

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

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, subestabelecer 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 BEZERRA 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

CPF: 447.538.704-30

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 06/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL JOSE NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442473/18

Número do Sinistro: 3180575822

Vítima: MANOEL JOSE NETO

CPF: 447.538.704-30

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 06/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL JOSE NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442473/18

Vítima: MANOEL JOSE NETO

CPF: 447.538.704-30

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 06/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL JOSE NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442473/18

Número do Sinistro: 3180575822

Vítima: MANOEL JOSE NETO

CPF: 447.538.704-30

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 06/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL JOSE NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13686147





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

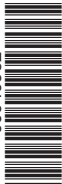
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Carta nº 13979673



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

Carta nº 14032205



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

Carta nº 14075060



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

Profissão:

RECUSA

Endereço:

TV. PARANAGUA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GRANATA

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

447.538.704-30

Número:

17

Complemento:

CEP:

55642-900

Tel.(DDD):

81 9922815097

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 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:

2192

015

CONTA:

88102

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

06 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
CNPJ 07.043.818/0001-00
CEP 52011-040

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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: 720 201 214 68

CLAUDIONOR B. 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

1ª Nome: CARLA VALÉRIA SILVA DOS SANTOS

CPF: 083.123.864-08

Carla Valéria S. dos S. Araújo

Assinatura

2ª Nome: MARIN JOSE DA SILVA FILHA

CPF: 809 460 704-15

Marina 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 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152004692**

491091

0442473/18

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

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

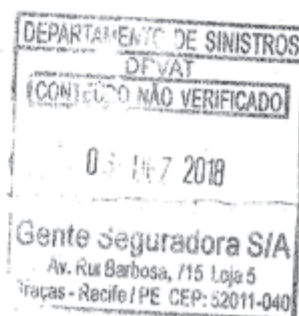
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, VIA LOCAL, PROXIMO A RODOVIA** (A. -
Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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** Pó:
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.

lo por: **EILTON FERREIRA BULH**

SDS / 10.000.000 - PE

12ª DESEC
62ª Circunscrição

GRAVATÁ - PE

12ª DESEC
62ª Circunscrição

GRAVATA-PE

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

Profissão:

RECUSA

Endereço:

TV. PARANAGUA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GRANATA

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

447.538.704-30

Número:

17

Complemento:

CEP:

55642-900

Tel.(DDD):

81 9922815097

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 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:

2192

015

CONTA:

88102

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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: 720 201 214 68

CLAUDIONOR B. 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

1ª Nome: CARLA VALÉRIA SILVA DOS SANTOS

CPF: 083.123.864-08

Carla Valéria S. dos S. Araújo

Assinatura

2ª Nome: MARIN JOSE DA SILVA FILHA

CPF: 809 460 704-15

Marina 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.

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:
NOME DO PACIENTE: Manoel Jose Neto
TELEFONE:
IDREÇO DO PACIENTE:

DIAGNÓSTICO: TCE

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

paciente com história de acidente de moto com perda de consciência momentânea e hemorragia. apresentou lesão no tórax e no membro direito. entretanto a otoscopia revelou lesão nos meios auditivos

SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL: 120 x 80 mm/Hg
F. CARDÍACA: 90 bpm

F. RESPIRATÓRIA: 28

TEMPERATURA:

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
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

sono fisiológico
coupleto B

DOSAGEM

1000 ml H₂O
na

MEDICAÇÃO EM USO

DOSAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES:

E C G
ALTERAÇÕES

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HB

HT

LEUCO

CPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL
DE DESTINO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Tarciane Custa da Silva

SENHA CENTRAL

5463415

SENHA SAMU:

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 50011-040

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: 000000088102-6

Nr. da Autenticação 47FF42A8DD0DB0E3



Terceira Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52050-922
CNPJ 10.838.932/0001-98 | Insc. Est. 6005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CLARICE BEZERRA DO NASCIMENTO

CPF 559.410.284-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÃO TOMÉ 30

ALPES SUICOS/GRAVATA
GRAVATA PE
55840-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL 025761454	SERIE ÚNICA	EMISSÃO 26/07/2018
APRESENTAÇÃO 26/07/2018	Nº DO CLIENTE 2002147427	Nº DA INSTALAÇÃO 1261962
CONDIÇÃO CONTRATO 4003744529		MÊS/ANO 07/2018
DATA DE VENCIMENTO 02/08/2018		DATA DE VENCIMENTO PROXIMA 27/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)		69,46

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	64,000000	0,74722083	47,82
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,68
Contribuição Iluminação Pública			5,16
ICMS Subvenção-CDE-NF 018259453-25/05/18			0,44
Multa por atraso-NF 022089236 - 27/08/18			1,31
Juros por atraso-NF 022089236 - 27/08/18			0,04
Atualização IGP-M-NF 022089236 - 27/08/18			0,11

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS
60143301	CAI	31-06-2018	6170,00	30-07-2018	6734,00	29
					CONSTANTE	1,0000
					AJUSTE	
					CONSUMO (KWh)	64,00

MÊS/ANO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PREÇOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
JUL 18	64	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Detalhamento de energia	R\$	18,10	14,58%
JUN 18	62	ICMS	25,00	13,10	Transmissão	R\$	2,21	4,22%
MAY 18	69	PIS	0,93	0,49	Distribuição (Celpe)	R\$	10,34	16,72%
ABR 18	61	COPINS	4,28	2,24	Perdas de energia	R\$	3,25	5,02%
MAR 18	60				Encargos Setoriais	R\$	2,68	4,19%
FEV 18	62				Tributos	R\$	15,02	20,19%
JAN 18	60				Total	R\$	52,02	100%
DEZ 17	67							
NOV 17	65							
OUT 17	73							
SET 17	75							
AGO 17	69							
JUL 17	64							

TAXAS APLICADAS	
Contribuição Abatida	9,8250000

BC03 2670 EBB 487 DUE 0890 8070 D46B

Informações importantes para o consumidor:
O cliente deve pagar a fatura dentro do prazo estabelecido para evitar o corte de energia.
O cliente deve manter a fatura em seu arquivo para consulta.
O cliente deve manter a fatura em seu arquivo para consulta.

As condições gerais de
serviço estão disponíveis em
www.celpe.com.br

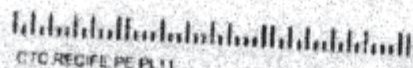
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO

06 DEZ 2018

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

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA



CTC RECIFE PE PL11

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



7211060330009640000006349530100317

RECEBA SUA FATURA POR E-MAIL
MAIS SEGURO | MAIS RÁPIDO | MAIS BARATO

3803 4342
(Capitais e regiões metropolitanas)
9500 705 4342
(Serviço nacional)

Data de Postagem: 28/06/2018

Data de Vencimento: 10/07/2018

DWG/000182099

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEMAT
CONTATO NAU VERIFICADO
06 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife / PE CEP: 52011-040

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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEYBSON SANTANA DO AMARAL 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTROLE NAU. VERIFICADO
06 DEZ 2018
Onte Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracós - Recife/PE CEP: 52111-040

Endereço <u>RUA: RIVALDO BALGAR</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>PRAPO</u>	Cidade <u>GRAVATA'</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>9922815097</u>

GRAVATA', 05 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Gleybson Santana do Amaral
Assinatura do Declarante

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:

HORA:

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

IDADE:

06/07/18

18:51

52

NOME DO PACIENTE:

Moisés José Neto

TELEFONE:

ENDEREÇO DO PACIENTE:

DIAGNÓSTICO: TCE

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

paciente com história de acidente de moto com perda de consciência momentânea e hemorragia. apresentou lesão no tórax e no membro direito. entretanto a otoscopia revelou lesão nos meios auditivos

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

120 x 80 mm/Hg

F. RESPIRATÓRIA:

28

F. CARDÍACA:

90 bpm

TEMPERATURA:

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
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

500 mg de clonazepam
coupleto B

DOSEMENTE

1000 mg
na

MEDICAÇÃO EM USO

DOSEMENTE

EXAMES COMPLEMENTARES:

E C G
ALTERAÇÕES

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HB

HT

LEUCO

CPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL
DE DESTINO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Tarciane Custa da Silva

SENHA CENTRAL

5463415

SENHA SAMU:

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

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICÍPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
DICO:	MEDICO:	MEDICO: Ana Cristina Veiga Silva Neurocirurgia CRM: 25.626	
M:	CRM:	CRM:	

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAÍDA 20:55	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICÍPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:	
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:	
SINAIS ACOMPANHADOS:	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	
SINAIS VITAIS:	
PRESSÃO / mmHg Temp. °C	
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()	
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (S)?	
COMORBIDADES DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE CEP: 52051-040

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

ORG. EXP.	UF
CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,	
SENDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO	
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 Provável: Acidente automobilístico.
no S das.
TCE leve.

Apresentando dor no joelho direito
Realizou TC crânio: ausência de lesões
neurocirúrgicas, ausência de fraturas,
hematomas

ITD: Lesão do CAE?

Tratamento Realizado: CD: Alta da Neurocirurgia
Retornar ao hospital de origem
(Hospital Memorial Albrecht dos Santos)
pois está com cirurgia
de clavícula 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 ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP- 52011-040

Cód. 0157

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

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

NOME: Manoel José Neto

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

RG: 2864262 ORGÃO EMISSOR: _____

ENDEREÇO: Rua: Travessa Paramagua n: 17
Cidade Guaratã

NOME DA MÃE: Luiza Bezerra da Silva

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

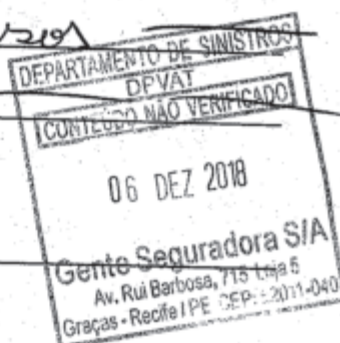
DATA DO PROCEDIMENTO: 13 / 09 / 2018 CID: S42.0

DIAGNÓSTICO: Fratura de Clavícula Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Retração muscular + Neurolise + Tenotomia
+ Retirada de Placa e Parafusos

MÉDICO: Osvaldo Coimbra

CREMEPE: 16658



JABOATÃO DOS GURARAPES, 10 DE outubro DE 2018.

Dr. Osvaldo Coimbra
Orculano da Silva
CREMEPE: 16658-8877-6182

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.

QUESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO 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.

CIO-10: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

DATA DE INTERVIMENTO: 13/07/2018

DATA DE ALTA: 17/07/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 02/08/2018

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR



JABOATÃO DOS GUARARAPES 17 DE DEZEMBRO DE 2018

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

MEDICO: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: MANOEL JOSE NETO

Prontuário: 754239

Atendimento: 176486

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

CID: S420

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

Tempo de permanência Previsto:

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

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
☐ Diária de UTI
☐ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti - Rh

- ☐ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO 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),

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

WILTON MATOS DA PAZ FILHO

CRM: 26617

Secretaria de Saúde - RJ
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora SUS - CRM: 8912

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!
06 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		CNES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES	5356067
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº Prontuário	
MANOEL JOSE NETO				754239	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia	
898005868627816	13/12/1965	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
Nome da Mãe			Telefone de contato		
LUIZA BEZERRA DA SILVA					
Nome Responsável					
LUIZA BEZERRA DA SILVA					
Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
RUA SÃO TOME, 52 - ALPES SUICOS					
Município	IBGE	UF	CEP		
GRATIA	260640	PE	55645036		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos		LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<p>Revisão de prontuário de</p>		<p>Revisão de prontuário de</p>	
Condições que justificam a Internação		<p>Revisão de prontuário de</p>	
Principais Resultados de Provas Diagnósticas		<p>Revisão de prontuário de</p>	
Diagnóstico Inicial / Código		CID 10 Principal	CID 10 Secundário
<p>Revisão de prontuário de</p>		<p>Revisão de prontuário de</p>	<p>Revisão de prontuário de</p>

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado		PROCEDIMENTO SOLICITADO		Código do Procedimento	
*RATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS				0415010012	
Clínica	Carater da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	() GNS () CPF	Leonardo Costa Gonçalves Médico		
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo (Nº do Conselho do Conselho)		
	11/09/2018		Costa Gonçalves		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito	GNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
() Acidente Trabalho Típico		CNAE da Empresa	CBO
() Acidente Trabalho Trajeto	GNPJ / Empresa		

Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador MARIA CECILIA MAC DOWELL		Cod. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		<p>SECRETARIA DE SAÚDE - SUS</p> <p>Comissão de Controle e Avaliação</p> <p>Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Autorizador(a)</p> <p>Medica Auditora/SUS - CRM: 8922</p> <p>CPF: 298.725.884-40</p>
(X) CNS () CPF	201533356580007		
Data da Autorização			

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - 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

Cônjuge:

Escolaridade:

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DO NASCIMENTO

Nome da Mãe: LUIZA BEZERRA DA SILVA

Endereço: RUA SAO TOME

Bairro: ALPES SUICOS

CEP: 55645036

Cidade: GRAVATA

UF: A

Médico: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID: S420

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

Data:

11/09/18

Hora de Saída:

h

Médico

Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM 23550

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

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

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: MANOEL JOSE NETO

Prontuário: 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 CIRURGICO 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. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

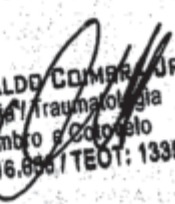
Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSE
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA ATÉ ABORDAGEM DE MATERIAL DE SÍNTESE
TENOMIOTOMIA DE TRAPEZIO
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR
RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS E OBSERVADA FRATURA CONSOLIDADA
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS


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

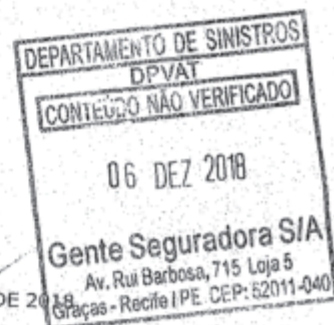
HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES - 07 DE JULHO DE 2018

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

MEDICO: WILTON MATOS DA PAZ FILHO



RECEITUARIO MÉDICO

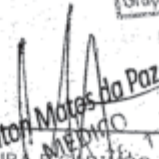
PACIENTE: MANOEL JOSE NETO

USO ORAL

1. DAPIRONA 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. CEFALOXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 14/09/2018




Dr. Wilton Mota da Paz Filho
ASSINATURA E CARIMBO
CRM - 141180

RECEITUÁRIO

NOME: 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 JR.
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 PERÍODO 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: 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

MEDICO 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

MEDICO: WILTON MATOS DA PAZ FILHO



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 372860

Prontuário: 310197

Nome: JOSE ADRIANO MEDEIROS SILVA

Data Nasc.: 12/05/1987

Idade: 30

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 708409768769668

Endereço: RUA JOAO CABRAL DE MELO NETO

Bairro: PRINCESA DE DALLAS

Cidade: GRAVATA

Nº: 97

CEP: 55642062

Fone: 79130466

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: IVANILDA MARIA MEDEIROS DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

[Handwritten signature]
04/12/2017

2 - ATENDIMENTO

Data: 03/12/2017 22:45

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Trauma com contuso na perna (E)

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Lesão na região

Diag. Provisório:

Fratura exposta de fíbula (E)

Lesão aberta na
o tornozelo de Baur
o JAT 0000 US. J

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Horizonte - PE

Prescrição:

Dr. S. Rocha
Ortopedia
Traumatologia
37103

Data

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *Cláudio Augusto Medeiros Silva*

Nº do Registro:

Clínica: *Ortopedia*

Nº do Leito

Operador: *Dr. Reimundo Henriques*1º Assistente: *Dr. Alex R2*2º Assistente: *Dr. Cleiton R1*

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura Exposta Ombro da perna E

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Fixador externo linear

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*Relato em DDH, sob anestesia**Antissepsia + Anestesia + Anestesia com veno**aplicação de gesso inicial**Lavagem da ferida com água**Fixador externo linear em perna E**Antissepsia**Curativo**Obstrução da perna de 16 cm MIE**A L R P A*Outros Assinaturas
CNS 2001

06 JUL 2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

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

GRAVATÁ
ACQUA E CRESCIMENTO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

[Handwritten signature]
01/09/2019

DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/12/19 HORA: 21: DATA DE ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM: 03/12/19 Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE: José Roberto Medeiros Silva IDADE: 30a

ENDEREÇO DO PACIENTE: R. Victor B. de Lencz TELEFONE:

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta tíbio esq. (Rx em anexos)

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:
Paciente trazido pelo serviço de emergência com trauma na região da perna esquerda. ECG conservado. Paciente em boas condições. RX em anexos. Fratura exposta da tíbia (E) com fratura.

SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL: 90 x 60 mmHg F. RESPIRATÓRIA: 16 rpm F. CARDÍACA: 88 bpm TEMPERATURA: 36,5 °C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ALERTA [] VERBAL [] SONOLENTO [] CONFUSO [] SEM RESPOSTA [] GLASGOW: 15

EXAME FÍSICO: SIM NÃO (+ ++ +++ +++)
DESIDRATADO []
DESNUTRIDO []
SISS [] NÃO [x] CIANÓTICO [x] ICTÉRICO [x]

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: DIABETES [] HAS [] IC [] SEQUELA AVC [] DPOC [] OUTROS []

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO EM USO	DOSAGEM
Acetaminofeno	2g	br.	
Paracetamol	1600mg	br.	

EXAMES COMPLEMENTARES: ECG: NORMAL RX TORAX: [] RX ABDOME: [] OUTROS: []
TOMOGRAFIA: []
LABORATORIAL: HB: [] HT: [] LEUCO: [] CPK: [] TGO: [] TGP: []

HOSPITAL DE DESTINO: HRA Caruaru 5312025 Trauma / 03/12/2019

MÉDICO RESPONSÁVEL: [] SENHA CENTRAL: [] SENHA SAMU: []

10/12 - 2018 - ALTERADO OUTUBRO/2017 - VIA ÚNICA - FORMATO A4 (210x297 mm)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Prontuário:

Data: / /

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Infarto tipo miocárdio e pericárdio

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

Relevo do tórax e cateter

Alta Hospitalar: Data:

04, 02, 18

Hora: _____



Ass. do Médico e CRM
Carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *João Augusto Medeiros Silva*Clínica: *Ortopedia*

Nº do Registro:

Operador: *Dr. Reinaldo Honorato*

Nº do Leito:

1º Assistente: *Dr. Alex R2*2º Assistente: *Dr. Cleiton R1*

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fratura Exposta Ossa da perna*
FE

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: *Fixador externo linear*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Retorção DDH, sob anestesia
Antissepsia + Anestesia + Proteção com gaze
circunferência anteroposterior
Ampliação do espaço inter
Lavagem extensiva com soro fisiológico
Fixador externo linear em perna E
Antissepsia
Curativo
Obstrução da perfuração distal com NILE
A L R P A

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPMAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
12 MAR 2017
Gente Seguradora - S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

06-06-2017
06-06-2017
06-06-2017



TRATAMENTO TRANSICIONAL
GRAVATÁ
SAÚDE E CUIDADO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

[Handwritten signature]
01/10/2019

DATA DA SOLICITAÇÃO: 23/12/19 HORA: 7h DATA DO ATERNOAMENTO NA UNIDADE DE ORDEM: 03/12/19 Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE: HÉLIO RODRIGO MACHADO SILVA IDADE: 30a

ENDEREÇO DO PACIENTE: R. VICTOR B. de LACERDA TELEFONE:

DIAGNÓSTICO: FRACTURA EXPOSTA TÍBIO ESQ. (Rx em anexo)

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

2º ET TRAZIDO pelo irmão para avaliação médica. Paciente com trauma de 01/12/19, com fratura exposta de tibia esquerda. Foi submetido a cirurgia de redução e fixação com placa e parafusos. Atualmente em uso de analgésicos e antibióticos. Não há sinais de infecção. Paciente está em boas condições gerais.

SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL: 90 x 60 mmHg F. RESPIRATÓRIA: 12 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		X	CIANÓTICO
		DESNUTRIDO		X	ICÉTERICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES HAS IC SEQUELA AVC DPOC OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO EM USO	DOSAGEM
Paracetamol	2g	Br.	
Clonazepam	160mg	Br.	

EXAMES COMPLEMENTARES:

E.C.G. ALTERAÇÕES: NORMAL RX TORAX RX ABDOME OUTROS

LABORATORIAL

HB HT LEUCO CRK TGO TGP AMILASE URINA

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS

HOSPITAL DE DESTINO: HRA CARLOS 5312025 TRAUMATOLOGIA/03/12/2019

MÉDICO RESPONSÁVEL: SENHA CENTRAL SENHA SANE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
12 MAR 2019
Ganta Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Prontuário:

Data:

Hora:

DIAGNÓSTICO:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

Alta Hospitalar: Data:

Hora:

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.864.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/09/2018

NOME << MANOEL JOSÉ NETO >>

FILIAÇÃO << SEVERINO JOSÉ DO NASCIMENTO >>
<< LUIZA BEZERRA DA SILVA >>

NATURALIDADE GRAVATA - PE DATA DE NASCIMENTO 13/12/1965

DOC. ORIGEM << 075614 02 55 1979 1 00008 154 >>
0004902 13 GRAVATA - PE

CPF 447.538.704-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

41802524021010211010291837 F42 74.182 - 4328

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 244 - 4º F.
Graças - Recife - PE 51.020-174



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOME << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

DIGIT. ORIGEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

0000565 60 RECIFE-PE >>

847.705.894-68

Assinatura: Patrícia C.G. Alcega
Assinatura do Diretor: [Assinatura]

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83

1017/28001210122856.7651186 F-76 315.700 - 4624

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTINGENCIAL VERIFICADO

06 DEFZ 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Grças - 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