



16/02/2021

Número: **0081659-96.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON JOSE DA SILVA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75324768	16/02/2021 16:59	ANEXO 1	Outros (Documento)

Atendimento: 483235

Data e Hora: 23/06/2019 07:23

Senha da Classificação:

0016

Paciente: 126835 ADILSON IGNORADO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 23/06/1996

Idade: 23 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: IGNORADO IGNORADO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: ENGENHO UMBU

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: DARLIANEDSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

AL 616 / GINÉS
PIPIRONO

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 7:23

Queixa Principal

Paciente vítima queda de moto há 03 horas, alcoolizado; resbista em manobra virada e idem cervical. SAMU nega perda de consciência no local ou vômitos. Rf. Não queixas no momento.

Exame Físico

A: Via aérea permeável em uma linha cervical.

B: Pupila esquerda isocórica, reativa em A.A.

Fc: 74 bpm PA: 140 x 90. SatO₂: 98%.

C: Estado hemodinâmico normal, normotensivo.

D: E.A. 4 R.V. 9 R.M. 6 - 64. Pulso isocórico e potente.

E: Fratura exposta em costela B; lesão em Mão esquerda.

Hipótese Diagnóstico

Poli-trauma.

Fratura exposta M.D.

Prescrição Médica

OD: Sdrato lombo torso + Rx Trauma.

Fecho prescrição.

Aguarda avaliação da Ortopedia.

4 SOT#

Levante com auxílio de 2 ou 3 COXA ② + Antebraço ① + Mão ③. Id: 3 (K) Albi (K) de moto

Urg: Desmido / Lâmina / Outros Desks.

Alto: GINÉS / PIPIRONO

Assinatura e Carimbo/Médico

ALFARO DA ALTA

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de Internação



Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

	Nome Paciente:	ADILSON JOSE DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	23/06/1996
	Sexo:	Masculino
	Idade:	23
	Senha:	0016
	Convênio:	-
Atendimento:		
SAME:		

CG +
OHOP

Período: 23/06/2019 07:16 - 23/06/2019 07:22
MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 5723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Cor: VERMELHO

Observação: VINDO C/ SAMU /NÃO SABE INFORMAR

Discriminador(es): - RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 13
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM
- GLICOSE: 108.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 100.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 60.00 MMHG
- SATURACAO DE OXIGENIO: 96.00 %

REVISADO
NEPi-HMA

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local.....

SECRET

Data Impressão: 23/06/2019 07:22

Página 1 de 1





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	WILSON JOSE DA SILVA			6 - Nº Prontuário	125835
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
20967000690000	31/12/1996	☒ M ☐ F	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA AUGUSTA DA CONCEICAO			12 - Telefone de Contato	8199159781
13 - Nome Responsável	RAFAEL DA SILVA SILVESTRE			14 - Telefone de Contato	
Endereço (Rua, Nº, Bairro)	GENHO UMBU, - CENTRO				
Município	17 - BGE	18 - UF	19 - CEP		
IANA	280620	PE	55900974		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
2 - HISTÓRIA DO DOENTE: COM QUEDA DE DOR EM COXA DIREITA + PUNHO DIREITO + ANTEBRAÇO DIREITO + MÃO ESQUERDA HA 3 HORAS APÓS QUEDA DE MOTO. NEGA VÔMITOS / COMORBIDADES. AFIRMA ALEGRIA A ANTES / DIPYRONA.
3 - ATURA DISCRISÁRIA DE FÊMUR DIREITO + FRATURA-LUXAÇÃO PUNHO DIREITO

4 - Condições que justificam a internação
5 - NECESSIDADE CIRÚRGICA

6 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
7 - AMNESE / EXAME FÍSICO / RADIOGRAFIA

8 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
0 - XACAO DO PUNHO	S630	W000 V29.9	572.3

9 - Descrição do Procedimento Solicitado	27 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0416020069

10 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	880016284698971
11 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
CLAUDIA BARBOSA DE ALMEIDA MEDEIROS	23/08/2019	17724	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

12 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Sines	41 - Série
13 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	
14 - () Acid. Trabalho Trajetado			
15 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado	AIH 261910218930-8		

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº de Autorização
	E260000001	AIH 261910218931-9
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	AIH 261910218932-0

Código do Laudo: 483236



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **483241**

Usuário: ANDERSONSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: EDILSON JOSE DA SILVA	Prontuário: 126835
Idade: 22a 5m 22d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 31/12/1996
Profissão:	Escolaridade:
R.G.:	C.P.F.:
Endereço: ENGENHO UMBU	Telefone: - CENTRO
	CEP 55900974 - GOIANA - PE
Dados da Internação	
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 23/06/2019 10:04
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERMELHO - LEITO 001

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	08/08/19
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 08/07/19	Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: <u>Melhorado</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Ex Distensão Femoral D + Luxação Psoas</u>	
Diagnóstico Secundário01.: <u>mieloma.</u>	REVISADO CCH-HMA
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: <u>RFFE Haste Capromedular Longa + RAPIC</u>	
<u>Pro K em psoas D</u>	
	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 _____ de _____ de _____



Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 483235 Prontuário: 126835 SAME: 113577 Hora Atend: 07:23 Data Atend: 23/06/2019
Paciente..... : EDILSON JOSE DA SILVA Idade: 22 a
Endereço..... : ENGENHO UMBU
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900974
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 23/06/2019 Hora Saída : 10:02

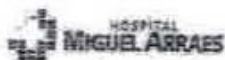
Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

DIAGNOSTICO
ENF OSCALINE

PLANTONISTA CIRURCIA GERAL / 12347
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Edson José da Silva Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
05/08/19	# Carga de M ^o # Po 2x apresentação 07/07/19 Bo Adm de gestão FO
05/08/19	*S.OT HD: 11 P ^o (28/06/19) Haste Afet. longa Por Ex. D ^o de T ^o men (D) Pte. Estável, Sem Queixas, Desembaixado Sem agitação. Fis: Circunscrito Col: 17 Físio mat ^o ns 21 Retorne com 04 Sem C/ nota RX  Dr. Naysa Moura Oncol. G ^o 403
26/09/19	A S.OT - Ambulatório HD: 11 P ^o (20/10/19) Haste Afet. longa Por Ex. D ^o de T ^o men (D). Pte. Estável, Sem Queixas, Desembaixado RX (26/08/19): Ex. Sem Sinais de Consolidação óstea. Col: 1) Retorne com 06 Sem C/ nota RX 2) Retorne T ^o men A. 3) Físio mat ^o ns  Dr. Naysa Moura Oncol. G ^o 403



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:EDILSON JOSE DA SILVA REG:126835

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	() out / 09H - 09F
23/6/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
09H	# ADMISSÃO
	PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM COXA DIREITA + PU- NHO DIREITO + ANTEBRAÇO DIREITO + MÃO ESQUERDA HÁ 3 HORAS APÓS QUEDA DE MOTO. NEGA: DESMAIOS / VÔMITOS / COMORBIDADES. AFIRMA: ALEGRIA A AINES / DIPIRONA AO EXAME: EGB, EUPNEICO CONSCIENTE ORIENTADO ACV: RCR 2T FC: 96 BPM PULSO CHEIO / PA: 120X80MMHG ABD: PLANO DEPRESSIVEL INDOLOR SNC: ECG: 15/ PUPILAS ISOCÓRICAS/ RFM+ PALPAÇÃO E MOBILIDADE INDOLOR DE: COLUNA VERTE- BRAL / BACIA/ MIE/ OMBROS/ BRAÇOS / ANTEBRAÇO E PU- NHO ESQUERDO/ PERNA E PÉ DIREITO PALPAÇÃO E MOBILIDADE DOLOROSA DE: COXA DIREITA / PUNHO D. / ANTEBRAÇO D. / COTOVELO D. FERIMENTO EM REGIÃO TENAR D EMÃO ESQUERDA / NV+ ESCORIAÇÃO EM ANTEBRAÇO DIREITO HD: LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO + FRATURA DIAFI-SÁ- RIA DE FÊMUR + FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA CD: INTERNAMENTO HOSPITALAR / AO BLOCO CIRURGICO EX. LAB / SOLICITO RESERVA SANGUINEA / RADIOGRAFIAS
	SOLICITANTE: DR. RICARDO COSTA

240619

124

9 Sept

Has D future,

Ref. As Captioned re. other info (C)
~~FAIR~~ in Fitted (C)
 Tuber a new tuber
 re. (C)
 (E)



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

Página: 0001
Data: 23/06/2019
Hora: 16:25

543-2

Aviso de Cirurgia : 57538 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 126835 EDILSON JOSE DA SILVA
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 483241
Leito : 228 VERMELHO - LEITO 001 Carteira :
Dt. Início : 23/06/2019 15:40 Dt. Fim : 23/06/2019 16:10 Idade : 22 Anos
Cid Pré-Operatório : S723 FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO	20818	FELIPE NUNES DA SILVA
URGIAO	18757	JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
URGIAO	13926	LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
ANESTESISTA	2380	GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA FECHADA DIÁFISÁRIA DE FEMUR DIREITO + LUXAÇÃO DO CARPO DIREITO + FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA
CIRURGIA: REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DO CARPO + RFFE COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO + Sutura na mão esquerda.
CIRURGIÃO: DR. FELIPE NUNES + DR. LUIZ CARVALHO + DR. JEFFERSON CALUME
1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO
ANESTESISTA: DR. GEORGE
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DE MID;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. REALIZADO REDUÇÃO FECHADA DE LUXAÇÃO DO PUNHO SOB MANOBRA ESPECÍFICA E CONFECCIONADO TALA LUVA EM ID
5. APOSICIONADO FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM FEMUR DIREITO
6. OBSERVADO REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO ACEITÁVEIS, COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. OBSERVADO FERIMENTO EM PUNHO ESQUERDO E REALIZADO SUTURA DE PELE COM NYLON 2-0 E 3-0
8. CURATIVO ESTÉRIL
9. RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

SATURADO
08/08/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

CREMEPE 28.670
Ortopedia/Traumatologia
Dr. Felipe Nunes da Silva
CRM : 20818

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 483241

Dt Atendimento: 23/06/2019 - 10:04

Dt Alta: 08/07/2019 - 18:08

Paciente: 125835 EDILSON JOSE DA SILVA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 78 ORTL-513-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

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

Observação de Alta

ELISABETE DA CONCEICAO SILVA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENCAR



Aviso de Cirurgia : 57839 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 126835 EDILSON JOSE DA SILVA Atendimento : 483241
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 78 ORTL-513-LEITO 002 Idade : 22 Anos
Dt. Início : 07/07/2019 18:00 Dt. Fim : 07/07/2019 19:00
Cid Pré-Operatório : S621 FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408020520 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Cirurgião 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
Anestesiista 14582 FELIPE CESAR LINS MENDES

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: LUXAÇÃO PERISEMILUNAR DIREITA
CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIOS K + RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO ESCAFOSEMILUNAR
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME
1º AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA
INSTRUMENTADOR (A): CLAUDIA
ANESTESISTA: DR FELIPE MENDES
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + GARROTE MSD;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABERTURA FACE DORSAL MÃO DIREITA + ABERTURA DE RETINACULO E TERCEIRO TUNEL EXTENSOR + CAPSULA ;
5. REDUÇÃO CRUENTA COM FIO DE KIRSCHNER 1.0 DA LUXAÇÃO ESCAFOSEMILUNAR
6. RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO ESCAFOSEMILUNAR COM ETHIBOND 2-0 COM PONTOS TRANSOSSEOS
7. FIXADA A ARTICULAÇÕES CARPICAS COM 4 FIOS K 1-0 SENDO 2 DO ESCAFOIDE PARA SEMILUNAR , 01 DO ESCAFOIDE PARA CAPTATO E 1 DO PIRAMIDAL PARA SEMILUNAR
8. LIMPEZA COM SF 0,9%;
9. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS;
10. CURATIVO;
11. CONTROLE COM RX;
12. TALA AXILOPALMAR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
08/08/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Hudson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720

DR(A): JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: EDILSON JOSÉ DA SILVA
IDADE: 22 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 23/06/19

REG: 126835
DATA DA ALTA: 8/7/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO
- LUXAÇÃO PERILUNAR DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 23/06 – FIXADOR EXTERNO EM COXA DIREITA + REDUÇÃO INCRUENTA E TALA EM PUNHO DIREITO
- 29/06 – REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE CEFALOMEDULAR LONGA
- 07/07 – REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIO K + RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO ESCAFOSEMILUNAR DIREITA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (CIRURGIA DA MÃO DR. JEFFERSON CALUM) (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 01 SEMANA;
- MANTER TALA ATÉ RETORNO;
- REFORÇO DO ESQUEMA VACINAL ANTI-TÉTANO NO PSF;
- FAZER USO DE CEFALEXINA POR 14 DIAS;
- 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.

→ Rison com membro operado (Anel com Auxílio de muletas, se der).

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO

SIM (x)

NÃO () CIRURGIA PLÁSTICA, digo, more (Dr. Jefferson)

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dra. Valéria Moura
Ortopedista Geral

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	23/06/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	23/06/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	EDILSON JOSE DA SILVA		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	# FRACTURA TORÇÃO DA FEMUR Dnato # LUXAÇÃO DAS OSSAS DO CARPO PEVSTUNAR Dnato.		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	# Hto Cirurgico - Redução Cirurgica + Fixação CI HASTE INTRA-ARTICULAR FEMUR Dnato + Redução Cirurgica de Luxação PEVSTUNAR + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTO ESPILOSEV. LUNAR Dnato		
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	☐ SIM	☒ NÃO	
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 DO ÓRGÃO AFETADO
1º membro Inferior Dnato ± 70%
* Impotência Sexual MED.
2º membro Superior Dnato. ± 60%
* Impotência Sexual MED.
* Rpt de articular Punho Dnato

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30/10/19 A 30/10/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: JUIZ DE FORA DATA: 30/10/19 ASSINATURA E CARIMBO:

João Ricardo P. Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1142





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: 4020-1396 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0600 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/BIBLIOTECABR/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Leila Guilherme propagadora de Carvalho
inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Edilson Jose da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.431.384 / 24
do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Edilson Jose da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.431.384 / 24, 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

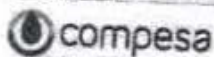
Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>andersonia.goiana@gmail.com</u>	CEP: <u>55900-000</u>	Tel./DDD: <u>(81) 3626-3771</u>

Local e Data: Goiana - PE 30/10/19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





CNPJ 08.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
AVENIDA MINES MACHADO - N.º 55900-000
ANA PE 55900-000

DADOS DO CLIENTE
MELICIO DA COSTA LEITE NETO MATRÍCULA: 18399448 20/1/2019
R DQ CAXIAS, N. 00170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRICAD: 062.498.765.8134.000 GRUPO: 13 DEB. AUTOMATICO: 018399448

SITUAÇÃO AQUA LIGADA	SITUAÇÃO PASSO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
1	1	1	1	1	1
DATA LEIT. ANTERIOR 08/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 07/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/R) REAL			

LEIT. ANT: 368
LEIT. ATU: 369
LEIT. FAT: 369

CONSUMO: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO
06/2019	05
05/2019	05
04/2019	18
03/2019	01
02/2019	01
01/2019	01
MEDIA:	05

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXTG.	PORT.	ANALISES	ATENDEN
	MS 2.924/21	REALIZ	A	LEGT
TURBIDEZ	45	45	45	45
COR APARENTE	45	45	45	45
CLOMO RESIDUAL	45	45	45	44
COLIF. TOTAIS	45	45	45	44
E. COLI	45	45	45	45

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO

TOTAL (R\$)

1 M3

68,75

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 05/05

MULTA IMPUNTUALIDADE 05/2019

JUROS DE MORA 03/2019

27,34

1,25

1,10





União Social de Energia S.A. - Criação pela Lei 10.498, de 29/04/02
CONSTITUÍDA POR: ANACARDIO, S.A. E SANEAMENTO DE SÃO PAULO S.A.

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. Afonso de Barros, 111, Boa Vista, Recife-PE, CEP 51065-002
 CNPJ 16.826.332/0001-08 | fone: 2245.00242-00 | www.cepisa.pe.gov.br

DADOS DO QUENTE:
VALMIRA SANTOS DA SILVA

ENERGIA DA UNIDADE CONTINUA
E3 (ML) 306

CPF 701 952-534-85 NIB. 18571109258

ENGENHO LUIZ GOMES
GOMES PE
55609-000

CLASSIFICAÇÃO
DE INVESTIMENTOS
EM FUNDOS COMUMS

7028016107	08/2018
16/08/2018	10/09/2018
28.77	

07201942	UNICA	09/06/2019
08/06/2019	2018190-44	0458172

[illegible]

TOTAL DA FATURA

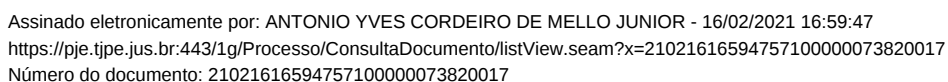
29.77

Nº DO BIBLIOTECA	VOTO DA FUNÇÃO	AUTORIADE	SALA	LITURIA	SALA	LITURIA	MDO SAL	CORRENTES	JUSTE	CONDIÇÕES JURE
								(000)		FLO

Grupos de Idade	Sexo	1960	1970	1980
0-14	Masculino	18.5	17.2	16.8
0-14	Feminino	19.2	18.1	17.5
15-24	Masculino	17.8	16.5	16.2
15-24	Feminino	18.5	17.2	16.8
25-34	Masculino	16.5	15.2	14.8
25-34	Feminino	17.2	15.8	15.5
35-44	Masculino	15.2	14.1	13.8
35-44	Feminino	16.1	14.8	14.5
45-54	Masculino	14.1	13.2	12.9
45-54	Feminino	15.2	14.1	13.8
55-64	Masculino	13.2	12.5	12.2
55-64	Feminino	14.1	13.2	12.9
65-74	Masculino	12.5	11.8	11.5
65-74	Feminino	13.2	12.5	12.2
75-84	Masculino	11.8	11.2	10.9
75-84	Feminino	12.5	11.8	11.5
85-94	Masculino	11.2	10.6	10.3
85-94	Feminino	11.8	11.2	10.9
95-104	Masculino	10.6	10.1	9.8
95-104	Feminino	11.2	10.6	10.3

[illegible]

COSTA RICA					COSTA RICA		
COSTA RICA					COSTA RICA		
ITEM	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL	ITEM	UNIDAD	CANTIDAD
1	kg	1.00	1.00	1.00	1	kg	1.00
2	kg	1.00	1.00	1.00	2	kg	1.00
3	kg	1.00	1.00	1.00	3	kg	1.00
4	kg	1.00	1.00	1.00	4	kg	1.00
5	kg	1.00	1.00	1.00	5	kg	1.00
6	kg	1.00	1.00	1.00	6	kg	1.00
7	kg	1.00	1.00	1.00	7	kg	1.00
8	kg	1.00	1.00	1.00	8	kg	1.00
9	kg	1.00	1.00	1.00	9	kg	1.00
10	kg	1.00	1.00	1.00	10	kg	1.00
11	kg	1.00	1.00	1.00	11	kg	1.00
12	kg	1.00	1.00	1.00	12	kg	1.00
13	kg	1.00	1.00	1.00	13	kg	1.00
14	kg	1.00	1.00	1.00	14	kg	1.00
15	kg	1.00	1.00	1.00	15	kg	1.00
16	kg	1.00	1.00	1.00	16	kg	1.00
17	kg	1.00	1.00	1.00	17	kg	1.00
18	kg	1.00	1.00	1.00	18	kg	1.00
19	kg	1.00	1.00	1.00	19	kg	1.00
20	kg	1.00	1.00	1.00	20	kg	1.00
21	kg	1.00	1.00	1.00	21	kg	1.00
22	kg	1.00	1.00	1.00	22	kg	1.00
23	kg	1.00	1.00	1.00	23	kg	1.00
24	kg	1.00	1.00	1.00	24	kg	1.00
25	kg	1.00	1.00	1.00	25	kg	1.00
26	kg	1.00	1.00	1.00	26	kg	1.00
27	kg	1.00	1.00	1.00	27	kg	1.00
28	kg	1.00	1.00	1.00	28	kg	1.00
29	kg	1.00	1.00	1.00	29	kg	1.00
30	kg	1.00	1.00	1.00	30	kg	1.00
31	kg	1.00	1.00	1.00	31	kg	1.00
32	kg	1.00	1.00	1.00	32	kg	1.00
33	kg	1.00	1.00	1.00	33	kg	1.00
34	kg	1.00	1.00	1.00	34	kg	1.00
35	kg	1.00	1.00	1.00	35	kg	1.00
36	kg	1.00	1.00	1.00	36	kg	1.00
37	kg	1.00	1.00	1.00	37	kg	1.00
38	kg	1.00	1.00	1.00	38	kg	1.00
39	kg	1.00	1.00	1.00	39	kg	1.00
40	kg	1.00	1.00	1.00	40	kg	1.00
41	kg	1.00	1.00	1.00	41	kg	1.00
42	kg	1.00	1.00	1.00	42	kg	1.00
43	kg	1.00	1.00	1.00	43	kg	1.00
44	kg	1.00	1.00	1.00	44	kg	1.00
45	kg	1.00	1.00	1.00	45	kg	1.00
46	kg	1.00	1.00	1.00	46	kg	1.00
47	kg	1.00	1.00	1.00	47	kg	1.00
48	kg	1.00	1.00	1.00	48	kg	1.00
49	kg	1.00	1.00	1.00	49	kg	1.00
50	kg	1.00	1.00	1.00	50	kg	1.00
51	kg	1.00	1.00	1.00	51	kg	1.00
52	kg	1.00	1.00	1.00	52	kg	1.00





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 708.431.384-24 3 - CPF da vítima: 708.431.384-24 4 - Nome completo da vítima: Rodolpho Jose da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: Rodolpho Jose da Silva 6 - CPF: 708.431.384-24
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: log. Ubu 9 - Número: 300 10 - Complemento:
11 - Bairro: log. Ubu 12 - Cidade: Garama 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000
15 - E-mail: rodrigorjose.guimaraes@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 81 3626-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 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 (ALICUDADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 42590 7
(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 não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

- ☒ 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 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 iguais 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 beneficiária não autografada
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Garama - PE 30/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



30/10/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134003395

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/10/2019 às 13:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia 23/6/2019 às 05:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, VIA PÚBLICA - RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ, - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: VIA PÚBLICA - RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ VIA PÚBLICA - RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ.**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / VIA PÚBLICA - RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
SOLANGE PEREIRA DE SOUSA (OUTRO)
EDILSON JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que esteve em posse do(s) Sr(a): EDILSON JOSÉ DA SILVA

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

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato:-

EDILSON JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Mãe: MARIA AUGUSTA DA CONCEIÇÃO Fát: JOSÉ MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 31/12/1986 Nacionalidade: JOAQUIM GOMES / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 0915217/SSR/PE (RG), 70943138424 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefones Celulares: - 980863267

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 300, ENGENHO UBU, Nº300 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA CATÓLICA DO ENGENHO UBU**

SOLANGE PEREIRA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI COR PRETA ANO 2012 PLACA FFT9586PE (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): SOLANGE PEREIRA DE SOUSA, que esteve em posse do(s) Sr(a): EDILSON JOSÉ DA SILVA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



30/10/2019

Boletim de Ocorrência

Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCOOL/GASOL

Descrição: MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ES1 COR PRETA ANO 2012 PLACA FTF5508/PE

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE NOME EDILSON JOSÉ DA SILVA, COM A INTENÇÃO DE NOTICIAR O SEGUINTE FATO: QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ES1 COR PRETA ANO 2012 PLACA FTF5508/PE PELA RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ, OCASIÃO EM QUE PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO EM UMA CURVA, CAÍDO AO SOLO, ATO CONTÍNUO FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS NA CIDADE DE RECIFE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO Nº 408236 DAQUELE NOSOCÔMIO, ONDE REGISTRA PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA EM COXA DIREITA E LERÃO EM MÃO ESQUERDA, SEM NADA MAIS DIGNO DE ASSESSAMENTO, ENCEIRO O PRESENTE B.O.

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

X Edilson José da Silva
EDILSON JOSÉ DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSE OTAVIANO NEVES PINHEIRO - Matrícula: 272926-1



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190613061
Nome do(a) Examinado(a): Edilson Jose da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Engenho Ubu, 300
Zona Rural Goiana PE CEP: 55900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9925217
Data local do acidente: [23/06/2019]
Data local do exame: [11/11/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO .
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO EM PUNHO DIREITO**

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/06/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO MAIS LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO EM PUNHO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA PARA CONTROLE DE DANOS EM FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO E REALIZAÇÃO DE MANOBRA ESPECÍFICA PARA REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO MAIS IMOBILIZAÇÃO COM TALA LUVA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 07/07/2019 PARA REDUÇÃO CRUENTA DE OSSOS DO CARPO, FIXAÇÃO COM USO DE FIO DE KIRSCHNER, RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO ESCAFO SEMILUNAR E FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA DO FÊMUR NO DIA 08/07/2019 COM USO DE HASTE INTRAMEDULAR LONGA, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE LONGITUDINAL DA COXA EM 3 CM, AFIRMA MARCHA CLAUDICANTE, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR DIREITO E SUBIR ESCADA, CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL DO PUNHO DE 10 CM DE EXTENSÃO, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CARPO, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS COM USO DA MÃO DIREITA.
Data da Alta: 10/07/2019

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

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE LONGITUDINAL DA COXA EM 3 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, AFIRMA MARCHA CLAUDICANTE, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR DIREITO E SUBIR ESCADA.
AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL DO PUNHO DE 10 CM DE EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO DE FORMA MODERADA, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CARPO, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS COM USO DA MÃO DIREITA.

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

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.**

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Seqüela):

PUNHO - Lado Direito

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PE / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

708.431.384-24

Edilson Jose da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Edilson Jose da Silva

708.431.384-24

Edilson

Rua. Ubu

300

Rua. Ubu

Yerama

PE

55700-000

edilsonjose@gmail.com

(61) 3626-3771

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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 (PAI, CURADOR, TUTOR)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 42590 7 (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 pena de anulação do pedido de indenização, que não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: 24 - Grau de parentesco com a vítima: 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar vivos: 30 - Vítima deixou nascituro (minasour)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? 34 - Vítima deixou filhos? 35 - Vítima deixou irmãos? 36 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não atestado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

Yerama-PE 30/10/2019

Edilson Jose da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



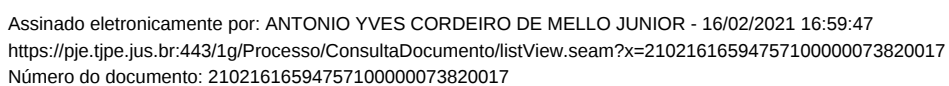
B F S COMERCIO E SERVICO LIDA - EPP
R. DOMINGOS RANOS
TERM.NET-250 80008704 DATA 13-05-2013
CORRESPONDENTE DO BANCO BRADERCO

RE. RELAC. URMARE - GELU
PUC 1242 - PROBLANTA ALPES

TIPO PERSONA: FISICA
TIPO CORTA: CORTA CORRIENTE
CORTA DE SERVICIOS: CORTA EXPRESSO 4 -
R\$ 19.79

NRU BANC01: 00052-0000123
ICRA : 10:14:38

01/11/2018 08:54:50
6030 777 5573





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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613061

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON JOSE DA SILVA

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\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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: EDILSON JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 237

Agência: 000001800-7

Conta: 0000042590-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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





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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613061

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDILSON JOSE DA SILVA

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. 00057/00058 - carta_02 - INVALIDEZ

00070029



Carta nº 15070780





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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613061

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON JOSE DA SILVA

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,

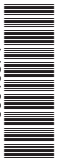
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15041638

Pag. 01741/01742 - carta_01 - INVALIDEZ

00010871



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01800-7

CONTA: 000000042590-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1911201905000000000023701800000000042590405000 PAGO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380142/19

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do acidente: 23/06/2019

CPF: 708.431.384-24

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDILSON JOSE DA SILVA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

EDILSON JOSE DA SILVA : 708.431.384-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso



PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: EDILSON JOSE DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 9.925.217 SDS/PE CPF: 708.431.384-24
Profissão: AUTONOMO
Estado Civil: SOLTEIRO
End: EN UBU,Nº300,ENGENHO UBU,GOIANA/PE.CEP:55900-00.

Outorgado:Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118SDS/PE CPF: 083.562.324-65
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-00

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao seguro dpvat, que figura como vítima **EDILSON JOSE DA SILVA**

ACIDENTE: 23/06/2019

COBERTURA: Invalidez

Goiana-PE 19 / 09 / 2019

Edilson Jose da Silva

OUTORGANTE
(POR AUTENTICIDADE)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613061

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do acidente: 23/06/2019

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO .
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO EM PUNHO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE LONGITUDINAL DA COXA EM 3 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, AFIRMA MARCHA CLAUDICANTE, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR DIREITO E SUBIR ESCADA.
AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL DO PUNHO DE 10 CM DE EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO DE FORMA MODERADA, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CARPO, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS COM USO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E PUNHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613061

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do acidente: 23/06/2019

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO .
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO EM PUNHO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE LONGITUDINAL DA COXA EM 3 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, AFIRMA MARCHA CLAUDICANTE, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR DIREITO E SUBIR ESCADA.
AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL DO PUNHO DE 10 CM DE EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO DE FORMA MODERADA, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CARPO, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS COM USO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E PUNHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	30 %	R\$ 4.050,00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014804724318
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 RENOVAÇÃO: 468876788 R.N.T.M.C.: ***** EXERCÍCIO: 2019

NOME: SOLANGE PEREIRA DE SOUSA

GOIANA-PE 0

CPF/CNPJ: 077.933.924-00 PLACA: PFT9506

PLACA ANT./UT: *****/PE CHASSI: 9C2RC1670CR551519

ESPECÍFICO: 125 / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI ANO/FAB: 2012 / 2013

CAP/FOT/CL: 2F/144CL CATEGORIA: PARTIC COF. PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1ª VENC. COTA ÚNICA: 1ª VENC. COTAS: 1ª *****
P: 1ª VENC. COTA ÚNICA: 1ª VENC. COTAS: 1ª *****
V: 1ª VENC. COTA ÚNICA: 1ª VENC. COTAS: 1ª *****
A: 1ª VENC. COTA ÚNICA: 1ª VENC. COTAS: 1ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 80.11 I.O.F. (R\$): 0.32 PREMIO TOTAL (R\$): 80.43 DATA DE PAGAMENTO: 06/02/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

GOIANA 13/06/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DETRAN - PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014804724318 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SOLANGE PEREIRA DE SOUSA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GOIANA-PE EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 13/06/19

VIA: 1 CPF/CNPJ: 077.933.924-00 PLACA: PFT9506

RENOVAÇÃO: 468876788 MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO/FAB: 2012 / 03 CHASSI: 9C2RC1670CR551519

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$): 75.03	DETRAN (R\$): 4.02	CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.05
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15	I.O.F. (R\$): 0.32	TOTAL (R\$) (R\$): 84.58

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITACÃO: 06/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 09.348.806/0001-04

DESTAQUE: O CONTRATO DO BILHETE DPVAT NÃO É DE FORTE CERTIFICADO



ARUANA SEGUROS
23 JUL 2017

