



12/05/2023

Número: **0045205-15.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO(A)) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
132869218	12/05/2023 12:05	ANEXO 2	Ações processuais\Documento de Comprovação

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

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: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Número do Sinistro: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 23/04/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

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: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

RAIANNE SILVA BARBOSA





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, 12 de Abril de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01083/01084 - carta_03 - INVALIDEZ

00050542



Carta nº 16748145





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 Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

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\$ 2.362,50

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

Recebedor: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001028

Conta: 000000050708-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUNINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUNINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CATANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 18119866-62024

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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50708 0 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 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

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, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E2093000175**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/02/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **14/10/2020** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE MATRIZ DA LUZ, 1 - Bairro: TIUMA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
BRENO SEVOLO CAVALCANTE (OUTRO)
JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: {Usado na geração da ocorrência} , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA Pai: SEVERINO LAURINDO GONÇALVES Data de Nascimento: 2/8/1968 Naturalidade: TRACUNHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3706005/SDS/PE (RG) 71068929472 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Endereço Residencial: RUA DEPUTADO METODIO GODOY, 35 - CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

BRENO SEVOLO CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): BRENO SEVOLO CAVALCANTE, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS4821** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, O MESMO VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO O PILOTO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A VITIMA A CAIR FORTEMENTE AO SOLO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA CAXANGA, PRONTUARIO 00502833, SENDO TRANSFERIDO PARA



O H.O.F, PRONTUARIO 1119587, E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA, PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, NUMERO DE ADMISSÃO 351574, ONDE OBTVEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/10/2020, CASO AFETO A DELEGACIA DE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE.

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


JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES
(VITIMA)

B.O. registrado por:  ADEILTON PEREIRA GOMES - Matrícula: 159741-8



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: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUNINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUNINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CATANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 181 9866-62024

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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50708 0 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 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

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, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

11/05/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321010412401

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000050708

Número da Autenticação

FC5C4CC4492F9F77





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20210155053430

Escritório: DOIS IRMAOS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE MOREIRA
R DEP METODIO GODOY, N. 00035 - CAXANGA RECIFE PE 50980-725
INSCRIÇÃO: 340.352.085.0136.000

Nº Contrato: 6287389

05505343.0

01/2021-2

GRUPO: 18

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 05505343.0

LIGADO	POTENCIAL	3	10/02/2021	REAL /
A16S166530	13/01/2021			

ÁGUA
LEIT. ANT.: 928
LEIT. ATUAL: 939
LEIT. FAT.: 939

CONSUMO: 11

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO

12/2020	16/	A
11/2020	8/	A
10/2020	11/	A
09/2020	15/	A
08/2020	12/	A
07/2020	15/	A
MEDIA	12/ 0	A

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E. Coli

EXIG. PELA PORT.
MS 2.914/11

126
126
126
126
126

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANÁLISES
REALIZADAS

126
126
126
126
126

ATENDEM A
LEGISLAÇÃO

124
101
126
123
125

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO 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 E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 003 UNIDADES

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

11 M3

VALOR R\$

135,39

FIS	135,39	1,65	9,23
COFINS	135,39	7,60	10,29

VENCIMENTO: 25/02/2021

TOTAL A PAGAR: 135,39

FIQUE TRANQUILO: A COMPESA PROTEGE SEUS DADOS, ATENDE A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E TRATA SEUS DADOS PESSOAIS COM ÉTICA E TRANSPARENCIA. SAIBA MAIS EM WWW.COMPESA.COM.BR.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 24/02/2021



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

05505343.0

01/2021-2

25/02/2021

TOTAL A PAGAR: 135,39

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Nome: 502833-JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-986766526
Idade: 52a 2m Nascimento: 02/08/1968
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 14/10/2020
Prontuário: 00502833
Nº Atendimento: 01454615
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUARTA-FEIRA, 14 DE OUTUBRO DE 2020 TIPO: TRANSFERÊNCIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOF

SENHA: 6044281

QP:

RELAT ODE QUEDA DE MOTO COM DOR EM PÉ/TNZ ESQUERDO. NEGA TRAU, MANA CABEÇA, DESMAIO, VOMITOS, PERDA DE CONSCIÊNCIA, DOR CERVICAL, TORACICA E ABDOMINAL, em: 14/10/20 22:10

EVOLUÇÃO:

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: J2833-JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: masculino Contatos: / 81-986766526
Assulino

Idade: 52a 2m Nascimento: 02/08/1968

Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Endereço:

RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 14/10/2020

Prontuário: 00502833

Nº Atendimento: 01454615

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TIBIA, em: 14/10/20 22:10

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERÊNCIA, em: 14/10/20 22:10

Dr. Marcelo Correia
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 19647

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 16/10/2020 00:59

Nome Paciente:	JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Cód. Paciente:	1119587
Data de Nascimento:	02/08/1968
Sexo:	Masculino
Idade:	52
Senha:	EA0003
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3483045 
SAME:	1119587

Período: 16/10/2020 01:02 - 16/10/2020 01:02

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, QUEDA DE MOTO, COM IMOBILIZAÇÃO MIE, NEGA DM/ HAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR LEVE RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/10/2020 01:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Sexo:
MASCULINO

Mãe:
SEVERINA BERNARDO DE SOUZA

Endereço:
RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

Idade:
52 Anos 2 Meses 13 Dias

Contatos:
81. 86766526 | Celular: 81.

Nasc.
02/08/1968

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 16/10/2020 00:59

Prontuário: 1119587

Nº. Atendimento: 3483045

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MARINA HIRSCHLE GALINDO

Admissão

Queixa Principal

História Clínica

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM.

Exame Físico

DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA DIR. BOA PERFUSÃO DISTAL.

Observações

RX: FRATURA TIBIA DIR

Conduta

INTERNO P CIR ELETIVA

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797

Hora: 16/10/2020 - 01:41

Dra. Marina Hirschle Galindo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15797
R. Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1119587	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO 02/08/1968
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE SEVERINA BERNARDO DE SOUZA	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 86766526 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM. DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

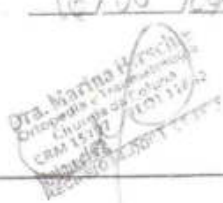
INTERNO P CIR ELETIVA

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX: FRATURA TIBIA ESQ

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA - S829	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS CIRURGICOS NAO ENCONTRADAS NA TABELA DO SUS - 0499999991		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARATER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 16/10/2020
28- CPF DO CNEP 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR) MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797		
04047839450		
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41- CBOR
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☒ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 16/10/2020	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - CÓD ORGÃO EMISSOR			
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (1631565)

Data Nascimento: 02/08/1968

52 Anos e 2 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 351574

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 20/10/2020

Serviço:

000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES é portador do diagnóstico:

CID: CID: (S822) FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Permaneceu internado do dia 17/10/2020 a 21/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 20/10/2020.

RETORNO: 16/10 /2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

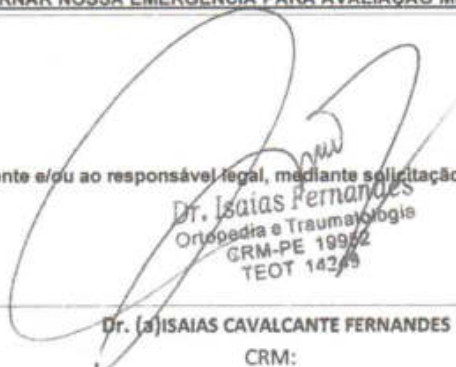
01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

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

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 20/10/2020 as 21:37


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19962
TEOT 14249
Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES
CRM:





Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (1631565)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Admissão: 351574



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA ESQUERDA

URGIA REALIZADA:

Admitido no dia 17/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ISAIAS FERNANDES

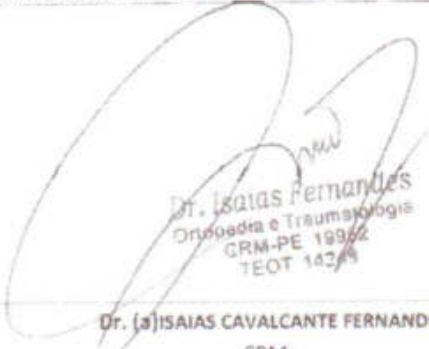
ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 16/10/20 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 60 DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 21/10/2020 as 16:40


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19962
TEOT 1428

Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES
CRM:



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 19/04/2021 12:34

Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO
Responsável:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses)
Endereço: RUA DEPUTADO METODIO GODOY
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3706005 - SDS - PE
Telefone: / 986766526
G.Instrução:
Ocupação: ASG
Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 17/10/2020 - 14:27

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOF COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA APÓS ACIDENTE DE MOTO EM 14/10/20. NEGOU ALERGIAS OU COMORBIDADES.

Exame físico:

EDEMA. NV MANTIDO. PELE ÍNTEGRA.

Hipótese diagnóstica:

1) FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - INTERNAMENTO + PREOP	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Getúlio Campos, 100 - Pico do PE

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 19/04/2021 12:34

Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO
Responsavel:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA

Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses)
Endereco: RUA DEPUTADO METODIO GODOY
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3706005 - SDS - PE
Telefone: / 986766526
G.Instrução:
Ocupação: ASG
Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 20/10/2020 - 21:34

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES - CRM : 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesista: ELIVELTON ANDRÉ

Instrumentador: EDER / ALDAIR

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

2. FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA CRITERIOSA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO MIPO PROXIMAL E DISTAL, COM FASCIOTOMIA

REDUÇÃO DE FRATURA EM PERNA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, E COLOCAÇÃO DE PLACA 4,5MM EM T 14

FUROS MEDIANTE TÉCNICA EM PONTE E FIXAÇÃO COM 06 PARAFUSOS CORTICAIS

LAVAGEM COM SF 0,9%

SINTESE POR PLANOS COM NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Prosmed

Hospital Memorial Armindo Moura

SAM

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Fone: (81) 3535-2013

Av. Cidelo Campeiro, S/N - J. do Povo - PE

Página 1 de 2

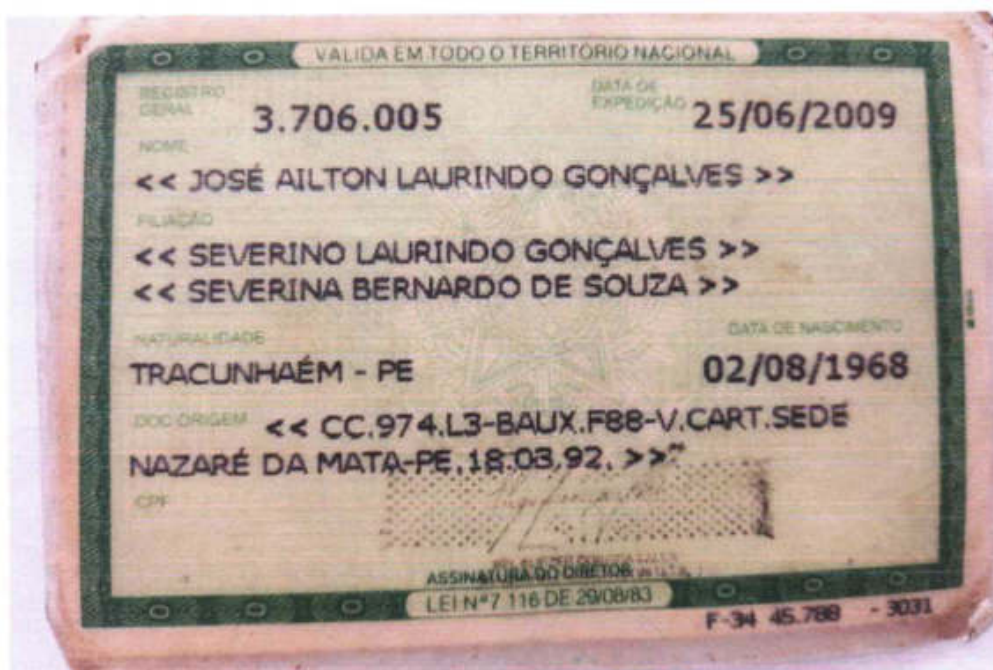


PLACA EM T 4,5MM 14 FUROS - 01 UNIDADE
PARAFUSOS CORTICAIS - 06 UNIDADES

Hospital Memorial Fernando Moura
SAMF
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3535-2013
Av. Clélio Campodónico, 244 - J. 100 - PE

Página 2 de 2







TELEPHONE ()

THE DIVERSITY MANAGEMENT HAS COME CLOSELY TO THE CORE OF THE FIRM'S STRATEGY.

THE CLARK COUNTY DISTRICT COURT HAS THE HONORABLE

© 2011 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 270: 269–276

COMS: <http://coms.cba.hawaii.edu>

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM

2/1/69,

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210104124 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES **Data do acidente:** 14/10/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210104124 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES **Data do acidente:** 14/10/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

