



Número: **0077749-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO (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)			
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74046 838	25/01/2021 14:44	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, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247886

Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

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, contados 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,

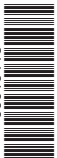
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15938049

Pag. 00885/00886 - carta_01 - INVALIDEZ

00010443





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

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247886

Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00765/00766 - carta_02 - INVALIDEZ

00040383



Carta nº 15947172





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 Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247886

Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%
Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer
um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 000000009260-2

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,





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:

08476880464

4 - Nome completo da vítima:

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

6 - CPF:

08476880464

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA CINCO

9 - Número:

195

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RIO DOCE

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53070191

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-985102808

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3220

CONTA:

00009260

2

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (na Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (menores)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

OLINDA 13 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A. SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0321000847**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/06/2020** às **00:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **16/2/2020** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JULES RIMET, 01 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53040-150**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)
ANA PAULA BARBOSA (VITIMA)
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO

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

ANA PAULA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE DE MELO BARBOSA
Data de Nascimento: **10/8/1979** Naturalidade: **NAZARE DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
5825355/SDS/PE (RG) 08258300440 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão:
EMPREGADO(A) DOMESTICO(A) Telefones Celulares:
- **985102808**
- **82560404**

Endereço Residencial: **RUA CINCO, 195 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VILMA FERREIRA DE MELO Data de Nascimento: **15/9/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
6741901/SDS/PE (RG) Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:
- **985102808**
- **84666852**

Endereço Residencial: **RUA CINCO, 195 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QYE7515** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2020** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

OS NOTICIANTE VIERAM REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORAM VITIMAS QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA TRAFEGAVAM NA MOTO ACIMA QUALIFICADA LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO COMO CONDUTOR E ANA PAULA BARBOSA NO BANCO GARUPA QUANDO UMA OUTRA MOTO DE CONDUTOR E PLACA DESCONHECIDAS APROXIMOU-SE ANUNCIANDO UM ASSALTO A VITIMA ACELEROU A MOTO PARA FUGIR DOS CRIMINOSOS E ALGUNS METROS DEPOIS PERDEU O CONTROLE BATEU NO MEIO FIO DA CALCADA E CAIU COM A MOTO. O SENHOR LEONARDO PEDRO RELATOU QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROSA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ENQUANTO A SENHORA ANA PAULA BARBOSA DECLAROU QUE FORA SOCORRIDA PELO SAMU PARA UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDA PARA HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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

ANA PAULA BARBOSA
(VITIMA)

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RICARDO BARBOSA LEITE** - Matrícula: **2211998**
(Liberado em **28/06/2020** às **16:29**)





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:

08476880464

4 - Nome completo da vítima:

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

6 - CPF:

08476880464

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA CINCO

9 - Número:

195

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RIO DOCE

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53070191

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
81-985102808

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3220

CONTA:

00009260

2

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

OLINDA 13 DE JULHO DE 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000299 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTOS, 32 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6741901 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 084.768.804-64, residente à RUA CINCO, nº 195, , RIO DOCE, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/02/2020, por volta das 18:31 hs, no endereço: AV BRASIL, XXX, RIO DOCE OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO ENTRE VEÍCULOS, envolvendo MOTO RETIRADA DO LOCAL; PRISMA, PRATA, PDJ 3801 PE; UP, BRANCO, PDL 6305 PE,, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 084.768.804-64 e Registro Geral nº 6741901, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT BM 704084-9 CLÁUDIO LEANDRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 517504. Ficou aos cuidados do médico DANILO VASCONCELOS, registro 18126. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 09/07/2020

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 2020APH000299

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

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



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:	03/08/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	6.412,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000009260-2

Nr. da Autenticação 9C2ED3396151352D





COMUNICATO



100

47571071

Data de Postagem: 07/12/2016 Data de Validação: 22/12/2016





MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA
AV DR CLAUDIO J GUERROS LEITE 3214
AP 102 JANGA
53437-000 PAULISTA PE





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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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

Pelo exposto, eu MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 488217804, 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 084768804, 64
do sinistro de DPVAT cobertura IN VALIDEZ da Vítima LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 084768804, 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. DR. CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE</u>	Número: <u>3214</u>	Complemento: <u>APTO 102</u>
Bairro: <u>JANGA</u>	Cidade: <u>PAULISTA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53437000</u>	Tel. (DDD): <u>81-985102808</u>

Local e Data OLINDA, 14 DE JULHO DE 2020

Mauro Fernando Araujo da Silva
Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017



Atendimento: 517504

Sentia da Classificação:

0036

Data e Hora: 16/02/2020 20:39

Paciente: 96572 LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 15/09/1988 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: VILMA FERREIRA DE MELO Nome do Pai: JOSE PEDRO DO NASCIMENTO
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL CRM: 12347
 Endereço: RUA CINCO 124 Bairro: RIO DOCE
 Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 20:35

Queixa Principal

Prontidão de dor no peito e costas, dor de cabeça, dor de barriga, dor de pernas e braços, dor de olhos e nariz.

Exame Físico

Clonias 15, cor de pele, olhos, nariz, boca, ouvidos, pescoço, tórax, abdome, membros superiores e inferiores.

Hipótese Diagnóstica

Crise de epilepsia - Trauma craniano

Prescrição Médica

*- Rota de C.G.
- Analgésico e Antiespasmódico e Antipirético.*

Dr. Danilo Conceição
 Cirurgião Vascular
 CRM 18128

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/02/2020 20:20


Nome Paciente: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/09/1988
Sexo: Masculino
Idade: 31
Senha: 0036
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 517504
SAME:

giral + ortop

: 16/02/2020 20:30 - 16/02/2020 20:43

KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153489 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS
VITIMA DE ATROPELAMENTO
ESCORIAÇÕES + DOR + FERIMENTOS EM MIE

Medicamento(s): NÃO FAZ USO

Observação: NEGA DM HAS E OU ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 121.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 142.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 159.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 78.00 MMHG
- PESO: 122.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

**REC. DO
HEP. MA**

HMA - Hospital Metrop. Norte Miguel Arraes
Local: SIB 1
Data: 16/02/2020
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:44:55

Acolhido(a) por: KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153489 - : ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 16/02/2020 20:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	5431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	5431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO	90572			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
708506317461673	15/09/1988	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
VILMA FERREIRA DE MELO	8198466685			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
FERNANDO				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
RUA CINCO, 124 - RIO DOCE				
16 - Início	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
CE - DA	260960	PE	53090355	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Paciente vítima de colisão moto carro com dor edema e laceração em pé esquerdo

21 - Condições que justificam a internação			
FRATURAS ACIMA			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE + EXAME FÍSICO			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO ESQUERDO	S923	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0418020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	☒ (X) CNS ☐ () CPF	980016276437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	16/02/2020	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Típico	38 - () Acid. Trabalho Trajetado	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
			42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência					
☐ () Empregado ☐ () Empregador ☐ () Autônomo ☐ () Desempregado ☐ () Aposentado ☐ () Não Segurado					

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (A/I)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
☐ () CNS ☐ () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Fagner Mayade Médico Ortopedista CRM 10355 - 15011385	

Código do Laudo: 517504





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **517510**

Usuário: JACKLINEEFL

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO			Prontuário:	96572
Idade:	31a 5m 1d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	15/09/1988
L.G.: 6741901	C.P.F.: 08476880464	Telefone:		CEP:	53090355
Endereço:	RUA CINCO		124 - RIO DOCE		OLINDA - PE
Dados da Internação					
Origem:	INTERNACAO	Data e Hora da Internação:	16/02/2020 22:27		
Convênio:	SUS - INTERNACAO	Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERMELHA - EMERGI	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito:	VERMELHO - EXTRA 010
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA				

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	16 / 02 / 2020	Hora da Alta:	12:00		
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	3025				
Diagnóstico Principal.....:	T2 N0 M0 DXT - CARCINOMA DE MAMA				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Procedimento.....:	25102 DE-OSTECTOMIA DXT - MAMA 25103 DE-OSTECTOMIA DXT - MAMA 25104 DE-OSTECTOMIA DXT - MAMA				
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG				
+ Valmir Ferreira de Melo		Dr. Ian Lacorda CRM-PE 9824 R.M-PE 23550			Médico e CRM:
					REVISADO CCH-HMA

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 16 de 02 de 2020

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





PE NAMBUCO
PE - 55.000.000

MIGUEL ARRARES



IMIP

Instituto Municipal de Políticas de Saúde
Pólo Especializado em Saúde

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

DATA NASC.:

15/09/1988

NOME SOCIAL: *Ata do Público*

REG:96572

IDADE:31 SEXO:m

DATA DA ADMISSÃO:27/03/2020

DATA DA ALTA: 6/4/2020

DIAGNÓSTICO

- EXTENSÃO: RIMENTO EM PE ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º PDE + FRATURA DO COLO DO 3º MTT ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

(16/02) LC + DC + SURTI + FIXAÇÃO COM FIO X

28/02 DC + OSTEOTOMIA 3º DISTAL 3º MTT + CULTURA (GRANDE ÁREA DE NECROSE EM DORSO E PLANTAR DE PÉ)

06/03 - DC + LC + CULTURA

CIRÚRGICA PLÁSTICA 27/03 (ENXERTO)

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO) DAS SEGUNHAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS; + AMPUTATÓRIO JAC. PLÁSTICA.
- CURATIVO DIÁRIO;
- REFORÇO DO ESQUEMA VACINAL ANTI-TÉTANO NO PSF;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9824
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS ALTA

NOME: Tabataide Tadeu de Jesus Cordeiro DATA NASC.: 15/05/1989
NOME SOCIAL: _____ REG: 16000
DIAGNÓSTICO: Quiloma da mama esquerda
DATA DE INTERNAMENTO: 11/12/20 DATA DA ALTA: 16/12/20

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

CURATIVOS SIMPLES:

- () DEIXAR A FERIDA OPERATÓRIA SEM CURATIVOS;
- () LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO OU COM ALCOL 70% PARA FERIDAS OPERATÓRIAS FECHADAS;
- () NÃO USAR POMADAS, CREAMES, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA;
- () EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO;
- () ANDAR E MOVIMENTAR-SE CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- () OUTROS: Evitar coçar a ferida e manter a higiene

CURATIVOS ESPECIAIS:

- () GAZE COM PETROLATUM (EX: ADAPTIC);
- () ÓLEO DE GIRASSOL;
- () HIDROGEL;
- () OUTROS: Óleo de girassol e hidrogel

COMPARECER À EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES CASO:

- () DOR ABDOMINAL QUE NÃO MELHORA COM AS MEDICAÇÕES;
- () VÔMITOS PERSISTENTES;
- () FEBRE PERSISTENTE;
- () VERMELHIDÃO OU SAÍDA DE SECREÇÃO PELA FERIDA OPERATÓRIA;
- () SE APRESENTAR TOSSE, NAÚSEA, DIFICULDADE EM RESPIRAR;
- () OUTROS: _____

ORIENTAÇÕES COM OSTOMIAS:

- () ESVAZIAR CONTEÚDO DE 6/6H OU CONFORME NECESSIDADE;
- () LAVAR COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO;
- () TROCAR BOLSA A CADA 7 DIAS OU CONFORME NECESSIDADE.

ORIENTAÇÕES COM Sonda NASO ENTERAL:

- () HIGIENIZAÇÃO DO NARIZ E DA FIXAÇÃO CONFORME NECESSIDADE;
- () LAVAR COM 10ML DE ÁGUA DEPOIS DE CADA DIETA;
- () DEIXAR A CABECEIRA DA CAMA ELEVADA PARA ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO;



LEITO:

Dr. Van Lierde
Orlando, FL 32801
Call me today 407-299-1000

1. Introdução ao: Tratado de
União da Europa
 2. Objetivos, Princípios, Princípios
 3. Declaração de União
 4. União de União

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 27/03/20
Hora.: 10:45

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63797	Sala : 0005	SALA 05	
Paciente : 96572	LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO	Atendimento : 517510	
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO	Carteira :	
Leito : 200	ORTO-502-LEITO 004	Idade : 31 Anos	
Dt. Inicio : 27/03/2020 10:08	Dt. Fim : 27/03/2020 10:36		
Cid Pré-Operatório : L908	OUTRAS AFECCOES ATROFICAS DA PELE		
Cid Pós-Operatório : L908	OUTRAS AFECCOES ATROFICAS DA PELE		

Procedimentos

Procedimento: 0401020029	ENXERTO Dermo-epidêmico (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO	15166 RAFAEL WANDERLEY DE ALBUQUERQUE
-----------	---------------------------------------

Descrição

Descrição Cirúrgica :

ANTISSEPSE COM CLOREXIDINA EM PERNA ESQUERDA
RETIRADA DE PELE EM PERNA ESQUERDA COM FACA DE BLAIR
HEMOSTASIA COM ADRENALINA E SF 1:500000
APOSICAO DO ENXERTO EM DORSO DE PE ESQUERDO
FIXACAO COM NYLON 4-0
CURATIVO COM ADAPTIC

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : RAFAEL WANDERLEY DE ALBUQUERQUE
CRM : 15166

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63108
Paciente : 96572
Convênio Atend. : 1
Leito : 200
Dt. Início : 25/02/2020 09:00
Dt. Fim : 25/02/2020 09:45
Id Pré-Operatório : S913
Id Pós-Operatório : S913

Sala : 0003 SALA 03
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
ORTO-502-LEITO 004
Atendimento : 517510
Carteira :
Idade : 31 Anos

FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE
FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE

Procedimentos

Procedimento: 0415040035
Convênio: 001
Anestesia:

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

RGIAO
AN ESISTA

17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA
16619 LUAR DE OLIVEIRA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- DIAGNÓSTICO: INFEÇÃO PÓS FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO METATARSO ESQUERDO
 - CIRURGIA: LIMPEZA+DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA + CURATIVO COM ADAPTIC
 - CIRURGIÃO: DR. RODRIGO AMORIM
 - 1º AUXÍLIO: DR. LUIZ ROGÉRIO GOMES
 - ANESTESISTA: DRA. LUAR OLIVEIRA
 - ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
- PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
 - ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MIE;
 - APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
 - ACESSO VIA INCISÃO PRÉVIA EM DORSO, FACE PLANTAR E ZONA INTERDIGITAL DE 1º E 2º PDE, SENDO VERIFICADA DRENAGEM DE SECREÇÃO HEMATOPURULENTE
 - DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + REVISÃO DE HEMOSTASIA
 - COLETA DE PARTES MOLES PARA CULTURA
 - IMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% - 3 LITROS
 - CURATIVO ESTÉRIL COM ADAPTIC (IMPOSSIBILITADA A APROXIMAÇÃO DE BORDAS DE FERIDA APÓS EXTENSA ÁREA DEBRIDADA)
 - OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 44-27684 CRM: BA-33039

DR(A) : RODRIGO DE AMORIM SILVA
CRM : 17439

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

DATA NASC.:

15/09/1988

NOME SOCIAL: Tereza da Publicação

REG: 96572

IDADE: 31

SEXO: m

DATA DA ADMISSÃO: 27/03/2020

DATA DA ALTA: 6/4/2020

DIAGNÓSTICO:

- EXTENSO FRATURAMENTO EM PE ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º PDE + FRATURA DO COLO DO 3 MTT ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

(16/02) LC + DC + SURTIURA + FIXAÇÃO COM FIO K

28/02 DC + OSTEOTOMIA 3º DISTAL 3º MTT + CULTURA (GRANDE ÁREA DE NECROSE EM DORSO E PLANTAR DE PÉ)

06/03 - DC + LC + CL + CULTURA

CIRURGIA PLÁSTICA EM 27/03 (ENXERTO)

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- CURATIVO DIÁRIO;
- REFORÇO DO ESQUEMA VACINAL ANTI-TÉTANO NO PSF;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA
- RETORNO PRECOZE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL:

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9824
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 17/02/2020
Hora.: 02:20

Ficha de Cirurgia Descritiva

Visão de Cirurgia: 32961 Sala: 0002 SALA 02
Paciente: 96572 LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO Atendimento: 517510
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:
Leito: 473 VERMELHO - EXTRA 010 Idade: 31 Anos
Dt. Inicio: 17/02/2020 00:30 Dt. Fim: 17/02/2020 02:00
Pré-Operatório: S922 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO TARSO
Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408050713 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: EXTENSO FERIMENTO PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2 PDE + FRATURA DO COLO DO 3 MTT ESQ + LESÃO GRAVISSIMA DE PARTES MOLES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA
INTERVENÇÃO: LC + DESBRIDAMENTO + SUTURA + FIXAÇÃO DO 3 MTT COM FIO DE AÇO
OPERADOR: GUSTAVO LEÃO
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: LUAR
ANESTESIA: RAQUI E GERAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
LAVAGEM INICIAL PARA RETIRADA DE DEBRIS
ASSEPSIA+ANTISSEPSE
APOSEIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO EXTENSO EM PÉ ESQUERDO COM LESÃO MUITO EXTENSA EM PARTES MOLES EM ANTEPÉ, F MEDIAL E RETROPÉ. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2 PDE
5. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF A 0,9% 9000 ML
6. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE AÇO DA FRATURA DO 3 MTT E E AMPUTAÇÃO DO 2 RAIO DO PÉ ESQUERDO
NOVA LIMPEZA CIRURGICA
7. SUTURA COM NYLON 2-0 E VICRYL 1
8. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM: 13925

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63169

Paciente : 96572

Convênio Atend. : 1

Leito : 200

Dt. Início : 28/02/2020 21:30

d Pré-Operatório : M869

d Pós-Operatório : T875

Sala : 0001

SALA 01

LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

ORTO-502-LEITO 004

Dt. Fim : 28/02/2020 22:20

OSTEOMIELITE NAO ESPECIFICADA

NECROSE DO COTO DA AMPUTACAO

Atendimento : 517510

Carteira :

Idade : 31 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

Convênio: 001

Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: NECROSE + INFECÇÃO DE SÍTIO OPERATÓRIO
INTERVENÇÃO: DEBRIDAMENTO + OSTECTOMIA + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
OPERADOR: DR FAGNER ATHAYDE
INSTRUMENTADORA: WILMA
ANESTESISTA: DRA. RAFAELA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. NOTAMOS ÁREA CRUENTA EXTENSA EM DORSO E REGIÃO PLANTAR DE PÉ ESQUERDO COM GRANDE ÁREA DE NECRO CUTÂNEA E SUBCUTÂNEA
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, NOTAMOS ASPECTO NECRÓTICO EM EPÍFISE DISTAL DE 3º METATARSO
6. REALIZADO OSTECTOMIA DE EPÍFISE DISTAL DE 3º METATARSO AO NÍVEL DE FRATURA PRÉVIA (APÓS RETIRADA DE FIO ENVIADO AMOSTRA DE FRAGMENTO ÓSSEO E DE TECIDO DE GRANULAÇÃO PARA CULTURA SEGUIDO DE LIMPEZA AUSTIVA COM SF 0.9% 3000ML
8. HEMOSTASIA DE VASOS SANGRANTES COM ELETROCAUTÉRIO
7. APROXIMAÇÃO DE BORDAS DE FERIMENTOS COM DIMINUIÇÃO DE ÁREA CRUENTA
10. CURATIVO OCLUSIVO COM "ADAPTIC"
11. PERFUSAO DISTAL DE ARTELHOS REMANESCENTES OK
12. A S.R.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TETO 12551

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM : 16863

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Ficha de Cirurgia Descritiva

Unidade de Cirurgia : 63313 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 96572 LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO Atendimento : 517510
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 200 ORTO-502-LEITO 004 Idade : 31 Anos
Dt. Início : 06/03/2020 07:50 Dt. Fim : 06/03/2020 09:10
Pré-Operatório : S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
Pós-Operatório : S978 LESAO POR ESMAGAMENTO DE OUTRAS PARTES DO TORNOZELO E DO PE

Procedimentos

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

RGIAO 14501 IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: ESMAGAMENTO DO PÉ + INFECÇÃO DE FERIDA + AMPUTAÇÃO DO 02 RAO

OPERADOR: IVAN MÁRCIO

1º AUXILIAR: TIAGO NOGUEIRA

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: JULIO

ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MIE
3. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVAMOS DRENAGEM PURULENTA POR FERIDA COM NECROSE CUTÂNEA EM BORDAS + EXTENSA ÁREA DE GRANULAÇÃO EM DORSO E PLANTAR NO PÉ ESQUERDO.
5. DESBRIDAMENTO DOS BORDOS DESVITALIZADOS, DE ÁREA DE NECROSE ENTRE O 01º E 03º METATARSOS, INCLUINDO TENDÕES FLEXORES DO 03 PDE
6. LAVAGEM SF 0,9%, REALIZADA OSTECTOMIA DE BASE DA FALANGE DO 03 PDE
7. OBSERVO SANGRAMENTO DIFUSO, SEM ASPECTO DE ÁREAS DE NECROSE
8. CURATIVO COMPRESSIVO COM ADAPTIC
9. OPTO POR NÃO TENTAR FIXAÇÃO/APROXIMAÇÃO INTERMETATARSICA NESTE TEMPO CIRURGICO, DISCUTIREMOS ESSA CONDUTA NO MESMO TEMPO DO ENXERTO CUTANEO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
CRM : 14501

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

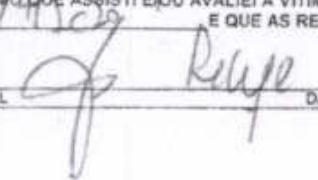
DATA DO ACIDENTE: 16/2/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 16/2/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de GRAVE acidente de trânsito, com fratura exposta CI	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Paciente de 2º Grau e 1º de 1º grau de (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA). SEMPRE REALIZADO CIRURGIA (Regulagem de Coto de Amputação)	
ALTA MÉDICA?	☒ SIM ☐ NÃO
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.	
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º GRAVE Fratura exposta, CI AMPUTAÇÃO m
2º 1º Grau de (2º Grau - METATARSAL) CI den
3º (1º Grau) CLASSE 1, Grau de força, Fatores
4º Fatores que são iguais. Se não GRAVE
5º Fatores que são iguais. Se não GRAVE

APRIMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 9/7/2020
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: DATA: 9/7/2020

ASSINATURA E CARIMBO:  



PROIBIDO PLASTIFICAR

1482727575

SALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL

1482727575

Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior

OLINDA, PE

28/07/2019

PERNAMBUCO

MUNICÍPIO FERNANDO AMARAL DA SILVA

2883138 ASP PE

488.317.804-69

06/10/1986

MAIORELANDO PEREIRA DA SILVA

MOAIZA CORREIA AMARAL DA SILVA

00/09/1983



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOV. GERALDO VILELA
 GOV. GERALDO VILELA
 GOV. GERALDO VILELA

LEONARDO PAULO DO NASCIMENTO
 CPF: 6741901-82 RJ
 CPF: 084.788.084-84 RJ
 DATA NASCIMENTO: 10/09/1989
 FILIAÇÃO: JONES PAULO DO NASCIMENTO
 DO: VILMA FERREIRA DE MELLO
 SEXO: M
 DATA: 03/02/2012
 DATA: 10/07/2012
 DATA: 03/02/2012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1485142322

LEONARDO PAULO DO NASCIMENTO
 LOCAL: OLINDA, PE
 DATA EMISSÃO: 04/09/2017
 34415961057
 2840937881
 PERNAMBUCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247886 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METATARSO ESQUERDO.
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO/FIOS K -3º METATARSO/ REGULARIZAÇÃO DO COTO -2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. ALTA.
P 5/7/8/9/11/12/13.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: **130320**
@ P 14.

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 pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247886 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METATARSO ESQUERDO.
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO/FIOS K - 3º METATARSO/ REGULARIZAÇÃO DO COTO - 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. ALTA.
P 5/7/8/9/11/12/13.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 14.

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 pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247886 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METATARSO ESQUERDO.
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO/FIOS K - 3º METATARSO/ REGULARIZAÇÃO DO COTO - 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. ALTA.
P 5/7/8/9/11/12/13.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 14.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. 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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247886 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METATARSO ESQUERDO.
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO/FIOS K - 3º METATARSO/ REGULARIZAÇÃO DO COTO - 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. ALTA.
P 5/7/8/9/11/12/13.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E
DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: RECUSA DE PERÍCIA.
@ P 14- FEITO INDENIZAÇÃO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO E ORIENTAÇÃO DA COORDENAÇÃO.

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 pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão MOTORISTA, residente e domiciliado à Rua CINCO, nº 195, bairro RIO DOCE, Município de OLINDA, Estado de (o) PE, portador (a) do RG nº 6747907-5051 PE e CPF nº 08476882969

Outorgado: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA, brasileiro (a), estado civil: divorciado, profissão: professor, residente e domiciliado (a): Avenida Dr. Claudio Jose Gueiros Leite, bairro: Janga, Município do Paulista, Estado de PE portador (a) do RG nº 2883138 /SDS / PE e CPF 48821780449.

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 Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento da indenização por invalidez permanente, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO, ocorrido em 16/02/2020.

PODERES

Podendo o dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse para requerer: FICHAS DE ATENDIMENTO, PRONTUARIOS, RESUMOS DE ALTA HOSPITALAR, BOLETINS DE ESCLARECIMENTO, FICHAS DE CIRURGIA, EXAMES DE IMAGEM, LAUDOS MEDICOS, BOLETINS DE OCORRENCIA DE ACIDENTES DE TRANSITO, TODOS MANTIDOS SOB POSSE E GUARDA DAS POLICIAS RODOVIARIA FEDERAL E ESTADUAL, MILITAR, POLICIA CIVIL, IML, EM QUALQUER ESTABELECIMENTO HOSPITALAR E DE PRONTO ATENDIMENTO, CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E SAMU EM TODO TERRITORIO NACIONAL.

OLINDA, 29 de JUNHO de 2020.

2º
Cartório

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS DE OLINDA-PE
2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS DE OLINDA-PE
Rua Getúlio Vargas, 900 - Santo Amaro
Fone: (081) 344-0001 - E-mail: cartorio@cartoriope.com.br

Reconheço por semelhança a firma de: LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO
Olinda, 29/06/2020 10:11:41. Em testemunho de LIANE MARIA MARTINS DE SANTANA PEREIRA ESCRIVENTE. Enol. R\$ 3,63. TELA R\$ 0,82. FENC R\$ 0,41. FERM R\$ 0,04. FUNDO R\$ 0,08. Total 5,06. Consulte autenticidade em 0159426.PRJ06202002.00031

PROTESTO
CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS DE OLINDA-PE