

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **GILMAR FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **31/0645056**

Vítima: **GILMAR FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **27/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170645056**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Repositório de documentos e informações disponíveis para consulta e download: 19010916594787500000039263438

Carta nº 12031674

Scanned by CamScanner



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **GILMAR FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170645056**

Vítima: **GILMAR FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **27/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170645056**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Catani 12081574

Resposta eletrônica nº 4381 p/Procedimento de Consulta Direta por Internet 11/2017 nº 59948 09 16594 797 700000039263451



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC
DIM7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0116003320

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/11/2017 às 11:44

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 27/11/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 15, 01, PE 15 PROXIMO AO VERDÃO MERCADO -**
Bairro: **JATOBÁ - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL -** Ponto de Referência: **VERDÃO MERCADO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHEDO (AUTOR / AGENTE)
GILMAR FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHEDO**

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

GILMAR FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA JOSE FERREIRA** Pai: **JOSE SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: 23/3/1976 Naturalidade: **NÃO INFORMADO** (PERNAMBUCO/BRASIL) Documentos: 4378469/503/PE (RG), 04921610400 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: 984794554

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO - SEGURO DPVAT.**
Endereço Residencial: **RODOVIA PE 15, 01, RUA DO AMOR N°470 JARDIM FRACOSO OLINDA - CEP: 55000-000.**
Bairro: **JATOBÁ - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, MERCADINHO DE XAVIER**

DESCONHEDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHEDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHEDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

CONTRATO

NOME Gilmar Ferreira da Silva		
NACIONALIDADE Brasileiro	ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	DATA DE NASCIMENTO: 23/05/1976	
C.F.P.: 049.216.104-60	R.G.: 4.579.469 SDS PE	
ENDEREÇO: Rua do Amor N° 749		
BAIRRO: Fragoso	CIDADE: Olinda	U.F.: PE
C.E.P.: 53250055	E-MAIL:	

CONTRATADA: Nome. _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ OAB-PE N° _____ CPF: _____

DO OBJETO DO CONTRATO

1. Constitui objeto do presente contrato a propositura, pela CONTRATADA, em nome da CONTRATANTE, de reclamação previdenciária.

DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

2. O CONTRATANTE se obriga a:

2.1. Pagar a CONTRATADA, a título de honorários advocatícios particulares, o valor de 30% (trinta por cento) sobre o valor total bruto do crédito previdenciário que vier a receber em face da ação objeto deste contrato, no ato do recebimento.

2.2. Pagar a CONTRATADA, a título de honorários advocatícios particulares, o valor de 30% (trinta por cento) do valor mensal durante 15 meses.

2.3. O CONTRATANTE autoriza, desde já, onde tramitar a ação objeto deste contrato, a reter, em favor da CONTRATADA, os valores pactuados nas cláusulas acima.

DAS OBRIGAÇÕES DOS CONTRATADOS

3. A CONTRATADA se obriga a:

3.1. Propor e acompanhar a ação objeto deste contrato.

DO FORO

4. Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato, as partes contratantes elegem o foro da cidade do Recife, Estado de Pernambuco, em detrimento de outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de mútuo e pleno acordo sobre o acima pactuado, assinam o presente instrumento de contrato, em 02 (duas) vias, juntamente as testemunhas abaixo, a tudo presentes.

Assinado eletronicamente em 02/08/2018 por 16594819400000039263483

Gilmar Ferreira da Silva

Outorgante

NESTA DATA VEIO INFORMAR QUE QUANDO TRANSITAVA POR ESTA VIA PROXIMO A INTEGRAÇÃO DA PR 13, DE REPENTE FOI ATINGIDO PELA MOTO ACIMA DESCRITA QUE NÃO PRESTOU SOCORRO, E SE EVADIU DO LOCAL, SENDO SOCORRIDO POR UM SEU AMIGO DE NOME MAURICIO QUE É SEU VIZINHO, PARA O HOSPITAL TRI CENTENÁRIO E DE LÁ FOI PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FICOU INTERNADO POR 30 DIAS QUE SOFREU INTERVENÇÃO CIRURGICAS NA CABEÇA, TORNOMELO E COSTELA SEM COMO O FUNHO DIREITO.

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

GILMAR FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: ALDEMAR GOMES DA SILVA - Matrícula: 3809323

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:37:04

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:37:04

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:37:04

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:37:04

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:37:04

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:37:04

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:37:04

EXCESSOR SEGUROS
01 DEZ 2017
ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:37:04

Resposta eletrônica 44381 g/Pr ocorrência/consulta/contrajente/15/03/18 10:37:04 16594829400000039263516



Expediente
Porque do
fecho de Fongela
direito.
O perito refere
no seu foneo
na Fongela 1.
e L. 1. 1. 1. 1.


Dr. Eduardo D. Gonçalves
C.R.C. 16.354
Ortopedista - Cir. de Mão

24/11/16

Repositório de documentos 44381 p. 19 processo de consulta de documentos 15/09/16 20:19:19 69480916594838300000039263547

SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA - HOSPITAL ULYSSES PERNAMBUCANO
FICHA DE ATENDIMENTO DATA 15/12/2017 DT ATEND: 07/10/2010 PRONT 022030

USUARIO : GILMAR FERREIRA DA SILVA
NOME PAI : JOSE SEVERINO DA SILVA
NOME MAE : MARIA JOSE FERREIRA
DI NASCI : 23/05/1978-38 ANOS NAT : OLINDA-PE SEXO : M
E CIVIL : CASADO COR : PARDA RELIGIAO : CATOLICA
PROFISSAO : AUX DEPOSITO EMPREGADO : N APOSENTADO : S
ENDEREÇO : R DO AMOR-479-JATIBA II-OLINDA-PE
DOCUMENTO : 4578469 SSP PE C N S :
FONES : 34299388 RES 92885893 ESPOSA
RESPONS : JAQUELINE QUITERIA DA SILVA-ESPOSA
DOC RESP : 8818209 SDS-PE

PROCEDENC: RESIDENCIA Recep : JOSE

-----Historico de Consultas-----

DT. ATEND.	MÉDICO	DIAG	DESTINO
26/04/2007	JANIA POGGI	160.1	RESIDENCIA
22/07/2007	VANESSA DELO	160.4	RESIDENCIA
19/11/2007	JAMES CESAR	160.1	RESIDENCIA
18/01/2009	SIMONE ANDRADE	160.1	RESIDENCIA
08/02/2009	TENILIO TAKEN	168.119	CAPS
14/07/2010	SILVANO ALVES	160.1	CAPS
20/09/2010	CINTIA MARTINS	160.1 160.2	CAPS
29/09/2010	GLESON MENDES	166 160.2	CAPS
07/10/2010	MARIA DIVA	168 160.2	CAPS

110.572.048/0016-04

HOSPITAL PSQUIÁTRICO ULYSSES PERNAMBUCANO

End. Av. Rosa e Silva, 2130
Tamarineira - CEP.: 52020-220

RECIFE - PE

15/12/17
PSA

Resposta eletrônica 4386 p/Processo de Consulta e Contraponto 15/12/17 16:59:48 09 165 94 846 7000 000 39 263 559



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GILMAR FERREIRA DA SILVA**

Sinistro: **3180138722**

Vítima: **GILMAR FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **27/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180138722** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Cartão nº 13068686

Requisição de pagamento nº 4381 p/Pr. ocorrência de consulta de sinistro emitida em 09/07/2018 às 16:59:48 0916594863900000039263583





Governo de Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

LAUDO MÉDICO PARA PERÍCIA DO INSS

NOME: Gilmar F. F. de L. L.
DATA DE NASCIMENTO: 23.05.1946
PRONTUÁRIO Nº: 500.783
MÃE: Marjory M. F. F.
PROCEDÊNCIA: Ortoterapia

Informamos que o paciente acima identificado é acompanhado no nosso serviço e, de acordo com seu prontuário, apresenta:

Diagnóstico(s) CID10: Fratura de Pélvis; Fratura de costela
Data(s) do início da(s) doença(s): 11/2015 TCE (5826 5825 5825 5094)
Data da internação hospitalar, se houve: 11/2015
Conduta e/ou tratamento atual: Alta

Prognóstico: Bom
Outras informações importantes: referir folha de prescrição

Recife

26.06.17

Assinatura e carimbo

Dr. Edgardo D. Bonfácio
CRM - 10.564
Ortopedista - Cl. de Mão

SECRETARIA PÚBLICA MUNICIPAL - Dec. Lei 963 de 08/11/1967
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Dec. Lei 5013 de 14/05/1984

Resposta de atendimento 43 e p. 9. 09/09/2017 15:59:43 09 16594873600000039263592

ASL-0108143/18
raianne.barbosa
11/07/2018 12:04:44

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURACAO

ASL-0108143/18
raianne.barbosa
11/07/2018 12:04:44

LAUDO MEDICO PARA PERICIA DO INSS

NOME: Filmeiro Aguiar do Silva
DATA DE NASCIMENTO: 27/11/1947
PRONTUÁRIO Nº: 59979920
MAE: Maria Gorete Barbosa
PROCEDENCIA: CLINICA

EXCELSIOR SEGUROS
27 MAR 2018
SEGURO DPVAT

Informamos que o paciente acima identificado é acompanhado no nosso serviço e, de acordo com seu prontuário, apresenta:

Diagnóstico: Fratura do osso costal esquerda D, T.C.
Data(s) do início da(s) doença(s): 27/11/2018
Data da internação hospitalar, se houve: 27/11/2018
Conduta e/ou tratamento atual: Uso

Prognóstico: Boa

Outras informações importantes: Tratado com analgésico para
Colocar Imobilizador
permanente

ASL-0108143/18
raianne.barbosa
11/07/2018 12:04:44

Assinatura e carimbo

ASL-0108143/18
raianne.barbosa
11/07/2018 12:04:44

Edgardo Daniel Pontillo
Ortopedista - Traumatologia
CRM - 10.564

Resposta eletrônica nº 43816196 ocorrendo consulta em 29/07/2018 às 16:59:48 0916594883200000039263598



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

Leandro Medeiros
O paciente possui
Fracatura do fêmur
superior proximal
do 03 ocos cortados,
Fracatura do Tornozelo
direito e Abombr
cruel e efoliar
(542,3 - 582,5; 582,6
506,9)
Referir não poder

Resposta eletrônica 143 El gup oca bcc e consulta de contraindicar 15/08/2019 15:26:00 19010916594893500000039263606

Data:

__/__/__

Ass. Cirurgião/Médico/CREMEPE

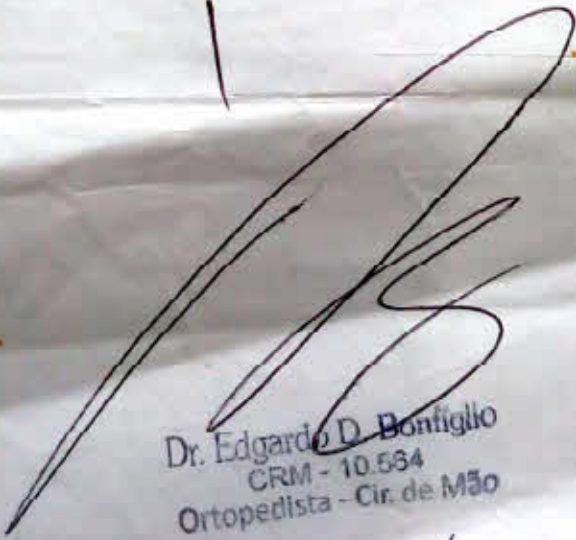
COD. 0340

Scanned by CamScanner

Num. 39837818 - Pág. 1

Trabalhe e cuidar
de moto, no dia
27/11/2017.

Refere o paciente
que "querendo o
quadro de defecção
eis".

1

Dr. Edgardo D. Bonfiglio
CRM - 10.534
Ortopedista - Cir. de Mão

11/06/18

Resposta eletrônica 4381 p/Procedimento de Consulta de Ortopedia 19/06/2018 15:59:43 0916594893500000039263606



ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

Referenciar
para
ficar

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

file
de
gestão

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

Dr. Edgardo D. Bonfiglio
CRMZ 10.564
Oncopedista - Cir. de Mão

27/4/18

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

EXCELSIOR SEGUROS
01/04/2018

*Resposta eletrônica nº 43 de 09/03/2018, encaminhada em 09/03/2018, sob o nº 19010916594904100000039263619



04921610460

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta nº: 12926212

A/C: GILMAR FERREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180138722
Vítima: GILMAR FERREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 27/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GILMAR FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000071254-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Resposta eletrônica nº 43 de 05/06/2018 às 15:09:09 19010916594915900000039263631

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180138722

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILMAR FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 27/11/2017

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER**Diagnóstico:** TCE, fratura bimaléolar direito

Descrição do exame médico pericial: vítima consciente e orientado ao exame, sem déficit cognitivo, em uso de medicação anticonvulsivante contínua. Apresenta déficit motor a direita, com alteração de marcha (+ + + + +), secundário a dano neurológico, com prejuízo de força grave nos membros superior e inferior direito, limitação na mobilidade dos membros, com cicatriz em couro cabeludo. Presença de cicatriz em tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com parafusos (tornozelo), evoluindo com déficit motor a direita. Não há relato de tratamento do TCE, embora haja cicatriz em couro cabeludo.

Sequelas permanentes:**Sequelas:** Com seqüela**Data da perícia:** 18/07/2018**Conduta mantida:** Sim

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por por seqüela em grau leve do SNC, portanto mantemos a conduta do médico examinador. Vítima indenizada anteriormente em por seqüela em grau leve do SNC, após nova avaliação e diante do acima exposto concluímos que não há indenização complementar a ser paga

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES**CRM do médico:** 17742**UF do CRM do médico:** PE**DANOS**

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS**CRM do médico:** 40989**UF do CRM do médico:** SP**Assinatura do médico:**

Assinatura eletrônica do médico revisor: 19010916594925200000039263637

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180138722

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILMAR FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 27/11/2017

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER**Diagnóstico:** TCE + fratura bimalleolar direito.

Descrição do exame médico pericial: vítima consciente e orientado ao exame, sem déficit cognitivo, em uso de medicação anticonvulsivante contínua. Apresenta déficit motor à direita, com alteração da marcha (+++), secundário a dano neurológico, com prejuízo de força grave nos membros superior e inferior direito, limitação na mobilidade dos membros, com cicatriz em couro cabeludo. Presença de cicatriz em tornozelo direito.

OBS DO MÉDICO EXAMINADOR: Apesar da vítima apresentar ao exame quadro de déficit motor à direita (conforme relatado no exame físico), não há como relacionar com o trauma, vide a ausência de documentação acerca do tratamento do TCE.

Também não há como graduar seqüela no tornozelo da vítima, uma vez que a mesma apresenta seqüela motora no membro inferior do mesmo lado da fratura (direito), impossibilitando um exame correto e direcionado ao tornozelo. Seqüela neurológica de grau leve, com quadro de crises convulsivas pós TCE, em uso de medicação anticonvulsivante.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com parafusos (tornozelo), evoluindo com déficit motor à direita. Não há relato de tratamento do TCE, embora haja cicatriz em couro cabeludo. Seqüela já estabelecida.

Seqüelas permanentes:**Seqüelas:** Com seqüela**Data da perícia:** 18/05/2018**Conduta mantida:**

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro seqüelar caracterizado por seqüela em grau leve do SNC, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES**CRM do médico:** 17742**UF do CRM do médico:** PE**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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Atendimento eletrônico nº 438169 processado em consulta de atendimento em 09/06/2018 às 09:09:09 16594935000000039263649

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Resposta de atendimento 44381 p/Processo de Consulta de Contingência 19010916594943300000039263653



PROCURAÇÃO

NOME Gulmar Ferreira da Silva		
NACIONALIDADE Brasileiro	ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	DATA DE NASCIMENTO: 23/05/1976	
C.P.F.: 049.216.104-60	R.G.: 4.579.469 SDS PE	
ENDEREÇO: Rua do Amor nº 749		
BAIRRO: Fragoso	CIDADE: Olinda	U.F.: PE
C.E.P.: 53250055	E-MAIL:	

CONTRATADA: Nome: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão _____ OAB-PE Nº _____ CPF: _____

PODERES: Aos Outorgados são conferidos poderes gerais para o foro e os da cláusula *ad iudicia et extra* para, em conjunto ou isoladamente, representar o Outorgante perante repartições, órgãos e entidades da Administração Pública Municipal, Estadual e Federal, direta ou indireta, a fim de promover a defesa dos direitos e interesses do Outorgante, podendo propor ação, defesas, recursos, transigir, desistir, receber documentos, dar e receber quitação, receber alvarás, impugnar, examinar e acompanhar processos e, enfim, praticar os demais atos inerentes ao fiel cumprimento deste mandato, o qual vigorará enquanto se encontrar entranhado em qualquer processo judicial ou, antes, caso seja revogado ou renunciado, podendo ser substelecionado por qualquer um dos Outorgados com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro, sob as penas da lei, não possuir condições econômico-financeiras de arcar com custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do meu sustento e da minha família, pelo que, nos termos da Lei 1.060/50, requiro este benefício.

DECLARAÇÃO DE RENÚNCIA: Ficam desde já renunciados pelo (a) outorgante, os créditos que excederem a 60 (sessenta) salários mínimos.

Recife, 02/08/2018

Guerra Fria 1945-1991

Responde el número 438 por correo Consultas Docentes a: 0970123102650049091659495170000039263661

Estorqante





EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV 2016
SEGURO DPVAT.

Respon de eletronic 443 el p o proceso de consulta documental 09/01/2019 16:09:49 091659495930000039263671



ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

HR Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO	
Paciente: <u>Roberto Avelino</u>	Profissão: <u></u>
Clinica: <u>35.07</u>	Box/Leito/Enfermaria: <u></u>
<u>O paciente John</u> <u>Peres John</u> <u>oculto de</u> <u>24/11/17</u> <u>direta</u> <u>de 30mg</u> <u>direta</u> <u>e John</u> <u>30mg</u>	
Data: <u>22/03/2018</u>	Ass. Contábil/Médico/CREMEPE: <u>raianne.barbosa</u>

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

EXCELSIOR SEGUROS
01 DEZ 2017
ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

Resposta eletrônica nº 4381697000000039263674

Hospital do Tricentenário

Hospital do Tricentenário

Rua Fátima Neves Sobrinho, 212 - Centro Novo
Cidade - RJ
Fone: 011-3429 3622 - Fax: 011-3429 1010
E-mail: htr@htr.org.br

Secretaria de Saúde
conveniado

Paciente: _____

Nº Cartão SUS: _____ Sexo: _____ Idade: _____

RECEITUÁRIO

Pans DPVAT
1^o
TOM
MORF
B + letm. de controle

Thales Carvalho
Traumatologia
CRM/RJ - 3608

EXCELSIOR SEGUROS
21 SET 2016
SEGURO DPVAT

Repetir após a entrega com 438 e 619 no caso de consulta de rotina. 15/09/16 15:59:09 09 16594977200000039263679

SILVA
 Benefício: 5462341780 CPF: 048.216.104-60 Data Nascimento: 23/05/1976
 Espécie: 32 - APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PREVIDENCIÁRIA Idade: 42 Anos 2 meses
 Cidade: OLINDA UF: PE CEP: 53.250-055
 6457 (01) 34918234 (01) 34920810 (01) 34295747 (01) 34297506 (01) 863021334 (01) 985888529 (01)
 (01) 85588529 (02) 87234688 (01) 83021334 (01) 83148829

UAGNENICO
 Banco: CAIXA Agência: 817 Conta:

0 Descoberto: R\$ 19,09 *QUATROPPA* Liquidado: R\$ 954,06 Margem Disponível: R\$ 5,36 Margem Cartão: R\$ 0,00

Averbação Início		Fim	VI. Financ.	VI. Quitacao	VI. Parcela	Parcelas Restas	Nº Contato	Refin. Disp.	Porta. Disp.
01/08/2017	06/2017	06/2023	R\$ 760,93	R\$ 707,23	R\$ 21,46	16 / 72	67	014601031	R\$ 33,46 R\$ 33,46
04/02/2018	11/2018	10/2022	R\$ 2.045,12	R\$ 1.779,04	R\$ 66,49	22 / 72	50	110411787	R\$ 278,64 R\$ 278,64
04/02/2018	08/2018	06/2022	R\$ 6.780,88	R\$ 5.728,41	R\$ 193,87	24 / 72	48	807201942	R\$ 960,21 R\$ 960,21
22/09/2018	01/2000	06/2000	R\$ 788,00	R\$ 308,90	R\$ 49,25	02 / 5	3	54623417800000000001	R\$ 0,00 R\$ 0,00

Margem: NÃO

*Brasileiro
de
Brasileiro prometer*

GILMAR FERREIRA DA, SILVA
23/05/1966
ID: 210206
Sex: Male
51 years

HOSPITAL DO TRICENTENARIO
Acq.: 21/02/2018
Acq.: 08:55:13.000796

10 cm

Frame: [2] 1 / 1
Zoom: 25,5%
Window/Level: 1.024/512
CR (1770x2370)

HTRI
210218
NEUDSON

Series Nb: 2

Scanned by CamScanner



GILMAR FERREIRA DA SILVA

23/05/1966

ID: 210206

Sex: Male

51 years

HTRI

213

10 cm

HOSPITAL DO TRICENTENARIO

Acq.: 21/02/2018

Acq.: 08:53:45.000578



Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 22,84%

Window/Level: 1.024/512

CR (1976x1576)

Series Nb: 1

Resposta: 4438 g/Pr: 08:53:45.000578 21/02/2018 16595007200000039263709

Scanned by CamScanner

Num. 39837921 - Pág. 1



Número do documento: 19010916595007200000039263709

 **GILMAR FERREIRA DA SILVA - M - 1976.05.23**

 **CR -**
2017.10.11 (HOSPITAL DO TRICENTENARIO -)

 **Serie 03 :**

3

GILMAR FERREIRA DA SILVA

111017
NEUDSON

2017.10.11



ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07



SUS

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07



Nome: GILMAR FERREIRA DA SILVA
Dt. Nasc.: 23/05/76 - 41 ano (s)
Mãe: MARIA JOSE FERREIRA
Endereço: R DO AMOR, nº 749, FRAGOSO, OLINDA - PE
Setor: Lello:
Data/hora: 20/11/2017 - 09:22

Nº registro: 33092
Sexo: Masculino
Fone: 81985613577

Nº pag.: 2/2

Evolução do paciente:

PACIENTE ATENDIDO NIO H.R. EM DATA 27/11/17 COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO S.I.C EMM 2711/17 COM, FRATURA TORNOZELO DIREITO NAO SABE QUANDO TCE E FRATUARA DE ARCOS COSTAIS TRANSCREVO E QUE ESTA ESCRITO NO LAUDO DE ATENDIMENTO DO H.R. E COM RASSURA DA EDATA QUER LAUDO DPVAR ORIENTA DO PEGAR B.O NA POLICIA PARA TAL FIM

Dr. THALES NOGUEIRA DE CARVALHO
CRM: 3806

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

EXCELSIOR SEGURO
01 DEZ 7111

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

ASL-0464627/17
raianne.barbosa
22/03/2018 10:38:07

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001. Nome do profissional: Dr. THALES NOGUEIRA DE CARVALHO Data: 29/11/2017 09:41:07

RUA DR. FORTES NETO Sobrinho, nº 232, Bairro Novo CEP: 53120-420 - Olinda/PE
Contato: (81) 3429-2622

Resposta eletrônica 44381 g/9r ocassada@assata@contijemtor 15/09/17/2018 16:59:50 09 165 95 023 3000 000 39263 743