

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL JOSE NETO **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 11/12/2018, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR JÁ INDENIZADO R\$1687,50.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL JOSE NETO **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL JOSE NETO **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 11/12/2018, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR JÁ INDENIZADO R\$1687,50.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL JOSE NETO **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 11/12/2018, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR JÁ INDENIZADO R\$1687,50.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: MANOEL JOSÉ NETO

RG : 2.864.262 SDS/PE

CPF: 447.538.704-30

Endereço: RUA SÃO TOME

GRAVATÁ/PE CEP: 55640-000

NASCIMENTO

RG:

Endereço: TV PARANAGUA

Estado Civil: SOLTEIRO

N:30

Bairro: ALPES SUIÇOS

Profissão: SER GERAIS

neste ato tendo assinado a rogo, CLAUDIONOR BEZZERA DO

SDS /PE CPF: 720.201.214-68

N: 17

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO , CEP 55.642-155

Est. Civil: DIVORCIADO

CPF: 847.705.894-68

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.



OUTORGANTE



CLAUDIONOR B. do NASCIMENTO
A Rogo: CLAUDIONOR BEZZERA DO NASCIMENTO

Testemunhas:

Carla Valéria S. dos S. Araújo
CARLA VALÉRIA SILVA DOS SANTOS CPF: 083.123.864-08

Maria José da Silva Filha
MARIA JOSÉ DA SILVA FILHA CPF: 809.460.704-15

(reconhecer firma por autenticidade).

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442473/18

Número do Sinistro: 3180575822

Vítima: MANOEL JOSE NETO

Data do acidente: 06/07/2018

CPF: 447.538.704-30

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL JOSE NETO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/02/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442473/18

Número do Sinistro: 3180575822

Vítima: MANOEL JOSE NETO

Data do acidente: 06/07/2018

CPF: 447.538.704-30

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL JOSE NETO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442473/18

Vítima: MANOEL JOSE NETO

CPF: 447.538.704-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2018

Titular do CPF: MANOEL JOSE NETO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

MANOEL JOSE NETO : 447.538.704-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/12/2018
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442473/18

Número do Sinistro: 3180575822

Vítima: MANOEL JOSE NETO

Data do acidente: 06/07/2018

CPF: 447.538.704-30

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL JOSE NETO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL JOSE NETO**

Nº Sinistro: **3180575822**

Vítima: **MANOEL JOSE NETO**

Data do Acidente: **06/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GLEYBSON SANTANA DO AMARAL**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180575822**.

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



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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180575822

Vítima: MANOEL JOSE NETO

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: MANOEL JOSE NETO

Nº Sinistro: 3180575822

MANOEL JOSE NETO

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180575822**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Aos Cuidados de: MANOEL JOSE NETO

Nº Sinistro: 3180575822

MANOEL JOSE NETO

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180575822**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Aos Cuidados de: MANOEL JOSE NETO

Nº Sinistro: 3180575822

MANOEL JOSE NETO

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180575822**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

447.538.704-30

Nome completo da vítima:

MANOEL JOSE NETO

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

Nome completo:

MANOEL JOSE NETO

CPF:

447.538.704-30

Profissão:

RECUSO

Endereço:

TV. PARANÁ GU

Número:

17

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GRANADA

Estado:

PE

CEP:

35642-900

E-mail:

Tel.(DDD):

81 9922815097

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2182

B/S

CONTA: 88102

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

 O IML que 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

06 DEZ 2013

Gente Seguradora S/A

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

S2011-080

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Vítima deixou Sim Não

Vivos: Falecidos:

Nascimento (vai nascer)?

 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.

Local e Data,

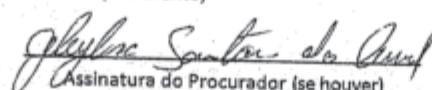
Nome: CLAUDIONOR BEZERRA DO NASCIMENTO

CPF: 720 201 219 68

CLAUDIO N. BEZERRA DO NASCIMENTO

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: CARLA VALÉRIA SILVA DOS SANTOS

CPF: 083.123.864-08

Carla Valéria S. dos S. Cirano

Assinatura

2º | Nome: MARIA JOSE DA SILVA FILHA

CPF: 803 216 0704-15

Maria Jose da Silva Filha

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062º CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ºCIRC
DINTER1/12ºDESEC

491091

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0152004692**

044 2473/18

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às **10: 2**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **6/7/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, VIA LOCAL, PROXIMO A RODOVIA**
Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MANOEL JOSE NETO (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)

MANOEL JOSE NETO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUIZA BEZERRA DA SILVA** Pai: **SEVERINO JOSE DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **13/12/1965** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **TRAVESSA PARANAGUA, 17 - CEP: 0 - Bairro: NORTE - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA NA NOITE DE (06/07/18) APOS O JOGO DO BRASIL, ESTAVA VOLTANDO PARA SUA RESIDENCIA, QUANDO, AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA LOCAL, PROXIMO A RODOVIARIA, FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA E MODELO NAO ANOTADOS. RELATA AINDA QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM RECIFE. A VITIMA SOFRE FRATURA NA CLAVICULA E OUTRAS LESOES.

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

MANOEL JOSE NETO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ELTON FERREIRA BULHOES** - Matrícula: **319807-3**



PREFEITURA MUNICIPAL
GRAVATÁ

AGORA É CRESCEMENTO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.

24/10/18
Nº CARTÃO SUS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

06/07/18

HORA:

18:51

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

IDADE:

52

IME DO PACIENTE:

Florival José Neto

TELEFONE:

DIÁGOSTICO:

TCE

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente com história de acidente de moto com perda de consciência (tonosse e minorasse). Apresenta lesão em tímpano e no orelho direito. Entretanto, a oftalmoscopia passou livre com perda auditiva.

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

120 x 80 mmHg

P. CARDIACA:

90

bpm

F. RESPIRATÓRIA:

28

TEMPERATURA:

37

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GLASGOW:

06 DEZ 2018

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA | VERBAL | SONOLENTO | CONFUSO

SEM RESPOSTA

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(+ ++ +++ ++++)
DESIDRATADO		
DESNUTRIDO		

SIM | NÃO

(+ ++ +++ ++++)

CIANÓTICO

ICTÉRICO

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES | HAS | IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

DOSAGEM

PRESCRIÇÃO REALIZADA

solo glicoproteína
couplex B.

DOSE

1000 ml H2O

MEDICAÇÃO EM USO

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
ALTERAÇÕES

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOME

-OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HB

HT

LEUCO

CPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

Tarciane Costa da Silva
Médica
CRMPE 26034

HOSPITAL
DE DESTINO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Tarciane Costa da Silva

SENHA CENTRAL

5463415

SENHA SAMU:

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
DICO:	MEDICO:	MEDICO:	CRM: Ana Cristina Veiga Silveira Neurocirurgia CRM: 23.626
M:	CRM:		

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAIDA 20:55	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			
		PLACA VTR:	

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

MOTORICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

MES ACOMPANHADOS:

DUTAS REALIZADAS:

IS VITAIS:

/ mmHg Temp. °C

RESPIRAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()

DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

CORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

06 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife PE 5011-040

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

CONDICAO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,
INDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO
CO ENCAMINHADOR.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL JOSE NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 00000088102-6

Nr. da Autenticação 47FF42A8DD0DB0E3

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA



七

GLEYBSON S D AMARAL
RUA RIVALDO BALTAZAR 56
PRADO GRAVATA PE
55642-155

RECEBA SUA FATURA POR E-MAIL.
MAIS SEGURO | MAIS FÁCIL | MAIS RÁPIDO.

36023 4342
Городок в деревне Покровка
36023 701 4342
Городок Покровка

72110503300095100000063428301200

Data da Postagem: 28/05/2020

Data do Vencimento: 10/03/2014

094000187000



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206** (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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.

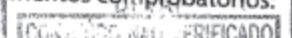
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 GLEYBSON SANTANA DO AMANAI inscrito (a) no CPF 847.705.894-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANOEL JOSE NETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.538.704-30, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL JOSE NETO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.538.704-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:



Recuso informar

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

Endereço	Rua: RIVALDO BALTAZ	Número	Complemento
Bairro	PROPO	Cidade	Estado
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			81 99228-5097

Gravataí, 05 de NOVEMBRO de 2018
 Local e Data

Gleyson Santana do Amai
 Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL
GRAVATÁ

AGORA É CRESCEMENTO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.

24/10/18
Nº CARTÃO SUS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

06/07/18

HORA:

18:51

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

IDADE:

52

IME DO PACIENTE:

Florival José Neto

ENDERECO DO PACIENTE:

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

TCE

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente com história de acidente de moto com perda de consciência (tonosse e minorasse). Apresenta lesão em tímpano e no orelho direito. Entretanto, o oftoscópio passou livre em nível auditivo.

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

120 x 80 mmHg

P. CARDIACA:

90

bpm

F. RESPIRATÓRIA:

28

TEMPERATURA:

37

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GLASGOW:

06 DEZ 2018

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA | VERBAL | SONOLENTO | CONFUSO

SEM RESPOSTA

EXAME FÍSICO:

SIM | NÃO | (+ ++ +++ ++++)

DESIDRATADO

DESNUTRIDO

SIM | NÃO

GIANÓTICO

ICTÉRICO

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES | HAS | IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

DOSAGEM

PRESCRIÇÃO REALIZADA

solo glicoprotetico
couplex B.

DOSE

1000 ml H2O

MEDICAÇÃO EM USO

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG | ALTBRAÇÕES | NORMAL

RX TORAX

RX ABDOME

-OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HB

HT

LEUCO

CPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL
DE DESTINO:

Tarciso Costa da Silva
Médica
CRMPE 26034

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Taniane Lustosa

SENHA CENTRAL

5463415

SENHA SAMU:

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
DICO:	MEDICO:	MEDICO:	CRM: Ana Cristina Veiga Silveira Neurocirurgia CRM: 23.626
M:	CRM:		

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAIDA 20:55	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			
		PLACA VTR:	

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

MOTORICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

MES ACOMPANHADOS:

DUTAS REALIZADAS:

IS VITAIS:

/ mmHg Temp. °C

RESPIRAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()

DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

CORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

06 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife PE 5011-040

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

CONDICAO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,
INDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO
CO ENCAMINHADOR.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1639652

Nome: Manoel José Neto

Foi atendido às 15h47 hs. do dia 13/07/18

Diagnóstico Próvel: Acidente motociclistico
5 dias
TCE leve

Assemento: dorragia à direita
Realizar TC: não: ausência de lesões
neurocirúrgicas, ausência de patinas
hematomas
ITD: lesão do CAF?

Tratamento Realizado: CD: alto da Neurocirurgia
Retorno ao hospital de origem
(hospital remeial paciente desembarcado)
pois está com cirurgia
de iliacais programada

Observação: 13/07/18

Cópia de:

Isabella Silvério
Neurocirurgia
CRM-PE 20148

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatório para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Cód. 0157



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.A.T.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Manoel José Neto

REGISTRO: 754239 DATA DE NASCIMENTO: 13/12/1965

RG: 2864262 ORGÃO EMISSOR: _____

ENDEREÇO: Rua: Travessa Paranágra n.º 17
Cidade: Gravataí

NOME DA MÃE: Luiza Bezerra da Silva

DATA ADMISSÃO: 11/09/2018 DATA ALTA: 14/09/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 13/09/2018 CID: 542.0

DIAGNÓSTICO: Fratura de Clavicula Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de
Retração muscular + Neuralise + Tenomiotomia
+ Retirada de Placa e Parafuso

MÉDICO: Assvaldo Coimbra

CREMEPE: 16658



JABOATÃO DOS GURARAPES, 10 DE outubro DE 2018.

Dr. Odilon Barbosa
Oncohematologista
CREMEPE: 405-5897-6322
MÉDICO

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: MANOEL JOSE NETO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ESTOU PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ANAIXO.

C20-10: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

DATA DE INTERNAMENTO: 13/07/2018

DATA DE SAÍDA/INTUBAÇÃO: 16/07/2018

DATA DE ALTA: 17/07/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 02/08/2018 HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JU/NIOR



JABOTÃO DOS GUARARAPES 07 DEZ 2018

Dr. Wilton Matos da Paz Filho
MÉDICO
CRM-PE: 26617

MÉDICO: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: MANOEL JOSE NETO

Prontuário: 754239

Atendimento: 176486

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

CID: S420

Procedimento Solicitado: 0408060379 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

Tempo de permanência Previsto:

0415010012

Procedimento SUS Realizado: 0408060379 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

0408060670 + 0403020077 + 0408060468

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

1. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento Uso de Prótese Órtese
 Diária de UTI Uso de Fatores de Coagulação
 Diária de Acompanhante Uso de Oxigenadores
 Vacina Anti - Rh Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Diagnóstico Secundário:

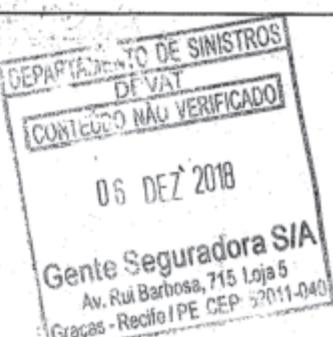
Motivo da Alta:

Data de Internação: 11/09/2018

Data da Alta: 14/09/18

Dias de Hospitalização:

dia (s),



WILTON MATOS DA PAZ FILHO

CRM: 26617

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO

CNES

5356067

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO

CNES

5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

MANOEL JOSE NETO

Nº Prontuário

754239

Cartão Nacional do SUS

898005868627816

Data de Nascimento

13/12/1965

Sexo

Masculino

RaçaCor

3

03 - Parda

Etnia

0000 - Não Se Aplica

Nome da Mãe

LUIZA BEZERRA DA SILVA

Telefone de contato

Nome Responsável

LUIZA BEZERRA DA SILVA

Endereço (Rua, Nº, Bairro)

RUA SAO TOME, 52 - ALPES SUICOS

Município

GR. VATA

IBGE

UF

CEP

260640

PE

55645036

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Reitoria da UFRN
Luis Henrique da Cunha
Luis Henrique da Cunha*

Condições que justificam a Internação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DEVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

Luis Henrique da Cunha

06-DEZ-2010

Diagnóstico Inicial / Código

CID 10 Principal

CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

CNPJ: 041501002-0
CNPJ: 041501002-0
Av. Rio Branco, 1000
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-000

Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS.

Código do Procedimento

041501002

041501002

Clínica

CIRÚRGICA

Caráter da Internação

2

Documento

() CNS () CPF

Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

Leonardo Góes

Góes

Médico

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

Data da Solicitação

11/09/2010

Assinatura e Carimbo (Nº do Conselho do Conselho)

Leonardo Góes

Góes

Médico

Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizado

MARIA CECILIA MAC DOWELL

Cód. Órgão Emissor

Nº da Autorização da Internação

(AIH)

Documento

Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

(X) CNS () CPF

20153356580007

Assinatura e Carimbo (Nº do Conselho do Conselho)

Luis Henrique da Cunha

HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 176486

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 898005868627816

Responsável:

Observação:

Prontuário: 754239

Data/Hora: 11/09/2018 18:28:25

Naturalidade

Nome: MANOEL JOSE NETO

Data de Nascimento: 13/12/1965 02:00:00

Sexo: MASCULINO

Idade: 52 Anos 9 Meses 8 Dias

Profissão:

CPF:

Identidade: 2864262 - SSP/PE

Fone:

Est. Civil: SOLTEIRO

Cônjugue:

Escolaridade:

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DO NASCIMENTO

Nome do Mãe: LUIZA BEZERRA DA SILVA

Endereço: RUA SAO TOME

Bairro: ALPES SUICOS

CEP: 55645036

Cidade: GRAVATA

UF:

Médico: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID: S420

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Manoel Rabelo da Silva

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

Data:

11/09/18 - Hora de Saída: _____ : _____ h - Médico _____

Leônido Costa Góes
Médico
CRM/PE 16658

Av. Gal. Manoel Rabelo, 126 - Centro - CEP: 54160000 - Jaboatão dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 3482-9888 - www.hmjipe.org

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: MANOEL JOSE NETO

Brontuário: 754239

Atendimento: 176486

Unidade de Internação / Leito: ENF 12 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 52 Anos, 9 Meses e 0 Dia

Diagnóstico Pré Operatório: M256 - RIGIDEZ ARTICULAR NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR (COD:040806067-0) + NEURÓLISE (COD: 040302007-7) + TENOMIOTOMIA (COD: 040806046-8) + RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS (COD: 040806037-9)

Data: 13/09/2018

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA ATÉ ABORDAGEM DE MATERIAL DE SÍNTES

TENOMIOTOMIA DE TRAPÉZIO

NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR

RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS E OBSERVADA FRATURA CONSOLIDADA

LAVAGEM CÓM SF

REVISÃO DA HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JUNIOR
Ortopedia/ Traumatologia
Cir. Ombro E Cotovelo
CRM-PE 16.886 / TEOF: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: MANOEL JOSE NETO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

DATA DE INTERNAMENTO: 13/07/2018

DATA DA CIRURGIA: 16/07/2018

DATA DE ALTA: 17/07/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 02/08/2018 HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES

Dr. Wilton Matos da Paz Filho
CRM-PE-26617
MÉDICO 07 DE JULHO DE 2018



MEDICO: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

RECEITUARIO MÉDICO

PACIENTE: MANOEL JOSE NETO

USO ORAL

- | | | | |
|---|----------------|-------|-------|
| 1. DIPIRONA 500mg | 20 COMPRIMIDOS | | |
| TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR | | | |
| [06h] | [12h] | [18h] | [24h] |
| 2. VITAMINA C 500mg | 45 COMPRIMIDOS | | |
| TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS | | | |
| 3. CEFALEXINA 500mg | 28 COMPRIMIDOS | | |
| TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS | | | |

DATA: 14/09/2018



Dr. Wilton Mota da Paz Filho
ASSINATURA E CRACHÁ
CRM-PB 1000

RECEITUÁRIO

NAME: MANOEL JOSE NETO

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

(20 SESSÕES)

CID 10:

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> S42.0 | <input type="checkbox"/> S52.4 | <input type="checkbox"/> S82.2 |
| <input type="checkbox"/> S42.2 | <input type="checkbox"/> S72.9 | <input type="checkbox"/> S82.3 |
| <input type="checkbox"/> S42.3 | <input type="checkbox"/> S72.3 | <input type="checkbox"/> S82.6 |
| <input type="checkbox"/> S42.4 | <input type="checkbox"/> S82.0 | <input type="checkbox"/> S82.5 |
| <input type="checkbox"/> S52.5 | <input type="checkbox"/> S82.1 | <input type="checkbox"/> Outro: OMBRO DIREITO |

ENCAMINHAR - SE AO POSTO DE SAÚDE PRÓXIMO AO DOMICÍLIO OU ORGÃO RESPONSÁVEL
PARA MARCAR CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA.

DATA: 27/09/2018

MÉDICO: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM - 16658

DR. OSVALDO COIMBRA JUNIOR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE 16.658 / TEOT: 13351





LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: MANOEL JOSE NETO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

1

CID-10: Z470 - SEGUIMENTO ENVOLVENDO REMOÇÃO DE PLACA DE FRATURA E OUTROS DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO INTERNA

DATA DE INTERNAMENTO: 11/09/2018

DATA DA CIRURGIA: 13/09/2018

DATA DE ALTA: 14/09/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 27/09/2018 HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR



JABOATÃO DOS GUARARAPES, 14 DE SETEMBRO DE 2018

Dr. Wilton Matos da Paz Filho
MÉDICO
CRM-PE: 26617

MÉDICO: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: WIL FERREIRA MOLINOS FILHO Nº do Registro: 000000000000000000Clínica: Cirurgia Nº do Leito:Operador: Dr. Reimundo Honório1º Assistente: Dr. Alex RZ 2º Assistente: Dr. Cestonki

Instrumentador: Anestesista:

Anestesia: Duração:

Data de Operação: Início: Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta Osteo de perna
fé

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: Exodon extenso limpa

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Retirada de DDH, 1ºº anestesiaAntissepsia + Alveoplast + Aspiração com jatoAmpliação do campo inicialLavagem gencática com sifãoExodon extenso limpa em gencas eartériasCurativoObliteração de tecido peritoneal distal em RIEA SIPA

01 FEB 2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 FEB 2019
Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE

**GRAVATÁ**

AGORA É CRESCIMENTO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA****MÉDICOS**
01/09/2019

DATA DA SOLICITAÇÃO:

27/12/17

HORA:

13:15

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

03/12/17

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

João Batista Mamedes Gómez

IDADE: 30s

ENDERÉSCO DO PACIENTE:

R. Vitor B. de Lima

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta tibio est. (Rx em anexo).

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

27 TRAUMA no tibio distal com fratura exposta conservada com fixação interna
 O/11/17 exame: EER conservado procedendo a monitorização
 R/11/17 RX tibio distal com fratura exposta conservada
 10/12 Fratura exposta fr. tibial (6) tratada com fixação interna

SINAIS VITIAIS:

PRESSÃO ARTERIAL: 90 x 60 mmHg

F. RESPIRATÓRIA:

lpm

F. CARDIACA: 88 bpm

TEMPERATURA:

°C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA	VERBAL	SONOLENTO	CONFUSO	SEM RESPOSTA	GLASGOW: 15
--------	--------	-----------	---------	--------------	-------------

EXAME FÍSICO:

SIM NÃO (+ ++ +++ ++++)DESIDRATADO DESTITRIDO SIM NÃO (+ ++ +++ ++++)CIANÓTICO ICTERICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES	HAS	IC	SEQUELA AVC	DPOC	OUTROS
----------	-----	----	-------------	------	--------

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSE

MEDICAÇÃO EM USO

DOSAGEM

Rx: 1000mg
benzodiazepina20g
160gEn
anDEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
ALTERNAÇÕES NORMAL

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS

26 FEVEREIRO 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lote 5
Recife - PE

HB	HT	LEUCO	CPK	TGO	TGP
----	----	-------	-----	-----	-----

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS

HOSPITAL DE DESTINO: HRA CRUZEIRO 23/12/2019

ENFERMAGEM CENTRAL

SENHA SAMU:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Afonso

Prontuário: _____

Data: _____ / _____ / _____

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

reto tímpano

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

Relevo dos tímpanos

Alta Hospitalar: Data: 04/02/18

Hora: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 FEVEREIRO 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lote 5
Recife - PE

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE ADRIANO MEDEIROS SILVA
Data Nasc.: 12/05/1987 Idade: 30 Sexo: MASCULINO
CPF: RG:
Endereço: RUA JOAO CABRAL DE MELO NETO
Bairro: PRINCESA DE DALLAS Cidade: GRAVATA
CEP: 55642052 Fone: 79130466
Nome da Mãe: IVANILDA MARIA MEDEIROS DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 372860

Prontuário: 310197

Cor: PARDA
CNS: 708409768769668

Religião:

Nº: 97

Estado: PE

Profissão: AUTONOMO

[Handwritten signature]
04/11/2017

2 - ATENDIMENTO Data: 03/12/2017 22:45

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Fratura exposta da fibula

Exame Físico:

Lesão na fibula

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Fratura exposta da fibula

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 MAR 2019

Gestão Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 - 10.5
Recife - PE
Horário:

Prescrição:

Data

*Dr. C.
Ortoped.
Pachos
Traumatolog
23103*

Data:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Guilherme Nogueira SilvaNº do Registro: 091012010Clínica: Urologia

Nº do Leito

Operador: Dr. Reimundo Honório1º Assistente: Dr. Alvaro RZ2º Assistente: Dr. Celton R1

Instrumentador:

Anestesiista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Esferocele exposto C101 da perna

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Fixado o terço inferiorDEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPMAT
CONTEÚDO NÃO HEREDITÁRIO
12 Fase 2Gabinete de Segurança
Av. Ali Barroso, 715 - 14.5
Recife - PE

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Retirada DDH, 1º e anestesiaAntissepsie + Anestesia + Preparação campoCirurgico esterilAmpliação do campo inicialLavagem gencitria com 1FG gExodon. o terço inferior em perna EAutomaCártioObturação tecido peritoneo distal em MIEA ARP-PA

06 JUL 2017

Cl

GRAVATÁ
SUSCRITO E CRESCENTE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

Alvaro
01/02/2012

DATA DA SOLICITAÇÃO:

03/12/17

HORA:

12:15

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

03/12/17

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

José Romano Mendes Góes

IDADE:

30

ENDERECO DO PACIENTE:

R. Vitor B. de Lima

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

FRACTURA EXPOSTA TÍBIO EST. (Rx em anexo)

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

21 TRAUMA 760 SEMS AVIS COLOMUS MOTO. SEMS PA
01/12/17 EXMO. FER CONSERVANTE PROTECTOR MONT
1/12/17 SEMS CO 77 BNF 13-90, 10, 10, 13
100% FRACTURA EXPOSTA DA TÍBIA (6) 77-1601-001-0

SINAIS VITIAIS:

PRESSÃO ARTERIAL: 90 x 60 mmHg

F. RESPIRATÓRIA: 15 rpm

F. CARDÍACA: 88 bpm

TEMPERATURA: 36,5 °C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA

VERBAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

GLASGOW:

15

EXAME FÍSICO:

SIM NÃO (+ ++ +++ ++++)

SIM NÃO (+ ++ +++ ++++)

DESIDRATADO

CIANÓTICO

DESTITRIDO

ICTÉRICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSAGEM

MEDICAÇÃO EM USO

DOSAGEM

200 mg

200

En.

160 mg

160

En.

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
ALTERAÇÕES

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOME

TOMOGRAFIA

OUTROS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTABILIZADO
12 MAR 2019

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

12 MAR 2019
Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - J. L.
Recife - PE

LABORATORIAL:

HB	HT	LEUCO	CPK	TGO	TGP	AMILASE	URINA
----	----	-------	-----	-----	-----	---------	-------

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS

HOSPITAL
DE DESTINO:

H.R.D (2016)

53/2025

TRAUMATO / 03/02/2012.

MÉDICO RESPONSÁVEL:

SENHA CENTRAL:

SENHA SAMU:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Jair Almeida

Prontuário:

Data: _____ / _____ / _____

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

culo tibio peronéos e fíbula

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

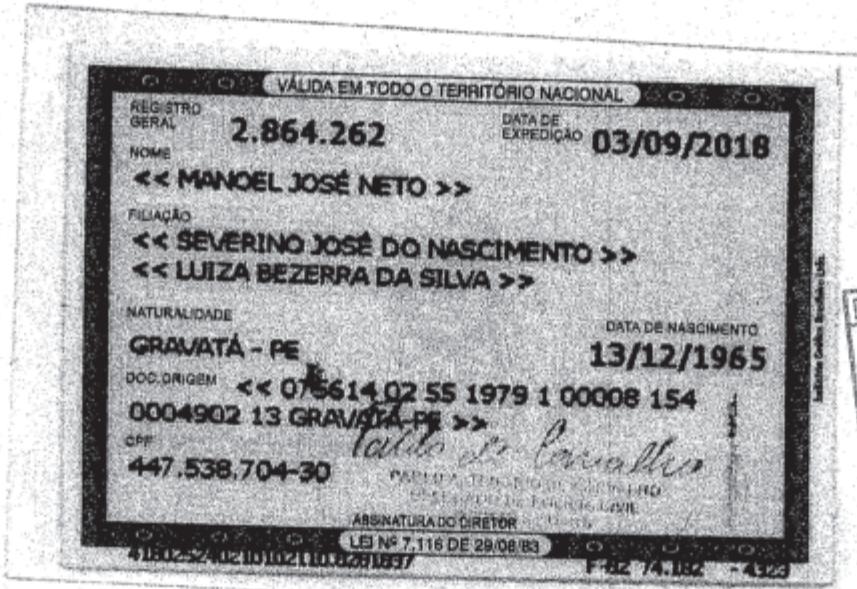
Reabilitação

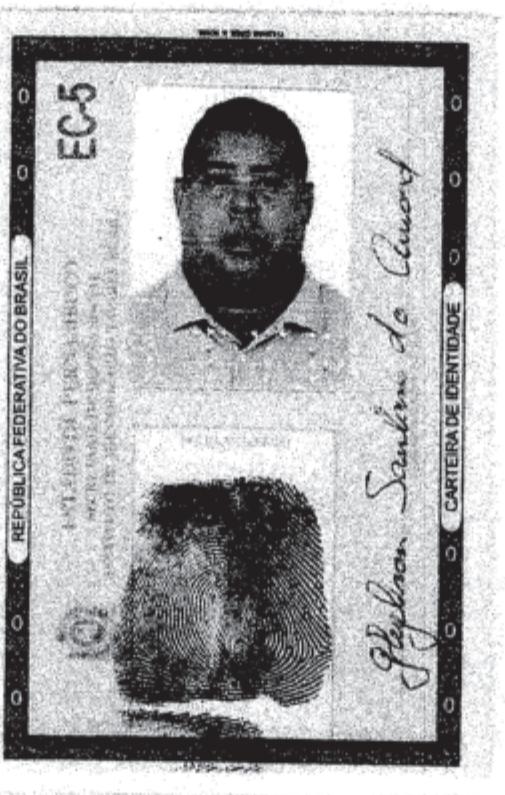
Alta Hospitalar: Data: 04/03/18

Hora: _____



Ass. do Médico e CRM
Carimbo





VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDICAO
4.339.162	01/09/2017
NAME	
<< GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>	
FILIAÇÃO	
<< RIVALDO OLIMPIO DO AMARAL >>	
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
RECIFE - PE	05/01/1976
DOC. ORIGEM	0000565 60 RECIFE - PE
<< 074971 01 55 2008 3 00001 283	
OPF	847.705.894-68
Assinatura do Policial Civil de PE	
Assinatura do Diretor	
LEI N° 7.118 DE 29/06/83	
1017720001210122656.7651186	
F-76 315.00 - 4921	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONCESSIONARIA CERTIFICADA
06 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL JOSE NETO **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

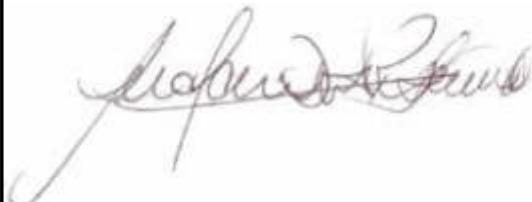
Grupo: EQ1

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL JOSE NETO **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. (PAG 4 NA DATA DE 06/12/2018)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA/PARAFUSO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EXISTEM DOCUMENTAÇÕES ACOSTADAS QUE NÃO PERTENCEM À VÍTIMA.
APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 08/03/2019,
CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR JÁ INDENIZADO R\$1687,50.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL JOSE NETO **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. (PAG 4 NA DATA DE 06/12/2018)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA/PARAFUSO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EXISTEM DOCUMENTAÇÕES ACOSTADAS QUE NÃO PERTENCEM À VÍTIMA. APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 08/03/2019, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR JÁ INDENIZADO R\$1687,50.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL JOSE NETO **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 11/12/2018, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR JÁ INDENIZADO R\$1687,50.

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