



Hospital de Referência de Matão

Registro N.º 78951

Atendimento 20/05/2012

Data 20/05/2012

Hora 10:08

Usuário: WYNARACILS

CLINICA GERAL

Nome: AURELIANO JOSE ALVES
 Nascimento: 13/05/1965 Idade: 51a 3m 18d
 Mãe: JOSEFA FRANCISCA DA CONCEICAO
 Pai: NAO DECLARADO
 Endereço: VILA SANTA CRUZ Nº: Bairro:

CNS: 70000635840207

Telefone: 558193735877

CEP: 65805008

Cidade: TRACUNHAEM

UF: PE

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO:

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: ☒ Alta para casa () Encaminhamento ao ambulatório () Internar em:

() Transferência para outra unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo e CRM e CPF).

Dr. José Carlos Santos
 Médico/Infecção
 CRM-PB 0620/CRM-PE 20413

Médico - Carimbo e Assinatura

16

HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

30/08/2016 10:07



Nome Paciente: AURELIANO JOSE ALVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: 0037
Convênio:
Atendimento:

30/08/2016 10:07 - EMMANUELLE TAVARES BRAGA - classificação

Prioridade:

NÃO URGENTE

Cor:



Queixa Principal:

RELATO DE QUEDA DOR EM MSD

Observação:

Fluxograma sintoma:

INDISPOSIÇÃO MAL ESTAR

Discriminador(es):

DOR LEVE (1-4/10)?

Especialidade:

CLINICA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

08/08/2016 10:07

Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

Vida:

Situações de Alto

Risco:

Alergias Atuais do Paciente

Paciente não possui alergia

Acolhido(a) por: EMMANUELLE TAVARES BRAGA

Data: 30/08/2016 10:07



Registro N.º 75951
Atendimento: 306348
Data 18/09/2016
Hora 10:33
Usuário: SONIAMVS

CLINICA GERAL

Nome: AURELIANO JOSE ALVES
Nascimento: 13/05/1965 Idade: 51a 4m 7d
Mãe: JOSÉFA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO
Pai: NAO DECLARADO
Endereço: VILA SANTA CRUZ Nº: Bairro:

CNS: 700006895540207
Telefone: 558193735877
CEP: 55805000
Cidade: TRACUNHAEM UF: PE

QPD / HDA: *Relato de queda de moto por ± 22km/h, sem c/ dor ou ombro D.*

EXAME FÍSICO:

Dono a palpação e radiografia de ombro D.

H/D: Trauma contuso de ombro D.

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

*Profenid 01p - IM
Roxol 300mg 01p VO
D/T de ombro D.*

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*17h 06min. Nt sem alterações
Dor atou +/ orientados após
medicação.*

Dr. Roberto
C.R. 116

*Destino do Paciente: ☒ Alta para casa () Encaminhamento ao ambulatório () Internamento
() Transferência para outra unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Sde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo d'CRM e CPF).

ARUANA SEGUROS
16 NOV 2016

Médico - Carimbo e Assinatura

HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

18/09/2016 10:32

Nome Paciente: AURELIANO JOSE ALVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/05/1965
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: 0025
Convênio:
Atendimento:

18/09/2016 10:32 - GISELLI RAMOS ALVES DE ALMEIDA - classificação

Prioridade: NAO URGENTE
Cor:
Queixa Principal: AFIRMA QUEDA DE MOTO HA ALGUNS DIAS E APRESENTA DOR EM MSD
Observação: HAS - / DM - / NEGA ALERGIAS
Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE
Discriminador(es): - DOR LEVE (1-4/10)?
Especialidade: CLINICA GERAL
Alergia(s):
Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
Recursos Utilizados:
Intervenções Salva-vida:
Situações de Alto Risco:
Alergias Atuais do Paciente
Paciente não possui alergia

Acolhido(a) por: GISELLI RAMOS ALVES DE ALMEIDA
Data: 18/09/2016 10:32



POLICLÍNICA
SÃO LUCAS
CRUZ DE REBOUÇAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARASSU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
POLICLÍNICA SÃO LUCAS

Laudo Médico

Sr. Ameliano José Alves,
encontra-se com dor + diminuição
do dos movimentos e entorpecimento
e colar do D. Nervo da f. n.
o terço. Apresenta estruturas
laboratoriais

CID: 5835
M25

MÉDICO/CRM

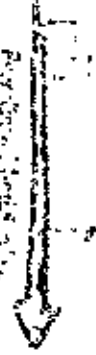
Dr. Filipe Gon.
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 18.099 / 18.099

DATA

24 OUT. 2016

Rua Augusto Vaz S/N- Cruz de Rebouças - Igarassu - PE - CEP: 53630-3
CNPJ: 120.252.14000-00 TEL: (81) 3543.1463/(81) 3543.1722

ARJANA SEGUROS
16 NOV 2016


MUNICÍPIO DE ARUA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRACUNHAÉM
CONSTRUINDO O FUTURO COM ARTE
UNIDADE MSTA MARIA GERCINA DA SILVA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA SERVIÇO DE EMERGÊNCIA



NOME DO PACIENTE: Clumeliano 1092 Oliver
REGISTRO: 66038 HORA: 10:35 DATA: 27/10/16 FONE: _____
DATA DE NASCIMENTO: 13/05/65 IDADE: 51 SEXO: ☒ M ☐ F
ENDEREÇO: R. Vida Santa Paço do Lázaro de 114
FILIAÇÃO: Paula Francisco da Conceição
QUEIXA PRINCIPAL: De um mês em diante a língua ficou após queda de um mês

PA: _____ TEM AZULAR: _____ MGT: _____

DADOS CLÍNICOS: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 2. SP

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO: 1. Difusão de sódio 1 hora 30

DOENÇA CLASSIFICAÇÃO COMPULSÓRIA () SIM () NÃO

ASSINATURA DO PROFISSIONAL: Clumeliano 1092 Oliver

ARUÁ RECIBIDOS
16 NOV 2016

Documentação médica - hospitalar



IMPRESSÃO
SANTA CASA
Serviço de Medicina Geral do Rio de Janeiro
Av. Cruz Ladeira, 15-3 - Santa Annunziata - Rio de Janeiro - RJ
Fone: (21) 3412-3300 - Email: ssc@scsanta.org.br
Site: www.santaraseguros.org.br

Registro: 270082 - Profissional: 1761153 - Data de Apresentação: 14/05/2009 - Hora: 5
ANO(5)
Nome do Paciente: **AURELIANO JOSE ALVES SILVA MESSIAS**
Nome da Mãe: **JOSEFA FRANCISCA DA CONCEICAO**
CPF: 6521715240

Data: 11/04/2010

SUMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO:
S-60 - TRAUMATISMO DO TENDÃO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: ACROMIOLÍSE

Tendão do bíceps

It Cirúrgico da lesão do manguito CÓDIGO: 040801014-5

040806043-3

040801014-2

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO

PROCEDIMENTO REALIZADO: ACROMIOLÍSE

Tendão do bíceps

It Cirúrgico da lesão do manguito CÓDIGO: 040801014-5

040806043-3

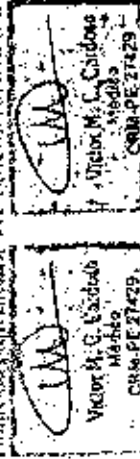
040801014-2

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	DILAMAR PINTO	11619
2	1.AUX CIRÚRGICO		
3	2.AUX CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA	BLOQUEIO DE PLEXO	
5	ANESTESISTA	MIKAELA	22019
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

ARUANA SEGURODORA
03 JUL 2009

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de 2004.
Nome do profissional: VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO CRM: 27429 Data e Hora: 14/05/2009 12:45:38



RECIBO DE PAGAMENTO

DECLARAÇÃO

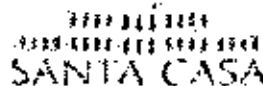
Eu, **AURELIANO JOSE ALVES**, portador do CPF nº **116.153.116-11**, nascido em **11/04/2019** com diagnóstico de **DIABETES MELLITUS**, declaro que recebi o medicamento **Insulina** no valor de **R\$ 100,00** em 10 de Maio de 2019.

ARIANA SEGUNDA
03 JUL 2019

Recife, 10 de Maio de 2019.

Assinado
em 10 de Maio de 2019
por Roberta Cavalcanti de Almeida

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fones: FAPX 3412-3500 | E-mail: sa-cabugá@santa-casarecife.org.br
www.santa-casarecife.org.br

Registro: 526487 (1001) para: F10115 - Santa Casa de Misericórdia do Recife - PE
Nome do Paciente: AURELIANO JOSE ALVES SOUZA, Masculino
Nome do Mãe: JOSEFA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO
CPF: 65212152000

Data: 11/04/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Lesão do manguito + impacto + lesão osseá no biceps do

Diagnóstico pós-operatório: Sutura do impacto + lesão do manguito + lesão do biceps

Cirurgia: Acromioplastia + tenodese do biceps + artroscopia de reparo do manguito

Cirurgião: Dilamar Pinto

Anestesiista: Bloqueio de plexo e geral

Anestesia: Mixada

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

ARUANA SECURADORA
03 JUL 2019

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cabeça de prona
2. Assepsia e antissepsia
3. Aposição de campos cirúrgicos
4. Realizado incisão lateral do ombro. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado lesão extensa do manguito, lesão tendinopatia do cabotongo do biceps e sinais de impacto
5. acromioplastia c/ osteotomia
6. Tenotomia e tenodese do biceps e sutura de lesão do supra, infra e subscapular c/ ethibond trans osseo
7. Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
8. Sutura por planos com Vycril e Nylon
9. Curativo + tórax

Recife, 11/04/2019-17:28

Dr. DILAMAR MOREIRA PINTO
CRM: 11619

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24-08-2001
Nome do profissional: DILAMAR MOREIRA PINTO, CRM: 11619. Data e Hora: 11/04/2019 17:29:15

Sanja Casa de Misericordia do Anjo
do Rio Cabuçu, 103 São Antonio, Rio de Janeiro
Brasil. FAX 2012 24411111 e 24411112. e-mail: casamj@uol.com.br
<http://www.casamj.com.br>

Nome do Paciente: AURELIANO JOSE ALVES SOUZA MARIANO
Nome da Mãe: JOSEFA FRANCISCA DA CONCEICAO
CPF: 550.152.990

RESUMO DE CASO: OPERAÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO.

ARUANA SEGUROTORA
03 JUL 2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.206-2 de 21 de 2001.
Nome do profissional: VICTOR MACHADO DE CAVALHO CARDOSO, CRM 27420 Data e Hora: 04 de 2019 10:17

Victor M. C. Cardozo
Medico
Sept 27 1928

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro
Av. Cruz Cabugá, 1.565 - Santa Amália - Rio de Janeiro - RJ
FONE: (021) 324.3321 | E-MAIL: adm@scmrj.org.br
Site: www.scmrj.org.br

11

ARIANA SECURADORA
03 JUL 2013

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória nº 2.206-2 de 24/08/2001, e a autenticidade pode ser verificada no endereço www.dilatar.org.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Convênio de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1155830/16

Número do Sinistro: 3160695726

Vítima: AURELIANO JOSE ALVES

CPF: 652.171.524-09

Seguradora: ARUANA SEGURODORA S/A

Data do acidente: 30/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AURELIANO JOSE ALVES

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 fiança 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: 03/07/2019

Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

CPF: 919.419.384-34

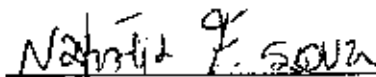
MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019

Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

CPF: 109.530.024-54



NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

ARUANA SEGURODORA
03 JUL 2019

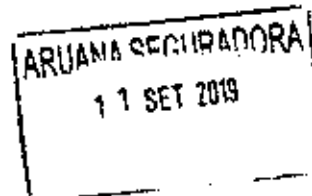


SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Dr. Antonio Xavier, s/n.
 CEP: 55.865-000 - Macaparana - PE
 CNPJ: 11.361.888/0001-04
 Fone: (81) 3639-1156
 www.macaparana.com.br

RECEITUÁRIO

Aureliano José Alves
 vítima de acidente com
 moto no dia 30/08/2016
 teve trauma AISD com lesão
 do membro + dano braquial
 (CID - M.75) (CID - M.75.1). Foi
 submetido a tratamento cirur-
 gico para reconstituição lin-
 mentar. Após o trauma apresenta
 perda de movimento e força para
 o MSD devido a extensão da
 lesão deixando sequelas
 permanentes.



09
 09
 19

11/11 Médica

Torço U. - N. 4.17

ARUANA SEGUROS
16 NOV 2016

ARUANA SEGUROS
16 NOV 2016

RESEARCH

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Número Negativo: **4.250.694** DATA DE EMISSÃO: **04-09-1998**

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA.

Sobrenome: **Almeida** Nome: **Marcos Antonio de Almeida**

Pai: **Manoel Cosme de Almeida** Mãe: **Maria José de Almeida**

Data de Nascimento: **16-05-1971**

Cidade: **Paulinho-PB** Estado: **PB**

Ocupação: **O. Masso. 53108** JLS: **45V, L 70,**

Exp. Cart.: **Paulinho-PB**

[Assinatura]

Bela Eliana Campos

ADMINISTRAÇÃO DO REGISTRO CIVIL

LEI Nº 7.116 DE 1983

ARUANA SEGUROS
16 NOV 2016

[illegible]

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

10541974

DOCUMENTO 2 *T2%



Confira os novos valores da
a partir de novembro de
Saiba mais

Localização de Documento do Veículo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN-PE
CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

____ VIA ____ CÔD. RENAVAM ____ R.T.B. ____ EXERCÍCIO ____

____ NOME / ENDEREÇO ____

____ CPF / CGC ____ PLACA ____
____ KFO4056

____ PLACA ANTERIOR / UF ____ CHASSI ____
____ 9C2KD03306R011342

____ ESPÉCIE TIPO ____ COMBUSTÍVEL ____
PAS MOTOCICLETA GASOLINA

____ MARCA / MODELO ____ ANO FAB ____ ANO MOD ____
HONDA / NXR 150 BROS ES 2005 2006

____ CAP / POT / CL ____ CATEGORIA ____ COR. PREDOMINANTE ____
200/149 PARTIC AZUL

I ____ COTA ÚNICA (R\$) ____ VENC. COTA ÚNICA ____ VENC. / COTAS ____
P 1ª *****
V FAIXA I.P.V.A. ____ PARCELAMENTO / COTAS ____ 2ª *****
A 3 x 0.00 3ª *****

____ PRÊMIO LÍQUIDO (R\$) ____ ISOF ____ PRÊMIO TOTAL (R\$) ____ DATA DE PAGAMENTO ____

____ OBSERVAÇÕES ____

RESTRIÇÕES:
NADA CONSTA

RECIFE **VIA INTERNET**

ARJANA SEGUROS
23 JAN 2017

À SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIO DPVAT

SETOR: ADMINISTRATIVO

SINISTRO: 3160/695726

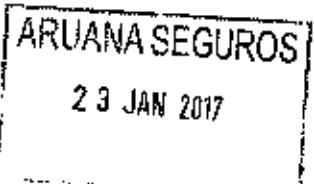
DOCUMENTO 3 *T3%*

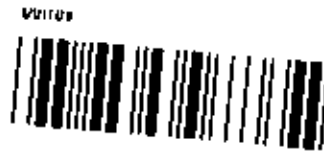


Venho desta informar a esta SEGURADORA , que já fora enviado o documento do ato declaratório que foi o dia 30/08/2016 e o retorno que foi dia 18/09/2016 e outros laudos que também já foram enviados, peço que por favor analisem com atenção e libere uma perícia com o médico Perito dessa SEGURADORA, Pois a minha situação são muito precária e peço a compreensão de todos muito obrigado e um bom trabalho a todos profissionais.

Paudalho 16/01/2017

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA (Procurador)





C. n. l. = *C. n. l.* = *C. n. l.*

1990

10. 11. 1918. } 25. 11. 1918

1. A primeira coisa que devemos fazer é definir o que é a "Sociedade da Informação".
 2. Depois, vamos analisar os impactos positivos e negativos da tecnologia na sociedade.
 3. Em seguida, vamos discutir as políticas públicas necessárias para promover o desenvolvimento sustentável.
 4. Por fim, vamos refletir sobre o futuro da sociedade e o papel da tecnologia nesse contexto.

Number of 10412614

ARIANA SECONDIORA
11 SET 2019

Maria Anna de la Cruz

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AURELIANO JOSE ALVES

Data do acidente: 30/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO E ENTORSE DO OMBRO DIREITO COM LESAO EXTENSA DE MANGUITO ROTADOR DO MESMO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO (DIMINUIÇÃO DE APROX. 45 GRAUS DE ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO. FORÇA MUSCULAR GRAU III.

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESAO, MAS EVOLUI COM DEFICT FUNCIONAL EVIDENTE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO OMBRO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AURELIANO JOSE ALVES

Data do acidente: 30/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO E ENTORSE DO OMBRO DIREITO COM LESAO EXTENSA DE MANGUITO ROTADOR DO MESMO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO (DIMINUIÇÃO DE APROX. 45 GRAUS DE ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO. FORÇA MUSCULAR GRAU III.

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESAO, MAS EVOLUI COM DEFICT FUNCIONAL EVIDENTE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO OMBRO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO OMBRO DIREITO.

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 - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AURELIANO JOSE ALVES **Data do acidente:** 30/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO, COM LESÃO DO MANGUITO ROTADOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (ANEXO P1 P3)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA EM 10/02/2017 (25% DE OMBRO DIREITO). NOVO DOCUMENTO MÉDICO ACOSTADO INFORMANDO CIRURGIA REALIZADA EM 11/04/2019.

(@ PÁG ANEXO P1 P3) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AURELIANO JOSE ALVES **Data do acidente:** 30/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Contusão no ombro direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador analgesia e posteriormente imobilização do membro, Fisioterapia motora. sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional leve do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: Limitação da adm do ombro a abdução e a rotação interna/externa em grau leve. Força no membro preservada.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA. VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA 10/02/2017 ONDE FORAM CONSTATADAS AS SEQUELAS PERMANENTES, SEM INDICAÇÃO DE QUALQUER TERAPIA COMPLEMENTAR. EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PELA LEI VIGENTE NO VALOR DE R\$ 843,75 EM 10/02/2017.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AURELIANO JOSE ALVES **Data do acidente:** 30/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Contusão no ombro direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador analgesia e posteriormente imobilização do membro, Fisioterapia motora. sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional leve do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: Limitação da adm do ombro a abdução e a rotação interna/externa em grau leve. Força no membro preservada.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA. VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA 10/02/2017 ONDE FORAM CONSTATADAS AS SEQUELAS PERMANENTES, SEM INDICAÇÃO DE QUALQUER TERAPIA COMPLEMENTAR. EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PELA LEI VIGENTE NO VALOR DE R\$ 843,75 EM 10/02/2017.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AURELIANO JOSE ALVES

Data do acidente: 30/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MS DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AURELIANO JOSE ALVES **Data do acidente:** 30/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO, COM LESÃO DO MANGUITO ROTADOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (ANEXO P1 P3)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA EM 10/02/2017 (25% DE OMBRO DIREITO). NOVO DOCUMENTO MÉDICO ACOSTADO INFORMANDO CIRURGIA REALIZADA EM 11/04/2019.

(@ PÁG ANEXO-reloginho P1 P3) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AURELIANO JOSE ALVES

Data do acidente: 30/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão no ombro direito.

Descrição do exame médico pericial: Limitação da adm do ombro a abdução e a rotação interna/externa em grau leve. Força no membro preservada.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador analgesia e posteriormente imobilização do membro, Fisioterapia motora. sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional leve do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/02/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 021266

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10113613

A/C: AURELIANO JOSE ALVES

Sinistro: 3160695726 ASL-1155830/16
Vitima: AURELIANO JOSE ALVES
Data Acidente: 30/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- DUT ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10114573

A/C: AURELIANO JOSE ALVES

Sinistro: 3160695726 ASL-1155830/16
Vítima: AURELIANO JOSE ALVES
Data Acidente: 30/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10453402

A/C: AURELIANO JOSE ALVES

Sinistro: 3160695726 ASL-1155830/16
Vítima: AURELIANO JOSE ALVES
Data Acidente: 30/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10563574

A/C: AURELIANO JOSE ALVES

Sinistro: 3160695726 ASL-1155830/16
Vítima: AURELIANO JOSE ALVES
Data Acidente: 30/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: AURELIANO JOSE ALVES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 0000068374-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: AURELIANO JOSE ALVES

Nº Sinistro: 3160695726
AURELIANO JOSE ALVES

Data do Acidente: 30/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

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 3160695726**.

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 14572526



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3160695726

Vítima: AURELIANO JOSE ALVES

Data do Acidente: 30/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), AURELIANO JOSE ALVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3160695726

Vítima: AURELIANO JOSE ALVES

Data do Acidente: 30/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AURELIANO JOSE ALVES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: AURELIANO JOSE ALVES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 0000068374-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AURELIANO JOSE ALVES

Data do acidente: 30/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão no ombro direito.

Descrição do exame médico pericial: Limitação da adm do ombro a abdução e a rotação interna/externa em grau leve. Força no membro preservada.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador analgesia e posteriormente imobilização do membro, Fisioterapia motora. sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional leve do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/02/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 021266

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160695726

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AURELIANO JOSE ALVES

Data do acidente: 30/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO E ENTORSE DO OMBRO DIREITO COM LESAO EXTENSA DE MANGUITO ROTADOR DO MESMO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO (DIMINUIÇÃO DE APROX. 45 GRAUS DE ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO. FORÇA MUSCULAR GRAU III.

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESAO, MAS EVOLUI COM DEFICT FUNCIONAL EVIDENTE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO OMBRO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Aureliano José Alves
PORTADOR(A) DO RG Nº 01622487698 EXPEDIDO POR Detran PE EM 15/05/1995
CPF 652171524-00 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Receita
E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Aureliano José Alves, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

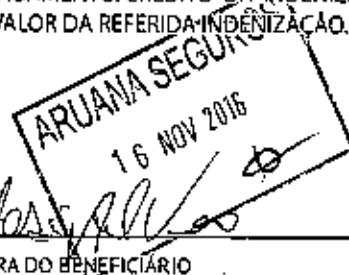
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0876 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 68314-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

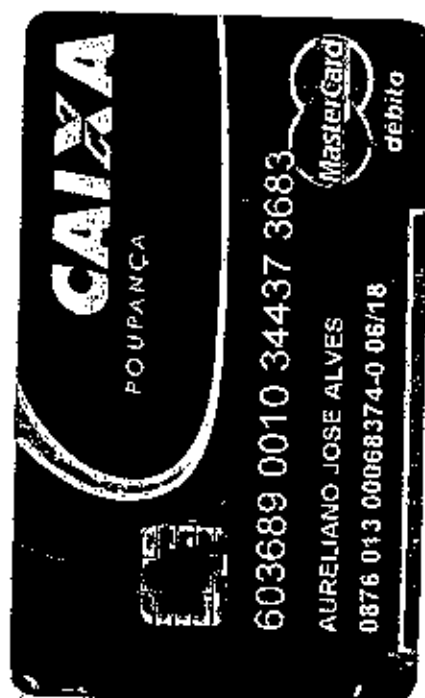
ARACUNHA, 09 de novembro de 2016
LOCAL E DATA

Aureliano José Alves
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ARUANA SECIRO:
16 NOV 2016

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Aureliano Jose Alves
Endereço do(a) Examinado(a): Vista Cruz, 47
Lot Liberdade Tracunhaém PE CEP: 55805-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 3215388
Data local do exame: [10/02/2017] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- CONTUSAO NO OMBRO DIREITO.
LIMITACAO DA ADM DO OMBRO A ABDUCAO E A ROTACAO INTERNA/EXTERNA EM GRAU LEVE. FORCA NO MEMBRO PRESERVADA.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- LIMITACAO LEVE DA ADM DO OMBRO.
Data da alta: AGOSTO DE 2016.
TRATAMENTO CONSERVADOR ANALGESIA E POSTERIORMENTE IMOBILIZACAO DO MEMBRO. FISIOTERAPIA MOTORA.
Complicações: NAO HOUVE;**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- LIMITACAO DA ADM DO OMBRO A ABDUCAO E A ROTACAO INTERNA/EXTERNA EM GRAU LEVE.**
- Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| <p>() “Vítima em tratamento”
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>() “Exame não permite conclusão”
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>() “Sem sequela permanente”
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = “100% da IS”
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Victor Borba
CREMEPE 21286

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3160695726
Nome do(a) Examinado(a): Aureliano Jose Alves
Endereço do(a) Examinado(a): Vista Cruz, 47
Lot Liberdade Tracunhaem PE CEP: 55805-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 3215388
Data local do acidente: [30/08/2016]
Data local do exame: [30/09/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
CONTUSAO E ENTORSE DO OMBRO DIREITO COM LESAO EXTENSA DE MANGUITO ROTADOR DO MESMO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM ACROMIOPLASTIA E REPARO MULTI-TENDAO. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: RIGIDEZ ARTICULAR
Data da Alta: 08/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO (DIMINUIÇÃO DE APROX. 45 GRAUS DE ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO. FORÇA MUSCULAR GRAU III.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

DOCUMENTO 1 *T196*



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO - CIVIL - 047
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0137002326**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/11/2016** às
16:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **30/8/2016** no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, BR 408 - KM
72 - CENTRO TRACUNHAEM - PRÓXIMO AO AUTO POSTO TRACUNHAEM -**
Bairro: **CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
AURELIANO JOSÉ ALVES (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(a) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
AURELIANO JOSÉ ALVES**

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

**AURELIANO JOSÉ ALVES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA
FRANCISCA DA CONCEIÇÃO Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 13/8/1988
Naturalidade: POMBOS / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, VILA SANTA CRUZ - LOTEAMENTO
LIBERDADE - Nº 47 - CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): AURELIANO JOSÉ ALVES, que
estava em posse do(a) Sr(a): AURELIANO JOSÉ ALVES
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Placa: KFO4056 (PERNAMBUCO/SAO LOURENCO DA MATA) Renavam: 872288000 Chassi:
9C2KD09988R011342**

Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAVÃO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 160337003258

Ocorrência registrada nesta unidade policial, no dia 09/11/2012 às 18h15

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - CIRCUNSCRIÇÃO 1 (PAVÃO)
que ocorreu no dia 09/11/2012 no período da tarde

Local: Rua da Vitoria, 100 - Centro - PERNAMBUCO
Tipo: Acidente de Trânsito - Colisão - Rua da Vitoria, 100 - Centro - PERNAMBUCO
Data: 09/11/2012 - Hora: 18h15

Relato (s) do(s) envolvido(s):
MÁRIO ROBERTO DE ALMEIDA
MÁRIO ROBERTO DE ALMEIDA

Relato (s) do(s) envolvido(s):

Relato (s) do(s) envolvido(s):
MÁRIO ROBERTO DE ALMEIDA

Qualificação do(s) envolvido(s):

Nome: MARIANO ROBERTO DE ALMEIDA
Data de Nascimento: 09/11/1978
CPF: 091.111.111-11
Endereço: Rua da Vitoria, 100 - Centro - PERNAMBUCO
Estado: PE - Município: PERNAMBUCO - País: BRASIL

Relato (s) do(s) envolvido(s):
MÁRIO ROBERTO DE ALMEIDA

Qualificação do(s) envolvido(s):

Nome: MARIANO ROBERTO DE ALMEIDA
Data de Nascimento: 09/11/1978
CPF: 091.111.111-11
Endereço: Rua da Vitoria, 100 - Centro - PERNAMBUCO
Estado: PE - Município: PERNAMBUCO - País: BRASIL

Relato (s) do(s) envolvido(s):
MÁRIO ROBERTO DE ALMEIDA

Relato (s) do(s) envolvido(s):

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.info/vxm/VBOEPrev...

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SR AURELIANO JOSÉ ALVES PARA INFORMAR QUE SOFEO UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, DIZ QUE NO DIA 28 DE AGOSTO DE 2016 CONDUZIA MOTO DE SUA PROPRIEDADE NO ENDEREÇO DO FATO ACIMA DESCRITO. QUANDO - POR CAUSA DE OBRAS DA VIA - PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR NO CHÃO. DIZ QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÕES NO OMBRO DIREITO. POR FIM, DIZ QUE PROCUROU ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE NAZARÉ DA MATA FOI SUBMETIDO AOS CUIDADOS MÉDICOS.

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

Aureliano José Alves
AURELIANO JOSÉ ALVES
(VITIMA)

B.O. registrado por: ROMENO BALTAR CUNHA - Matrícula: 273788-4



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DOCUMENTO 2 - T2%



Eu, Aureliano José Alves, portador da carteira de identidade nº 016 22 181698, e inscrito no CPF/MF sob o nº 652.771.524-00, residente e domiciliado na Vila Cruz No 47, Cidade Tracunhaem, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Tracunhaem 09/11/2016

Local e data





Hospital Brasil Central

CLINICA GERAL

CNS: 7080000000000207
Telefone: 658193735877

CEP: 65805900
Cidade: TRACUNHAEM UF: PE

Nome: AURELIANO JOSE ALVES
Nascimento: 13/05/1965 Idade: 51a 3m 18d
Mãe: JOSEFA FRANCISCA DA CONCEICAO
Pai: NAO DECLARADO
Endereço: VILA SANTA CRUZ Nº: Bairro:

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DOCUMENTO 1 "T196"



CONDIÇÃO NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO:

CCP 1000 01/2017

Dr. José Carlos Sampaio
Médico/Infecção
CRM-PB 6620/CRM-PE 20413

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: ☒ Alta para casa () Encaminhamento ao ambulatório () Internamento
() Transferência para outra unidade () Óbito () Outro:
*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Instável () Piorado
*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo do CRM e CPF):

Dr. José Carlos Sampaio
Médico/Infecção
CRM-PB 6620/CRM-PE 20413
Médico - Carimbo e Assinatura

ARLIANA SEGUROS

23 JAN 2017

HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

30/08/2016 18:07



Nome Paciente: AURELIANO JOSE ALVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: 0037
Convênio:
Assessores:

30/08/2016 10:07 - EMMANUELLE TAVARES BRAGA - classificação

Patidade:

Cor:

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA-DOR EM MSD

Observação:

Fluxograma sintoma: INDISPOSIÇÃO / MAL ESTAR

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-4/10)?

Especialidade: CLINICA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

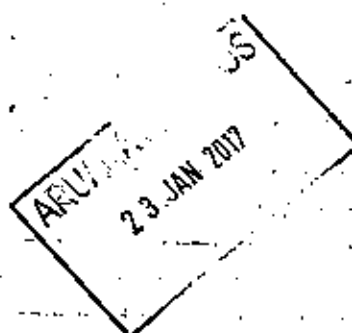
Recursos Utilizados:

Intervenções Salva
Vida:

Situações de Alto
Risco:

Alergias Atuais do Paciente

Paciente não possui alergia



Acolhido(a) por: EMMANUELLE TAVARES BRAGA

Data: 30/08/2016 10:07



Registro N.º 75951
Atendimento: 305348
Data 18/08/2016
Hora 10:33
Usuário: SONIAMVS

CLÍNICA GERAL

Nome: AURELIANO JOSE ALVES
Nascimento: 13/05/1965 Idade: 51a 4m 7d
Mãe: JOSÉFA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO
Pai: NAO DECLARADO
Endereço: VILA SANTA CRUZ

CNS: 700063295540207
Telefone: 558193735877
CEP: 55805000
Cidade: TRACUNHAEM UF: PE

QPD / HDA: Relato do quadro de motor para 22 dias, sem
nem 1 dia em um dia.

EXAME FÍSICO:

EXAME FÍSICO: *Don a palpacao do abdômen de umbro D1*

#10: Trovare contare e ombra!

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: Propenid 01 - p - 1ml
Kef 1g - 300mg - 0,5ml - 100mg
Kef 1g - 300mg - 0,5ml - 100mg

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:
12h 16min. Não sem alterações
Pouco ateu 11.000ml após
medicação.

***Destino do Paciente:**

*Destino do Paciente: ☒ Alta para casa ☐ Encaminhamento ao ambulatório ☐ Internamento
☐ Transferência para outra unidade ☐ Óbito ☐ Outro: _____

*Condição de Sde do Paciente: () Melhorado () Inalterado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo c/CRM e CPF).

Médico - Carimbo e Assinatura

Nome Paciente: AURELIANO JOSE ALVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/05/1965
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: 0025
Convênio:
Atendimento:

016 10:32 - GISELLI RAMOS ALVES DE ALMEIDA - classificação

NAO URGENTE

Principal: AFIRMA QUEDA DE MOTO HA ALGUNS DIAS E APRESENTA DOR EM MSD

ação: HAS - / DM - / NEGA ALERGIAS

ama sintoma: TRAUMA LEVE

inador(es): - DOR LEVE (1-4/10)?

idade: CLINICA GERAL

s): -

itais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG

s Utilizados: -

ões Salva -

s de Alto

Atuais do Paciente

e não possui alergia



Acolhido(a) por: GISELLI RAMOS ALVES DE ALMEIDA
Data: 18/09/2016 10:32

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: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AURELIANO JOSE ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000068374-0

Nr. da Autenticação FD9E5E9F03947924

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: 16/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AURELIANO JOSE ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000068374-0

Nr. da Autenticação 47C1A8CA0025594F



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aureliano José Alves
 RG nº 01622181698 data de expedição 15/05/1995 Órgão Detran/PE
 CPF nº 652.171.624-00 venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
 de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vista Cruz</u>
Número	<u>47</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Distrito Sincelade</u>
Cidade	<u>Tracunhaem</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55805-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)3636-3403 (81)9.9534-7625</u>
E-mail	<u>marcelo.juliano.25@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tracunhaem 09/11/2016

Assinatura do Declarante:

Aureliano José Alves





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 28/04/02

Cooperativa Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista - Recife, Pernambuco - CEP 50053-402
CNPJ 10.835.032/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
AURELIANO JOSE ALVES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
VISTA CRUZ 47

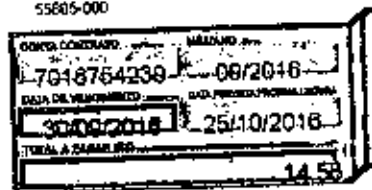
CPF: 652.171.524-00

LOTTO LIBERDADE/RACUNHAEM
TRACUNHAEM PE
55605-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Módulo 100

DATA DE EMISSÃO	UNICA	DATA DE VENCIMENTO
01/08/2016	UNICA	23/09/2016
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016



DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adm (NIN)	30,00000000	0,9854855	29,80
Consumo Iluminação Pública			0,33
Nota por atraso NF 00506371 - 24/08/16			0,37
Juros por atraso NF 00303031 - 24/08/16			0,02
TOTAL DA FATURA			14,58

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE RECEBIMENTO	DATA DE LIQUIDACÃO	DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE EXPIRAÇÃO	DATA DE RESCISÃO	DATA DE RESCISÃO	DATA DE RESCISÃO
01/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE RECEBIMENTO	DATA DE LIQUIDACÃO	DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE EXPIRAÇÃO	DATA DE RESCISÃO	DATA DE RESCISÃO	DATA DE RESCISÃO
01/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este documento é a prova de que a fatura foi emitida e paga. Não é necessário pagar novamente. Se houver erro, entre em contato com a Central de Atendimento.

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE RECEBIMENTO	DATA DE LIQUIDACÃO	DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE EXPIRAÇÃO	DATA DE RESCISÃO	DATA DE RESCISÃO	DATA DE RESCISÃO
01/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016	23/08/2016

ARUANA SEGUROS
16 NOV 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcos Antonio de Almeida

RG nº 4.250.694, data de expedição 04/09/1985 Órgão SSP/PE

CPF nº 919.419.384-31, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>do Primavera</u>
Número	<u>571</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>primavera</u>
Cidade	<u>guedalho</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55.825-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3636-3103 (81) 9.9534-7625</u>
E-mail	<u>marcosgueda25@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

GUEDALHO 14/11/2016

Assinatura do Declarante:

M- 22-2 de Almeida



COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0065343-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente audível ou de fax: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 262 5500
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SANDRA ROBERTA DE MENEZES APOLIO

CPF: 487.710.414-01 RES: 2068173208

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LD PRIMEIRA 5 - PR

PRIMEIRA/AUGALINDO
50025-000 PAULISTA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 014/2010),
tarifas, prazos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/10/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,47

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/10/2016

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/10/2016

NÚMERO DA NOTA FISCAL

002132278

CONTA CONTRATO

007004934789

Nº DO CLIENTE

2061840231

Nº DA METULAÇÃO

000240070

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM MES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

C1C9.22C3.8E25.2080.F861.E5AA.8382.488D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,10835776	4,61
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	67,00	0,27488634	18,41
Contribuição Iluminação Pública			4,71
Multa por atraso - NF 002300190 - 10/02/16			0,57
Juros por atraso - NF 002300190 - 10/02/16			0,17
TOTAL DA FATURA			28,47

Comarcas e não pagamento da conta de energia elétrica

Município	Distrito	Valor
PAULISTA	PAULISTA	35,22
PAULISTA	PAULISTA	30,31

Em caso de não pagamento da conta, o fornecimento de energia poderá ser interrompido, sem
prejuízo para o consumidor, que deverá pagar as despesas de restituição do crédito de EPC e EERASA,
sem desconto de qualquer natureza. Este pagamento não constitui e não dá direito a qualquer
cancelamento ou desconto de qualquer natureza, podendo ser cobrado após o fim do
processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	R\$121240000	OUT	10	██████████	307
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	R\$25040000	SET	10	██████████	107
		AGO	10	██████████	40
		JUL	10	██████████	91
		JUN	10	██████████	63

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição de Energia	R\$	%
Residência	11,00	38,66
Iluminação (Cidade)	4,00	13,98
Energia Solar	1,00	3,51
Watts	1,00	3,51
TOTAL	21,00	73,06

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	23,22	1,41	0,33	23,22	4,81	1,97

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO METER	TIPO DA FUNÇÃO	ANEXO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
00000000000000	CAT	000000	4/10/16	0,00	000000	4/10/16	0,00	000000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/11/16

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	QUANTO	VALOR APURADO	RELA MÉDIA	RELA TÍPICA	RELA ANUAL
-----------	--------	---------------	------------	-------------	------------

Interrupção de energia	PAULISTA	1,00	0,00	11,10	22,21
Interrupção de energia	PAULISTA	1,00	1,00	0,00	11,10
Interrupção de energia	PAULISTA	1,00	1,00	0,00	0,00

Interrupção de energia em dia crítico
Limite de interrupção: 11,10

Interrupção de energia em dia crítico
Limite de interrupção: 11,10

INFORMAÇÕES REPORTANTES

Na data da leitura e leitura em vigor é a Verde. Para informações em www.celpe.com.br.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-03/00/00) e Juros 1% (Lei 10.438-2004/02), no próximo mês.
Interrupção de ICMS conforme art. 9, XI, III, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Desconto para aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02 - §5 2º, 1º.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de entrega para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de fornecimento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)			LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
			MÍNIMO	MÁXIMO
220			202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AGRA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	VALOR DE PAGAMENTO
007004934789	10/2016	28,47	26/10/2016	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

838400000005 284700110074 004934789102 060722141630



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
ARUA
16 NOV 2016



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Antonio de Almeida portador(a) do
RG nº 4.250.694, expedido por SSP/PE, em
04/09/1998, CPF/CNPJ nº 919.419.384-34

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Auréliano José Alves
José Alves do sinistro de DPVAT da natureza invalidez
da vítima Auréliano José Alves, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

