



Número: **0033783-82.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL JOSE NETO (AUTOR)		LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO) BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56420 243	14/01/2020 11:06	2655362_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00337838220198172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MANOEL JOSE NETO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0033783-82.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL JOSE NETO (AUTOR)		LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO) BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56420244	14/01/2020 11:06	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822

Cidade: Gravata

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: Gravata

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: Gravata

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: Gravata

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 N.30
GRAVATA/PE CEP: 55640-000
NASCIMENTO RG: neste ato tendo assinado a rogo, CLAUDIONOR BEZZERA DO
Endereço: TV PARANAGUA 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 LIDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessario 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 BEZERRA DO NASCIMENTO

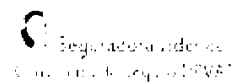
Testemunhas:

Carla Valéria S. dos S. Araújo
CARLA VALERIA SILVA DOS SANTOS CPF: 083.123.864-08
Maria Jose 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

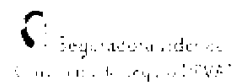
Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

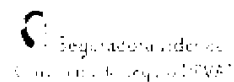
Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

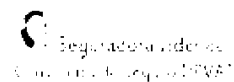
Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

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

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

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

Carta nº 13686147

Pag. 00799/00800 - carta_01 - INVALIDEZ

00020400





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

Pag. 01903/01904 - carta_02 - INVALIDEZ

00040952



Carta nº 13815010



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

Pag. 01943/01944 - carta_09 - INVALIDEZ

00030972



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

Pag. 01911/01912 - carta_09 - INVALIDEZ

00060956



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

Pag. 01371/01372 - carta_09 - INVALIDEZ

00050686



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 do 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 PARANAQUA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GRAJACA

Estado:

PR

Numero:

27

Complemento:

CEP:

33.642-000

E-mail:

Tel.(DDD):

81 4922815097

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$2.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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:

2132 013

CONTA:

88102

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/indenizável do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o aumento após a efetivação do crédito, quitação total no 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinale 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.

Pe o motivo da não realização do procedimento de perícia do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, do acordo que esta autorização não significa prévia conclusão acerca da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso o acidente ou seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte, àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando, então, a eles, do que qualquer omissão ou declaração não verdadeira na presente gerará a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 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 RCGD

Assinatura da vítima/beneficiário (de cara)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: CARLA VALERIA SILVA DOS SANTOS

CPF: 083.123.864-58

Carla Valeria S. dos S. Santos

Assinatura

2º Nome: MARIA JOSE DA SILVA FILHA

CPF: 803 460 704-15

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 RGO, 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
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DPB2ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0152004692**

491091
0442473/18

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às **18:00**

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 1, VIA LOCAL, PROXIMO A RODOVIARIA**
Bairro: **CENTRO - GRAVATÁ/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**
SEVERINO JOSE DO NASCIMENTO Data de Nascimento: **13/12/1965** Naturalidade: **NÃO INFORMADO**
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **TRAVESSA PARANAGUA, 17 - CEP: 0 - Bairro: NORTE - GRAVATÁ/PERNAMBUCO**

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. REI ATA AINDA QUANDO 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)

Registro por: **ELTON FERREIRA BULHOES** - Matrícula: **319807-3**



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:

06/07/18

18:51

IDADE:

52

NOME DO PACIENTE:

Manoel Jose Neto

TELEFONE:

ENDEREÇO DO PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

TCE

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

paciente com história de acidente de moto com perda de consciência, hemorragia, apneia, lesão na língua e um osso da clavícula. entretanto a escopria não se localiza no membro auditivo

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

170 x 80 mmHg

F. CARDÍACA:

90 bpm

F. RESPIRATORIA:

28

TEMPERATURA:

36,3°C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA

VERBAL

SOMLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

EXAME FÍSICO:

SIM NÃO

(+ + + + +)

DESDRATADO

DESNUTRIDO

SIM

NÃO

CIANÓTICO

ICTÉRICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

sem fisiologia completa B

DOSE

1000 mg

100

MEDICAÇÃO EM USO

DOSE

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG

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 Custe

SENHA CENTRAL

5963415

SENHA SAÍDA:



FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICÍPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE		RECEPTOR	
DICO:	MEDICO:	MEDICO: Ana Cristina Vaz de Sá Fono: 3100-625		
M:	CRM:	CRM:		
CONTROLE DE				

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAÍDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICÍPIO
20:50			
MOTORISTA:		PLACA VTR:	

TÓRICO DE ENFERMAGEM:

SINISTRO DE ENTRADA: _____

SEM ACOMPANHADOS: _____

OUTAS REALIZADAS: _____

SINAIS VITAIS: _____

_____/_____/____ mmHg Temp. _____ °C

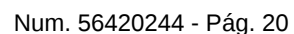
RESPIRAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (A)S? _____

CONDIÇÕES DURANTE O TRANSPORTE () IN () S QUAIS? _____

RECEBIM. DE SINISTROS
UNIDADE DE ATENDIMENTO
UNIDADE DE ATENDIMENTO
04-07-2018
Assinatura do Responsável SIA
Assinatura do Responsável SIA
Assinatura do Responsável SIA

CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE. AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,
NÃO 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: 000000088102-6

Nr. da Autenticação 47FF42A8DD0DB0E3





Nota Fiscal
Companhia Energética da Península
Av. João de Barros, 111, Bixi Yala, Recife, Pernambuco - CEP: 51060-002
CNPJ: 10.428.902/0001-28 | Inscrição Estadual: 15.003.428-53 | Atendimento: 0800-000000

DADOS DO CLIENTE
CLASSE DE SERVIÇO (CONSUMO) (VENTO)

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA
INSCRIÇÃO: 15.003.428-53

CLASSIFICAÇÃO
B1 - RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ACEP: 200.000.000.000
DATA DE: 05/04/2018

Nº DA NOTA FISCAL	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
029767452	02/08/2018	27/08/2018	69,48

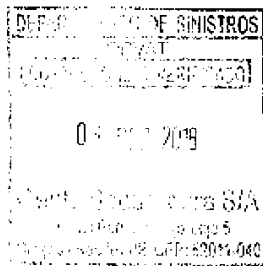
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo (energia)	64.940,00	0,717220182	46,82
Atividade Bandeira (energia)			4,48
Contribuição para o Sistema de Distribuição (energia)			0,08
Contribuição para o Sistema de Distribuição (energia)			0,44
Multa por atraso no pagamento (energia)			0,31
Juros por atraso no pagamento (energia)			0,04
Atividade de Manutenção (energia)			0,11

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO				DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
Nº DO MEDIDOR	TPO DA FATURA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONTA	VALOR	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
029767452	1	07/07/2018	07/08/2018	15.003.428-53	0,717220182	64.940,00	46,82

COMPOSIÇÃO DE VALORES			
DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	VALOR (R\$)
Transmissão	18,12	26,1%	18,12
Distribuição (energia)	10,34	14,9%	10,34
Perdas de Energia	1,28	1,8%	1,28
Encargos Setoriais	1,28	1,8%	1,28
Tributos	1,28	1,8%	1,28
Total	22,32	32,1%	22,32



RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA



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



72110507130000640000006349531100317

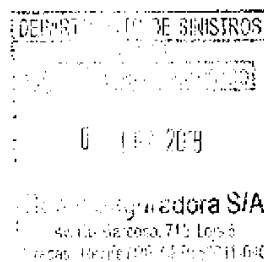
RECEBA SUA FATURA POR E-MAIL
OU SEU BOMBRILHO POR SMS | PAGER AMIGO

2003 4342
FATURA E PAGAMENTO AUTOMÁTICO
9000 706 4342
(NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO)

Data de Postagem: 25/05/2018

Data de Vencimento: 26/07/2018

ONG/000182049



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.

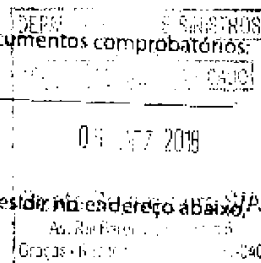
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CLEYSSON SARGANA DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847.705.894-16 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANOEL JOSE NETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.538.701-30 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MANOEL JOSE NETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.538.701-30, 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		Número	Complemento
Rua: <u>IVALDO BAIAR</u>		<u>56</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PRADO</u>	<u>GRAVATA'</u>	<u>PE</u>	<u>55642-155</u>
Fone. comercial (DDD)		Fone. celular (DDD)	
		<u>9922815097</u>	

Gravata' 05 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Cleysson Sargana do Amaral
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



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:

06/07/18

18:51

IDADE:

52

NOME DO PACIENTE:

ENDEREÇO DO PACIENTE:

Manoel Jose Neto

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

TCE

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

paciente com história de acidente de moto com perda de consciência, hemorragia, apneia, lúrio em língua e um outro cliente. entretanto a escopria passou para o meio auditivo

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

170 x 80 mmHg

F. CARDÍACA:

90 bpm

F. RESPIRATORIA:

28

TEMPERATURA:

36,3°C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA

VERBAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

EXAME FÍSICO:

SIM NÃO

(+ + + + +)

DESDRATADO

DESNUTRIDO

SIM

NÃO

CIANÓTICO

ICTÉRICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

sem fisiologia completa B

DOSE

1000 mg

200

MEDICAÇÃO EM USO

DOSE

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG

NORMAL

ALTERAÇÕES

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 Custe

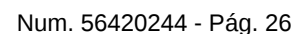
SENHA CENTRAL

5963415

SENHA SAÍDA:

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

RECEIVED DE SIKISTROS
100% VERIFICADO
06 MAR 2018
Rodrigo Segura de S.
av. de Barbosa, 116 Local
García-Rubio, 2018000000



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1639692

Nome: Manoel José Neto

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

Diagnóstico Provável: Acidente automobilístico
no SPM
TCE leve

Apresentando dor na cabeça a direita
Resposta TC cranio: ausência de lesões
neurocirúrgicas, ausência de fraturas,
hematomas

HD: Lesão do CAE?

Tratamento Realizado: CD: Alta da Neurocirurgia
Retornar ao hospital de origem
Hospital Manoel J. Neto para os exames
necessários para esta alta cirúrgica
de caráter programado

Observação: 13/07/18

Cópia de:

Isabella Silvério
Neurocirurgia
CRM-PE 20149

Médico - CRM N°

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 N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DESVAT
CONTROLE E VERIFICAÇÃO

05 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rurbaíba, 115 14º e 5º
Cidade - Recife/PE CEP: 51010-000

Cód. 0157



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.A.T.SAM 01

REVISÃO

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: 28 642 62 ORGÃO EMISSOR: _____

ENDEREÇO: Rua Transversal Paramagua n.º 17
Cidade granato

NOME DA MÃE: Luiza Bezerra da Silva

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

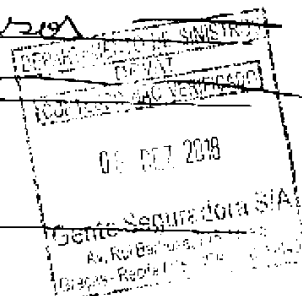
DATA DO PROCEDIMENTO: 13 / 09 / 2018 CID: S 42.0

DIAGNÓSTICO: Fratura de Clavicula Direita

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

MÉDICO: Arivaldo Coimbra

CREMEPE: 16658



JABOATÃO DOS GUARARAPES, 10 DE outubro DE 2018.

Dr. Odilene Barbosa
Orculista de Traumatologia
CREMEPE: 4501 - 5104 - 5102
MÉDICO



PACIENTE: MATEUS, GUSTAVO

PODIAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERMADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO ALCERANDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORIA CLINICA

PODIAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA APOSTARISE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO
DE 15 DIAS A PARTIR DA DATA.

ENCAMINHADO A CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL LABORACAO PARA CONSULTA DE RETORNO AO DIA
10/01/2020 ALAS.

COPIA PARA: PATRICK DA SILVA

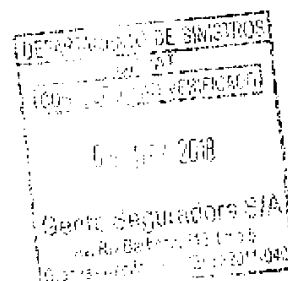
ATA DO MEDICAMENTO: 10/01/2020

COPIA PARA: 10/01/2020

COPIA DE ALTA: 14/01/2020

DATA DE RETORNO: 10/01/2020 HORARIO: 08:00

DEVIDO A ASSISTENTE: 10/01/2020 JOSE MATEUS CORDEIRO JUNIOR



Dr. Wilson Motos da Paz Filho
MÉDICO
CRM-PE: 26617

RESPOSTA: WILSON MOTOS DA PAZ FILHO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 11:06:21
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011411062166300000055503980
Número do documento: 20011411062166300000055503980

Sumário de Admissão e Alta

Nome: MANOEL JOSE NETO

Prontuário: 754239

Atendimento: 175486

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - 16110 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

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

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiologista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de UTI
☐ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti-HIV

- ☐ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ 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).

Dr. Wilton Matos da Paz Filho
MÉDICO
CRM: 26617

WILTON MATOS DA PAZ FILHO

CRM: 26617

Secretaria de Saúde - RJ
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Márcia Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora SUS - CRM: 8812

SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DE MÉDICOS
11/09/2018
Gênia Respuradora SIA
Av. General Manoel Rabelo, 115 - Jaboatão
Recife, PE 51011-000





Laudo para solicitação de autorização de internação

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	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia	
89800586627816	13/12/1965	Masculino [X] 1 Feminino [] 3	03 - Parda	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	IBGE	UF	CEP		
GR VATA	260640	PE	55645036		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos	<i>W. L. Silva</i>		
Condições que justificam a internação	<i>G. de C.</i>		
Principais Resultados de Provas Diagnósticas	<i>W. L. Silva</i>		
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
<i>W. L. Silva</i>			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento		
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPAS	0415010012		
Clínica	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	() CNS () CPF	Leonardo Costa Gomes
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo	
	11/09/2018		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
() Acidente Trabalho Típico	CNPJ Empresa	CNAE da Empresa	CBO
() Acidente Trabalho Trajetos			
Vínculo com a Previdência			
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado
() Aposentado	() Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Cod. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL		
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(X) CNS () CPF	201533356580007	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo	
	<i>Maria Cecília Mac Dowell</i>	



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:

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:

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

Telefone: (51) 3482-9888 - www.hmjppe.org



Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: MANDEL JOSE NETO

Prontuário: 754339

Atenção: 176486

Unidade de Internação / Leito: ENF 12 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 52 Anos, 9 Meses e 0 Dia

Diagnóstico Pre 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) + TENOTOMIA (COD: 040806046-8) + RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS (COD: 040806037-9)

Data: 13/09/2018

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. Auxiliar Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

03. Auxiliar 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
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA ATÉ ABORDAGEM DE MATERIAL DE SÍNTESE
TENOTOMIA DE TRAPÉZIO
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR
RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS E OBSERVADA FRATURA CONSOLIDADA
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANGOS

DR. OSVALDO COIMBRA JUNIOR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE 16.658 / TETO: 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 ENTREVÍ INTERNO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOÓS PROLOGA CIATURAL.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NÃO SE 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 JABOTÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCA DO ABAIXO.

CID-10: S420 - FRACTURA DA CLAVÍCULA

DATA DE INTERNAMENTO: 13/07/2018

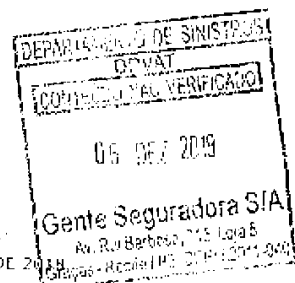
DATA DA CIRÚRGIA: 15/07/2018

DATA DE ALTA: 17/07/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 22/08/2018

ENDEREÇO: JABOTÃO

MÉDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO DE SALES JUNIOR - ORTOPEDIA



JABOTÃO DOS GUARARAPES

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

WILTON MENDES DA PAZ FILHO



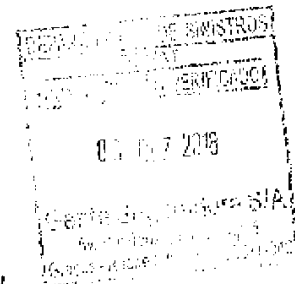
RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: MANOEL JOSE NETO

USO ORAL

1. OCEPONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
(12h) (18h) (24h)
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. CEFALEXINA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/8 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 14/09/2018



Dr. Wilson Moraes da Paz Filho
Ass. Médica
FARMACIA



RECEITUÁRIO

NOME: MANOEL JOSE NETO

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

(20 SESSÕES)

CID 10:

☒ S42.0	☐ S52.4	☐ S82.2
☐ S42.2	☐ S72.9	☐ S82.3
☐ S42.3	☐ S72.3	☐ S82.6
☐ S42.4	☐ S82.0	☐ S82.5
☐ S52.5	☐ S82.1	☐ Outro OMBRO DIREITO

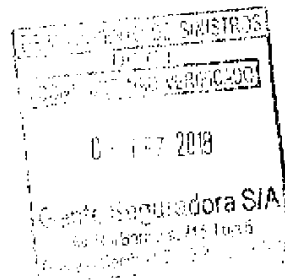
ENCAMINHAR - SE AO POSTO DE SAÚDE PRÓXIMO AO DOMICÍLIO OU ORGÃO RESPONSÁVEL
PARA MARCAR CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA.

DATA: 27/09/2019

MÉDICO: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM - 16658

DR. OSVALDO COIMBRA JR.
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE 16.658/1 TEOT: 13351



Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.limjpe.org



**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 FICOU SOB TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA / FALTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS E FICAR EM REPOUSO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MANOEL JABOATÃO PARA CONSULTA E PARA MARCAR O HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: 2470 - SEGUIMENTO ENVOLVENDO REMOÇÃO DE PLACA DE FRATURA E OUTROS DISPOSITIVOS DE
FIXAÇÃO INTERNA

DATA DE INTERNAMENTO: 11/09/2018

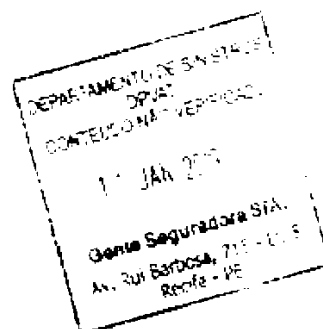
DATA DA CIRURGIA: 13/09/2018

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

HRA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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 Nº: 97
Bairro: PRINCESA DE DALLAS Cidade: GRAVATA Estado: PE
DEP: 55642067 Fone: 79130466 Profissão: AUTONOMO
Nome da Mãe: IVANILDA MARIA MEDEIROS DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATÉ COM MOTOCICLETA
Clínica: UN. CLÍNICA TRAUMATOLOGIA

[Assinatura]
03/12/2017

2 - ATENDIMENTO Data: 03/12/2017 22:45 Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal: HDA

Trauma com-contato em perna (E)

Exame Físico

PA: FC: FR:

Lesões na perna

Exame Provisório

Trauma exposta de fíbula (E)

Lesão na perna
o contusão de perna
o tra + 1000 us. J

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 FEV 2018
Gestão Seguros S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 415
Horizonte - PE

Prescrição

Data:

[Assinatura]
Data: 03/12/2017
Clínica: Traumatologia
3103



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Photo: Old Fort McPherson, N.Y.

Nº do Registro

W. J. H. M.

Mr. de Lamoignon

Dr. Reimund Herwig

2 Asesoría D. Cárdenas R.

• **Attorney General**

Abstract

16. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

Discussion

مفتی محمد رفیع الرحمن صاحب مدظلہ العالی

55

Terminology

Diagnosed Pre-Operative

Fractura Exposta Causa de dor

Discontinued File-Oriented

Disorganize Proposals

• Neg. # 15312

Exodus 24:27-31:14

It's like PDH, but anesteric

Principale + Principia + Principia compon
a) Principia a) Principia

Amplificando de 2500 a 10000

Laurem dentica von 1897

Exodo 27:1-12 em português

Act 192

Copyist

Constructive Work performance list from MIE
F. RPA

04-42-207

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
COMIT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
26 FEV 2019
Grupo Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 215 - 4º S
Recife - PE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Afonso

Prontuário: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Auto tórax pneumotórax e pleural

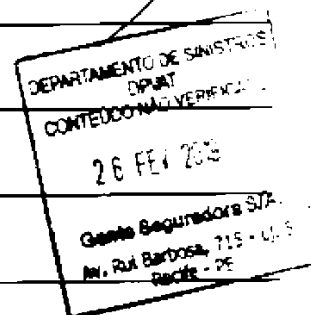
AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

Relevo do tórax esquerdo

Alta Hospitalar: Data: 04/01/20

Hora: _____



Ass. do Médico é CRM
Carimbo





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE ADRIANO MEDEIROS SILVA
Data Nasc.: 12/05/1987 Idade: 30 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
CPF: RG: CNH: 708409768769868
Endereço: RUA JOAO CABRAL DE MELO NETO
Bairro: PRINCESA DE DALLAS Cidade: GRAVATA Nº: 97
CEP: 55642082 Fone: 79130466 Estado: PE
Nome da Mãe: IVANILDA MARIA MEDEIROS DA SILVA
Acompanhante: Profissão: AUTONOMO
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

[Handwritten signature]
04/01/2020

2 - ATENDIMENTO

Data: 03/12/2017 22:45

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Trauma com contusão na perna (E)

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Lesão na perna

Laudo Provisorio:

Trauma exposta de fíbula (E)

em estado fraco
o tratamento de urgência
014 + 1000 US, IL

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
OPAT
CONTROLE NAO VERIFICAR
12 MAR 2018
Gestão Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - F
Horário

Prescrição:

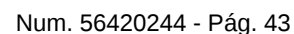
Data:

[Handwritten signature]
Data: 03/12/2017
3103



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

~~CONFIDENTIAL~~
CONFIDENTIAL
01 JUL 1977





GRAVATÁ
HOSPITAL MUNICIPAL

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/12/12 HORA: 12:12 DIA DO ATRIBUIMENTO DA UNIDADE ORÇAMENTAL: 03/12/12 Nº CREDENCIADO: 302

NOME DO PACIENTE: JOÃO CARLOS ALVES DA SILVA

ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA DA LARANJEIRA, 123 - JARDIM LARANJEIRA - GRAVATÁ - PE

DIAGNÓSTICO: LERVA EXPOSTA TÍPICA ESB. (2x 2x 2x)

HISTÓRIA RESUMIDA DO PACIENTE:

Tratado pelo SMC em 03/12/12 com sucesso. Paciente em bom estado geral. Exame físico consistente. Paciente em bom estado geral. Exame físico consistente. Paciente em bom estado geral. Exame físico consistente.

SINAIS VITAIS:

Pressão Arterial:	90 x 60 mmHg	F. Respiratória:	18 rpm
F. Cardíaca:	88 bpm	Temperatura:	36,5 °C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA [] VERBAL [] SONOLENTO [] CONFUSO [] SEM RESPOSTA [] GLASGOW: 15

EXAME FÍSICO:

SV	NÃO	(+ ++ +++ ++++)	SEM	NÃO	(+ ++ +++ ++++)
		DEBILITADO			CIANÓTICO
		DESMITRIDO			ICTÉRICO

DOENÇAS ASSOCIADAS:

DIABETES [] HAS [] IC [] SEQUELA AVC [] DPOC [] OUTROS []

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSE	MEDICAÇÃO EM USO	DOSE
Paracetamol	2g	En	
Clonazepam	1mg	En	

EXAMES COMPLEMENTARES:

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

LABORATORIAIS:

HE: HT: LEUCO: CPK: TGO: TGP: ARLASE: URINA:

TESTES COMPLEMENTARES REALIZADOS:

HOSPITAL DE DESTINO: HOSPITAL MUNICIPAL DE GRAVATÁ DATA: 03/12/2012 TRATAMENTO: 100% PE 212

MÉDICO RESPONSÁVEL: NOME CENTRAL: NOME LABORAL:

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA - HOSPITAL MUNICIPAL DE GRAVATÁ



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:

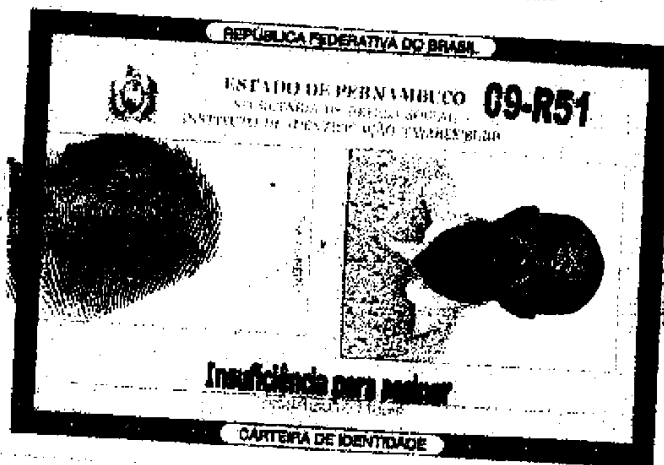
TRATAMENTO REALIZADO:

Alta Hospitalar: Data:

Hora:

Ass. do Médico é CRM
Carimbo





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.864.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/09/2018

NOME << MANOEL JOSÉ NETO >>

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

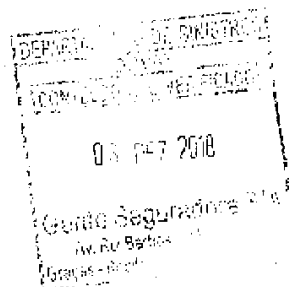
NATURALIDADE GRAVATA - PE DATA DE NASCIMENTO 13/12/1965

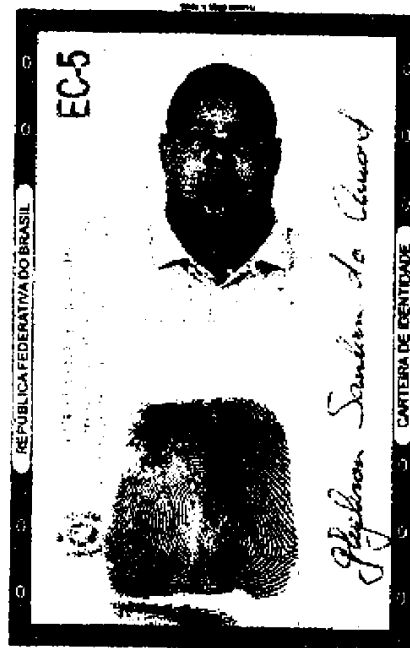
DOC. ORIGEM << 074614 02 55 1979 1 00006 154 >>
0004902 13 GRAVATA - PE >>

CPF 447.538.704-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162 DATA DE EXPIRAÇÃO 01/09/2017

NOME << GLEYSSON 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 >>

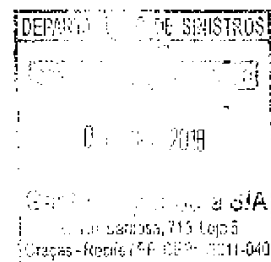
0000565 60 RECIFE-PE >>

847.705.894-68

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

1017720001210122056.7651186 F-76 318.700 - 4823



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575822

Cidade: Gravata

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: Gravata

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: Gravata

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

