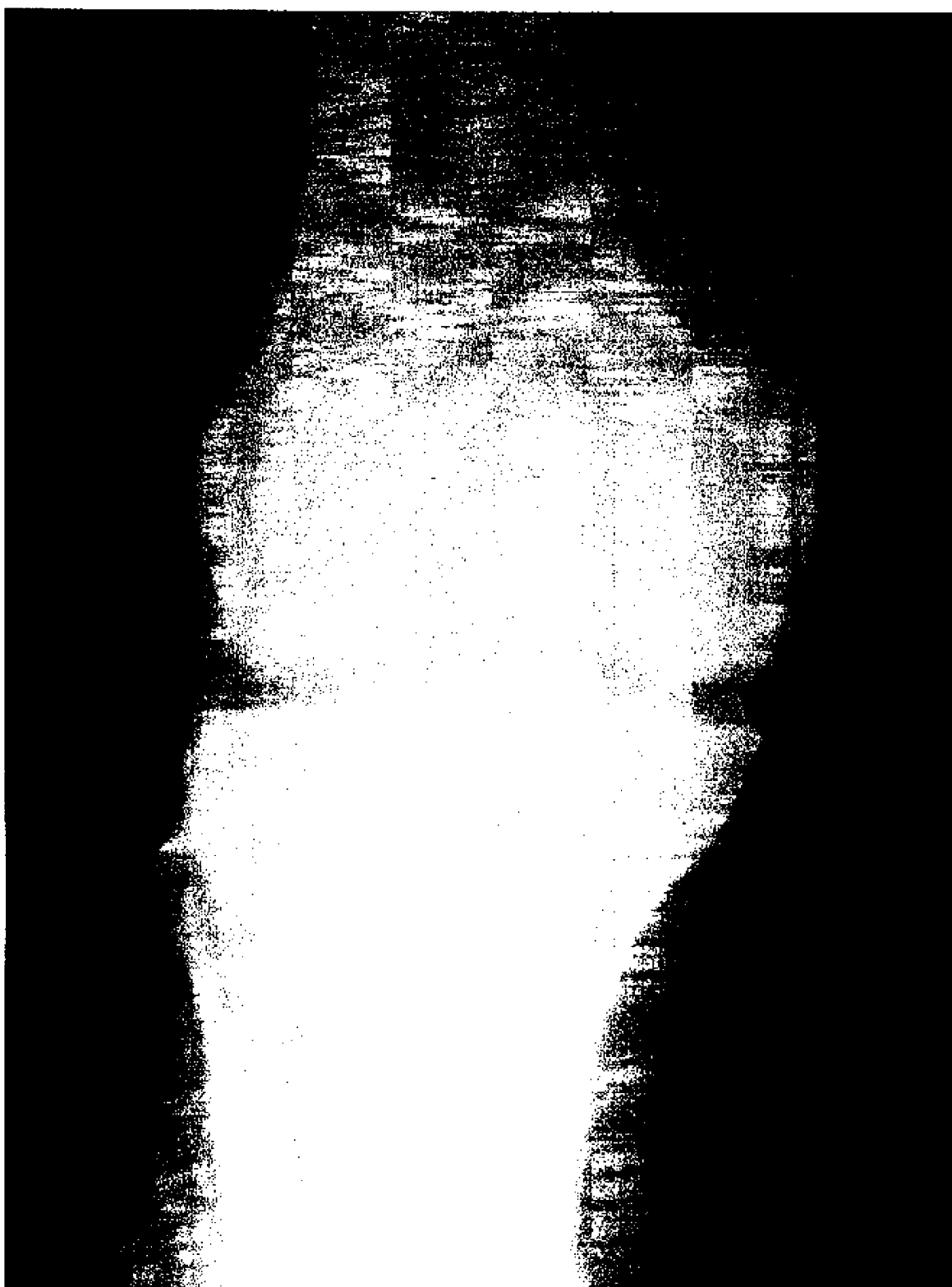




Scanned by CamScanner

10/05/2019 18:29

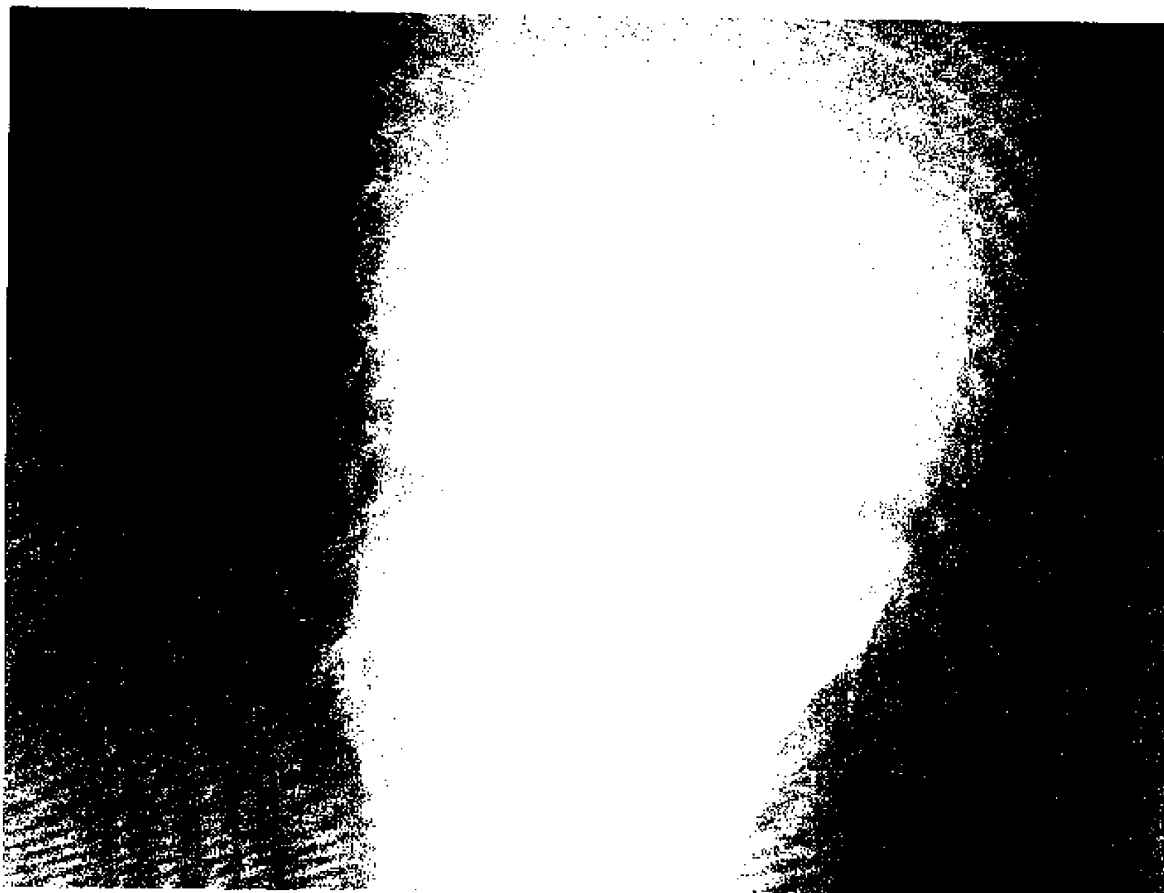




Scanned by CamScanner

09/05/2019 18:29





Scanned by CamScanner

10/01/2019 18:29



31/05/2019

RELATORIO MEDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 5/2/2019 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 5/2/2019

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: JESSE N. L. DE CARLOS Lima de Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE

Doença resultante de acidente de trabalho, a contusão fratura da patela esquerda

SAÚDE RESUMO DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Doença resultante de acidente de trabalho a cirurgia (CE ACL 68M)

FISIOTERAPIA (30 sessões)

NOTA MÉDICA: ☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ É TEMPORÁRIA - ENTÃO PASSIVEL DE RECUPERAÇÃO COM A CURA DE UMA SÉRIE DE TRATAMENTOS

☒ É PERMANENTE - NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA DA FUNÇÃO

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO DO ÓRGÃO AFETADO

Doença resultante de acidente de trabalho a contusão fratura da patela esquerda, GRAVE, CLAUDICAÇÃO, atrofia de paracardos, IMPORTANTE, déficit grave de força, SINTOMA GRAVE, déficit de força, M.I.E.

EU, O(A) ASSINANTE, AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 31/05/2019, E AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

31/05/2019 DATA

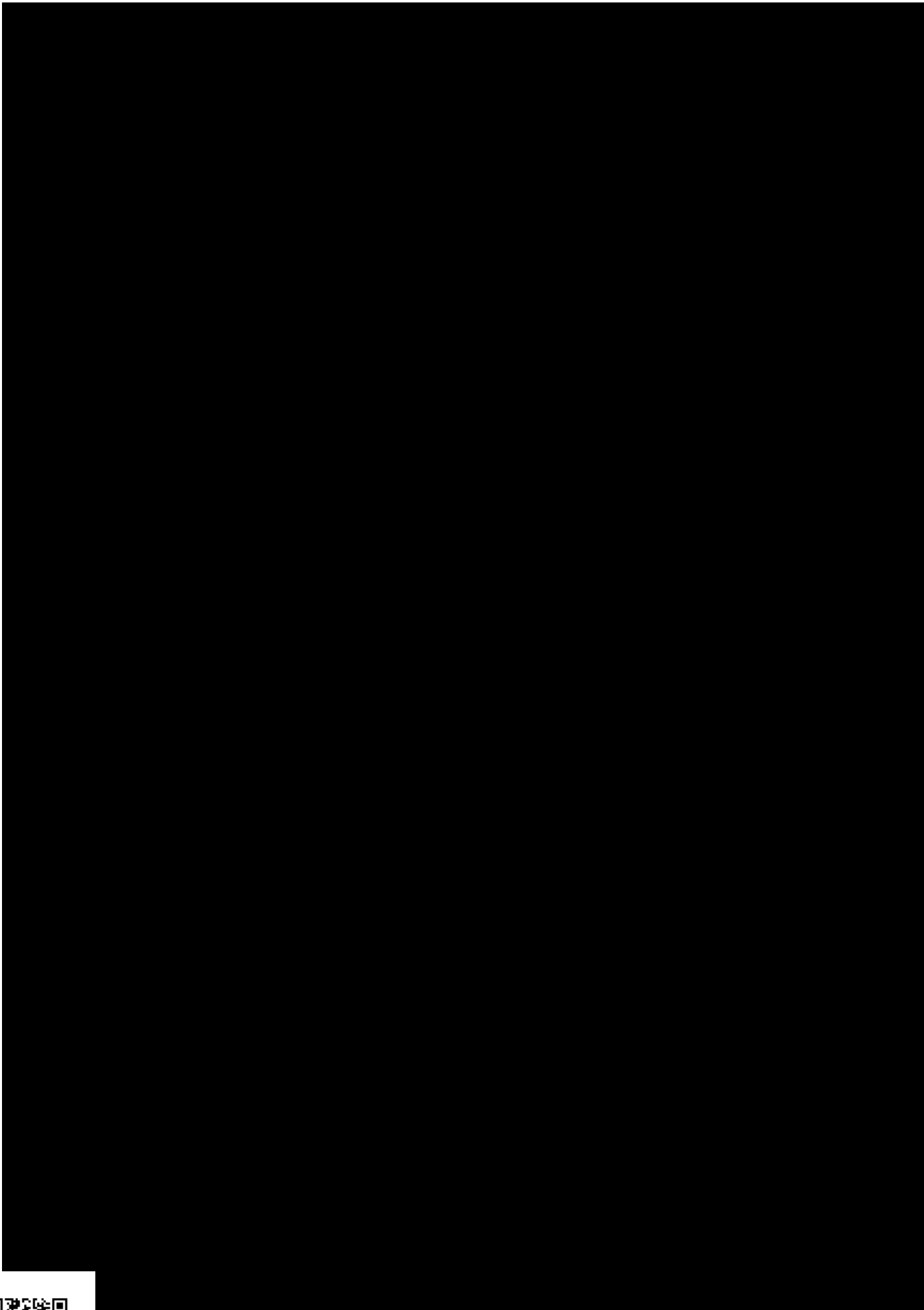
ASSINANTE E CARIMBO

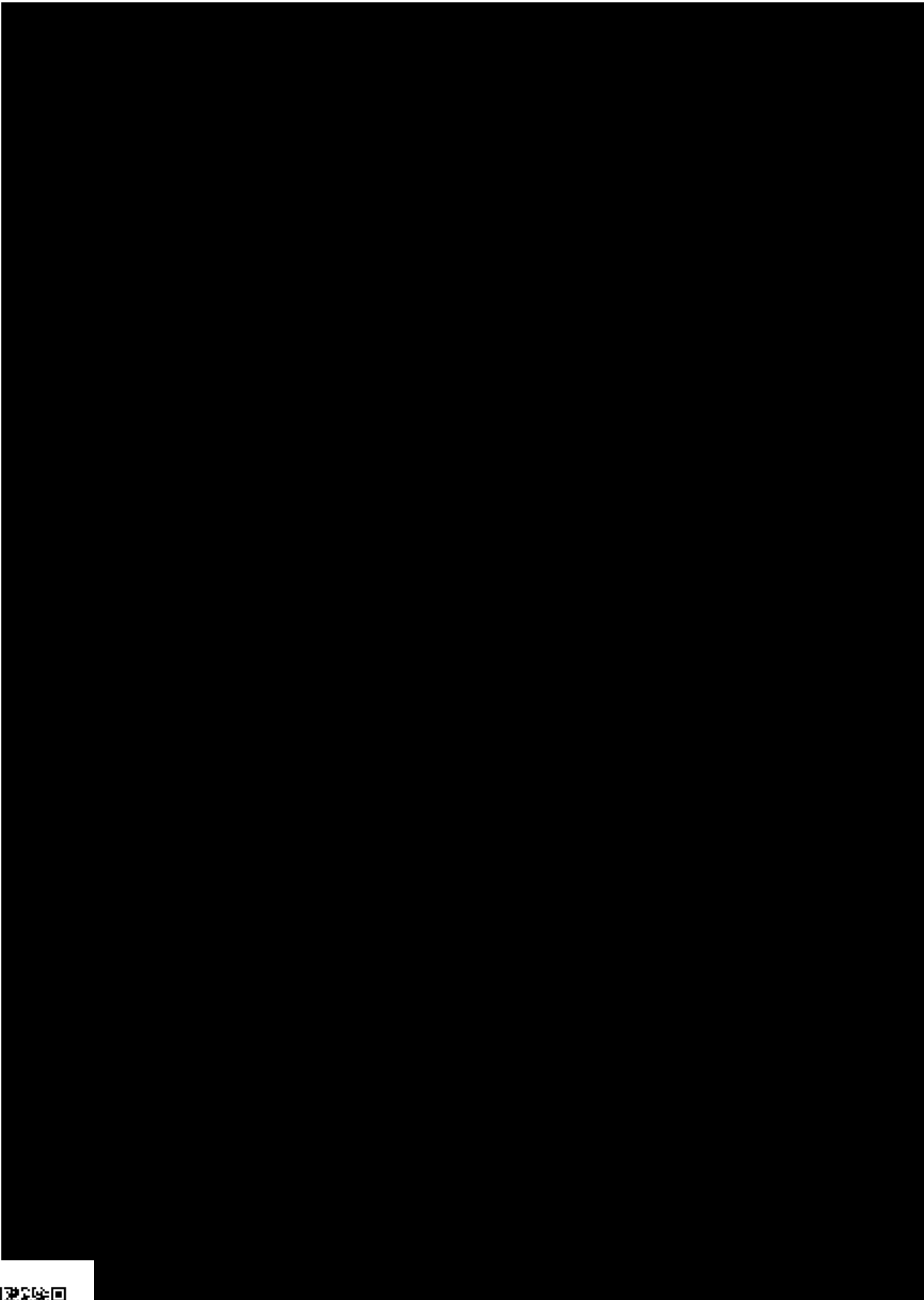
Maurício César Leal
Oncologista
CRM - 12386

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
AVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2019
Comitê Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 115 - 11.º andar
Recife - PE

31/05/2019







MAURICIO FERNANDO ARACIO DA SILVA

CPF: 488.217.834-49

DATA DE NASCIMENTO: 26/10/1966

MAURINALDO PEREIRA DA SILVA

MARIA JOSE ARACIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1966

OLINDA, PE

12/07/2013

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5

Graciosa, Recife/PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

VERIFICADO

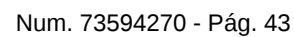
15 MAR 2020

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5



1985



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190323533

Nome do(a) Examinado(a): JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): Av Gov. Carlos de Lima Cavalcante, 4308 -
Olinda/PE - CEP 53130-555

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4784144 - ssp pe - 13/10/2014

Data e Local do Acidente : 05/02/2019 - Olinda, PE

Data e Local do Exame : 25/06/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de patela esquerda

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

Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

vitima com edema em joelho esquerdo, bloqueio articular, realiza flexão a 90
graus, extensão a 180 graus, deficit de força grau medio, discreta alteração da
marcha, presença de cicatriz cirurgica.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

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

limitação de grau medio do joelho esquerdo, com bloqueio articular.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**



permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

joelho esquerdo

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



A SEGURADORA LÍDER:

VÍTIMA: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

SINISTRO: 3190323533

NATUREZA: INVALIDEZ PERMANENTE

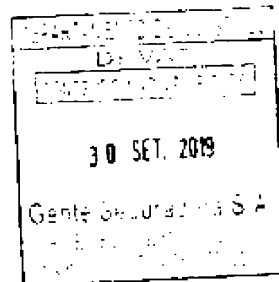
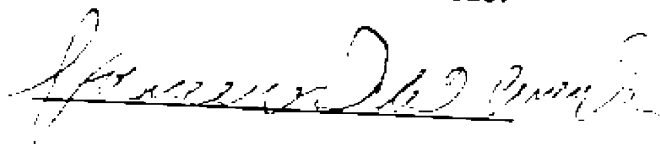
ASSUNTO: REANALISE DO PROCESSO

TELEFONES: 81-996455752, 81-985102808

ANEXO: COPIA DA FICHA DE CIRURGIA

Eu JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA , portador DO CPF 94983895434, venho através desta, PEDIR QUE A SEGURADORA LIDER PROCEDA REANALISE NOS DOCUMENTOS EM ANEXO REFERENTE A NOVA CIRURGIA A QUE FUI SUBMETIDO E NO GRAU ESTABELECIDO A SEQUELA QUE FIQUEI RECALCULANDO MINHA INDENIZAÇÃO.

Recife, 19 de SETEMBRO de 2019.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com edema em joelho esquerdo, bloqueio articular, realiza flexão a 90 graus, extensão a 180 graus, déficit de força grau medio, discreta alteração da marcha, presença de cicatriz cirurgica

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/06/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com edema em joelho esquerdo, bloqueio articular, realiza flexão a 90 graus, extensão a 180 graus, déficit de força grau medio, discreta alteração da marcha, presença de cicatriz cirurgica

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/06/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: Apresenta apos análise médico documental debilidade funcional moderada do joelho esquerdo.

Documentos
complementares:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXAÇÃO - TENOPLASTIA. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME A PÁGINA EM ANEXO 12 CIRURGIA REALIZADA EM 02/05/2019.

"DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA."

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** Apresenta apos análise médico documental debilidade funcional moderada do joelho esquerdo.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME PERICIA MÉDICA REALIZADA EM 25/06/2019: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXAÇÃO - TENOPLASTIA. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MEDICO ACOSTADO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323533

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de patela esquerda

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: Apresenta apos análise médico documental debilidade funcional moderada do joelho esquerdo.

Documentos
complementares:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSENILO CARLOS PEREIRA DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO
CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: PADEIRO RG: 4780244/SSA/PE
C.P.F. 94983895434 ENDEREÇO: AV. CARLOS DE LIMA CAVALCANTE
Nº 428 CASA CAIADA, OLINDA PERNAMBUCO.

OUTORGADO: MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA,
Brasileiro, Divorciado, Professor RG: 2883138/SDS/PE, CPF: 48821780449,
residente a Avenida Doutor Claudio Jose Gueiros Leite, nº 3214, apto 102,
Janga, Paulista, Pernambuco.

PODERES

Para representá-lo(a) na solicitação da indenização
Por invalidez permanente no acidente ocorrido com a vítima
em 25.02.2019 referente ao **SEGURO DPVAT**, perante a
Seguradora Líder e suas Seguradoras conveniadas.

OLINDA de 11-04 de 2019

2º
Cartório


AUTORGANTE

 CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS DA OLINDA
Tabuleiro Dayse Nunes
Reconheço por Autenticidade a Firma de: JOSENILO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Olinda, 11/04/2019, 15:40:04. Em testemunha da
Verdade: Bruna Maria BRUNA MARIA DA
ADRIANA ESCARVENSE, EBI R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,60 FERR
R\$ 0,40 Total R\$ 4,51
Ficha: 119426.10X04201901.00623 Consulte
autenticidade em www.tjpe.jus.br/melodigital

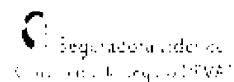
CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS
OLINDA-PE



Observação: só reconhecer firma no cartório por autenticidade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161848/19

Número do Sinistro: 3190323533

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

CPF: 949.838.954-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2019

Titular do CPF: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA : 488.217.804-49

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2019
Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
CPF: 488.217.804-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Marta Marinho dos Santos

