

SINISTRO 3190184499 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA

CPF/CNPJ: 01227322437

Posição em 21-05-2019 12:45:11

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/03/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

Jose Carlos Estevo da Silva
(Goiânia) F: 9.9309-4150
11.11.18 9.8922-9684
9.9280-3484
Rua Gilvan Menezes, 08,
Nova Goiânia



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 11/11/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 11/11/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Josi Carlos Esteves da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura 3º Metacarpo direito luxação dos ossos do carpo com grave lesão ligamentar do punho direito	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Osteossíntese da fratura do 3º Metacarpo com placa e parafuso Redução e fixação percutânea com fios do luxação do punho direito fisioterapia motora 20 sessões	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, déficit de força e ADM, com
2º atrofia muscular no punho e mão
3º distantes.
4º Perda funcional de 70% na mão dir.
5º e perda de 70% no punho dir.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/05/19 A 07/05/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Goiânia-PE 07/05/19

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 17535



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE CARLOS ESTEVÃO DA SILVA REG: 92944

IDADE: 36 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 14/11/2018 DATA DA ALTA 25/11/18

DIAGNÓSTICO: Fratura displaced de 3º Metacarpo + Lesão do Ligamento
Escapoumérico

TRATAMENTO REALIZADO:

Redução aberta e fixação interna de fratura do Metacarpo +
Redução fechada e fixação interna do osso Escapoumérico.

ORIENTAÇÃO:

- Retorno ao ambulatório de Ortopedia após 02 semanas
- Afelexina 500 mg, VO, q6h, por 07 dias.
- Flandex total.
- Analgesia.

Dr. Hugo Freitas

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 24680

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	92944
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
200633559270003	30/10/1982	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	IRACI PAULO DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8199327551
13 - Nome Responsável	JOSE CARLOS			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	LOTEAMENTO OSVALDO RABELO, 23 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
GOIANA	260620	PE	55900974		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	Paciente em pós-operatório de osteossíntese de 3ª MTC DIREITO + LESÃO CARPICA (24/11/18) COM EDEMA, HIPEREMIA E SAÍDA DE SECREÇÃO LENTA POR TRAJETO DE FIOS K		
21 - Condições que justificam a internação	NECESSITA DE ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA + AVALIAÇÃO DE ABORDAGEM CIRURGICA		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	EX. FÍSICO + ANAMNESE + RX		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
INFECÇÃO DE TRAJETOS DE FIOS K EM PUNHO DIREITO	T846	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	0408060565		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	<input checked="" type="checkbox"/> (X) CNS <input type="checkbox"/> () CPF	98001627627533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	02/01/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CPF		
50 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		

Código do Laudo: 459318



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA REG: 92944

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
2/1/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
23:20	# ADMISSÃO
HAS -	PACIENTE EM POS OPERATÓRIO NO DIA 24/11/18 DE OS-
DM -	TEOSSÍNTESE DE 3º MTC DIREITO + LESÃO CÁRPICA COM
ALERGIA -	RELATO DE TRAUMA EM MÃO DIREITA HÁ 04 DIAS, EVO-
	LUINDO COM DOR INTENSA, EDEMA, HIPEREMIA, RIGIDEZ
	DE DEDOS.
	EF: EGB, EUPNÉICO, CORADO, CONSCIENTE, ORIENTADO
	SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA POR TRAJETOS DE FI-
	OS K COM EDEMA (2+/4+) EM MÃO DIREITA E HIPEREMIA
	PRESENTE.
	DIFICULDADE E DOR INTENSA À EXTENSÃO DE DEDOS DA
	MÃO DIREITA.
	HD: 1) INFECÇÃO DE TRAJETO DE FIOS K
	C: 1) INTERNAMENTO
	2) INICIO ANTIBIOTICOTERAPIA COM CIPRO + CLINDA
	SOB ORIENTAÇÃO DE DR. HYGINO MARINHO E DR. CRYSTIAN PEDROSA
	3) ANALGESIA FIXA
	4) SOLICITO HEMOGRAMA + PCR + VHS
	5) SOLICITO USG DE MÃO E PUNHO DIREITO.

Dr. Ayrton Ferraz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 23.980





REGISTRO: 92944
ATENDIMENTO: 459510
PACIENTE: JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA
NASCIMENTO: 30/10/1982 IDADE: 36 SEXO: MASCULINO
NOME: MÃE: IRACI PAULO DA SILVA
ENDEREÇO: LOTEAMENTO OSVALDO RABELO, NÚMERO: 23
IDADE: BAIRRO: CENTRO
DIAGNÓCIDADE: GOIANA

ESCLARECIMENTO

REG:

DATA DA ALTA 03/01/19

→ Infecção de f. o.

PÓS TTD de 19840 VIGAMANTIA

TRATAMENTO REALIZADO:

Resposta de f. o. IT

Ambulatório de Egressos

ORIENTAÇÃO:

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 03/01/19

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TEOT 12554

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 459510

Usuário: ROSEANERSN

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA		Prontuário: 92944
Idade: 36a 2m 7d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão:	Escolaridade:	Data de Nascimento: 30/10/1982
R.G.: 5875345	C.P.F.: 01227322437	Telefone:
Endereço: LOTEAMENTO OSVALDO RABELO	, 23 - CENTRO	CEP: 55900974
		- GOIANA - PE
Dados da Internação		
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 03/01/2019 18:16	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-36
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
fone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 07/01/19	Hora da Alta: _____ : _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: <i>Boas condições clínicas</i>	
Diagnóstico Principal.....: <i>Infecção por osteomielite</i>	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: <i>Antibioticoterapia</i>	
João Bosco B. C. Neto Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 26.670 Médico e CRM:	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade 5.875.345 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 012.273.224-37, residente e domiciliado na Estrada Velha do Condado, 19, Nova Goiana, Goiana-PE.

OUTORGADA:

Viviane Evangelista de Souza Alves, brasileira, divorciada, inscrita na OAB-PE sob o nº 18.789, com endereço profissional a Rua do Riachuelo nº 189, Edf. Almirante Barroso, Bairro; Boa Vista, Recife-PE.

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita regulamente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

PODERES:

Da cláusula “Ad Judicial” “Et Extra, representando a outorgante perante qualquer Juízo, Tribunal ou Órgão Administrativo, podendo ainda, apresentar queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, firmar e prestar compromisso, apresentar declarações, requerer, receber dar quitação e levantar alvarás judicial, junto a Vara e/ou Central de Conciliação Mediação e Arbitragem, como também na agência bancaria do Banco do Brasil e/ou Caixa Econômica Federal, referente ao Processo de nº 0006352-78.2016.8.17.2001.

Goiana/PE, 22 de Maio de 2019.



JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA



DECLARAÇÃO

JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade 5.875.345 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 012.273.224-37, residente e domiciliado na Estrada Velha do Condado, 19, Nova Goiana, Goiana-PE. Declaro que, sob as Penas da Lei e para quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do Seguro DPVAT ora pleiteado, em nenhum juízo no Estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

Goiana-PE, 22 de Maio de 2019.



JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

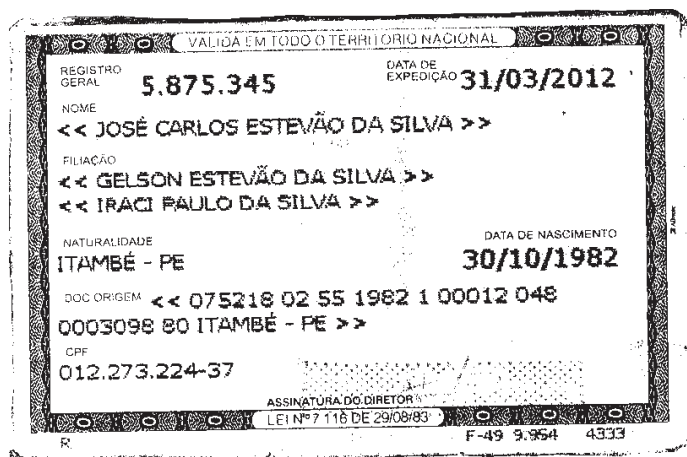
JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade 5.875.345 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 012.273.224-37, residente e domiciliado na Estrada Velha do Condado, 19, Nova Goiana, Goiana-PE.

De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Goiana/PE, 22 de Maio de 2019.


JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013711360296
54368065584
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 673368520 RNTC *****

NOME/ENDEREÇO
WEDSON PEREIRA ASCENDINO
RUA DA CAMPINA 3/N
CS CENTRO
ITAQUITINGA-PE 55950-000

OPF/CNE PLACA
128.428.114-02 PGM6929

NOME ANTERIOR
GEFERSON JOSE DA SILVA

PLACA ANT./UF CHASSI
***** 9C2KC1680ER484817

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA ALCO/GASO

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN ESDI 2013 2014

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
29/149CL PARTIC PRETA

20173887 OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL DATA
ITAQUITINGA-PE 08/11/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Divisão Executiva DETRAN/PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134004161**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2018** às
10:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **11/11/2018** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, LOTEAMENTO
BELA VISTA, NOVA GOIANA.** - Bairro: **CENTRO** -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WEDSON PEREIRA ASCENDINO (OUTRO)
JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA**

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

**JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
IRACI PAULO DA SILVA Pai: GELSON ESTEVÃO DA SILVA Data de Nascimento: 30/10/1982**
Naturalidade: **ITAMBÉ / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8876346/SDS/PE (RG),
01227322437 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão:
OUTRAS PROFISSÕES Telefones Celulares:
- **93694150**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 27, LOTEAMENTO BELA VISTA, NOVA
GOIANA.** - CEP: **8** - Bairro: **CENTRO** - **GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

WEDSON PEREIRA ASCENDINO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WEDSON PEREIRA ASCENDINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN E91** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **POM6526** (PERNAMBUCO/TAQUITINGA) Renavam: **678365526** Chassi: **9C2KC1680ER484817**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE O CORDÃO DA CHAVE CAIU ENTRE O PUNHO E FREIO, TRAVANDO O GUIDÃO E EM CONSEQUÊNCIA PERDEU O CONTROLE DA MOTO EM EPÍGRAFE VINDO A CHOCAR-SE COM O MURO, E EM DECORRÊNCIA DO EVENTO EM BAILA FOI SOCORRIDO POR SEU FILHO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA, ONDE FOI ATENDIDO E A POSTERIORI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, EM CONSONÂNCIA COM DOCUMENTO HÁBIL COMPROBATÓRIO EM ANEXO, PELO QUE CONSIGNA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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


JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **EUGENIO SALES BEZERRA DE SOUSA** - Matrícula: **350639-4**



EXMO.SR.DR. JUIZ DA 14 VARA CIVEL DA COMARCA DE RECIFE-PE

JOSE CARLOS ESTEVÃO DA SILVA, já qualificado vem por intermédio de sua advogada devidamente constituída reiterar o pedido de Gratuidade da Justiça, uma vez que o autor não tem condições de arcar com as custas e taxas processuais, tendo em vista que por uma lapso não foi assinalado a opção Justiça Gratuita no ato da distribuição,

Nestes Termos,

Pede Deferimento

Viviane Evangelista

OAB-PE 18.789

