



Número: **0005875-14.2020.8.17.2810**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Jaboatão dos Guararapes**

Última distribuição : **23/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (ESPÓLIO)		SULANDEJE FRAGOSO DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (ESPÓLIO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58755 180	04/03/2020 14:50	2699010_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JABOATAO DOS GUARARAPES/PE

Processo: 00058751420208172810

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/01/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.



DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JABOATAO DOS GUARARAPES, 19 de fevereiro de 2020.

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **JABOATÃO DOS GUARARAPES**, nos autos do Processo nº 00058751420208172810.

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0005875-14.2020.8.17.2810**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Jaboatão dos Guararapes**

Última distribuição : **23/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

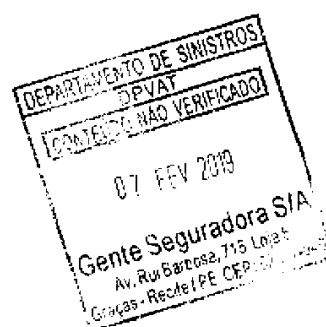
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

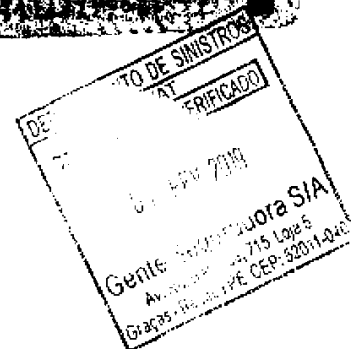
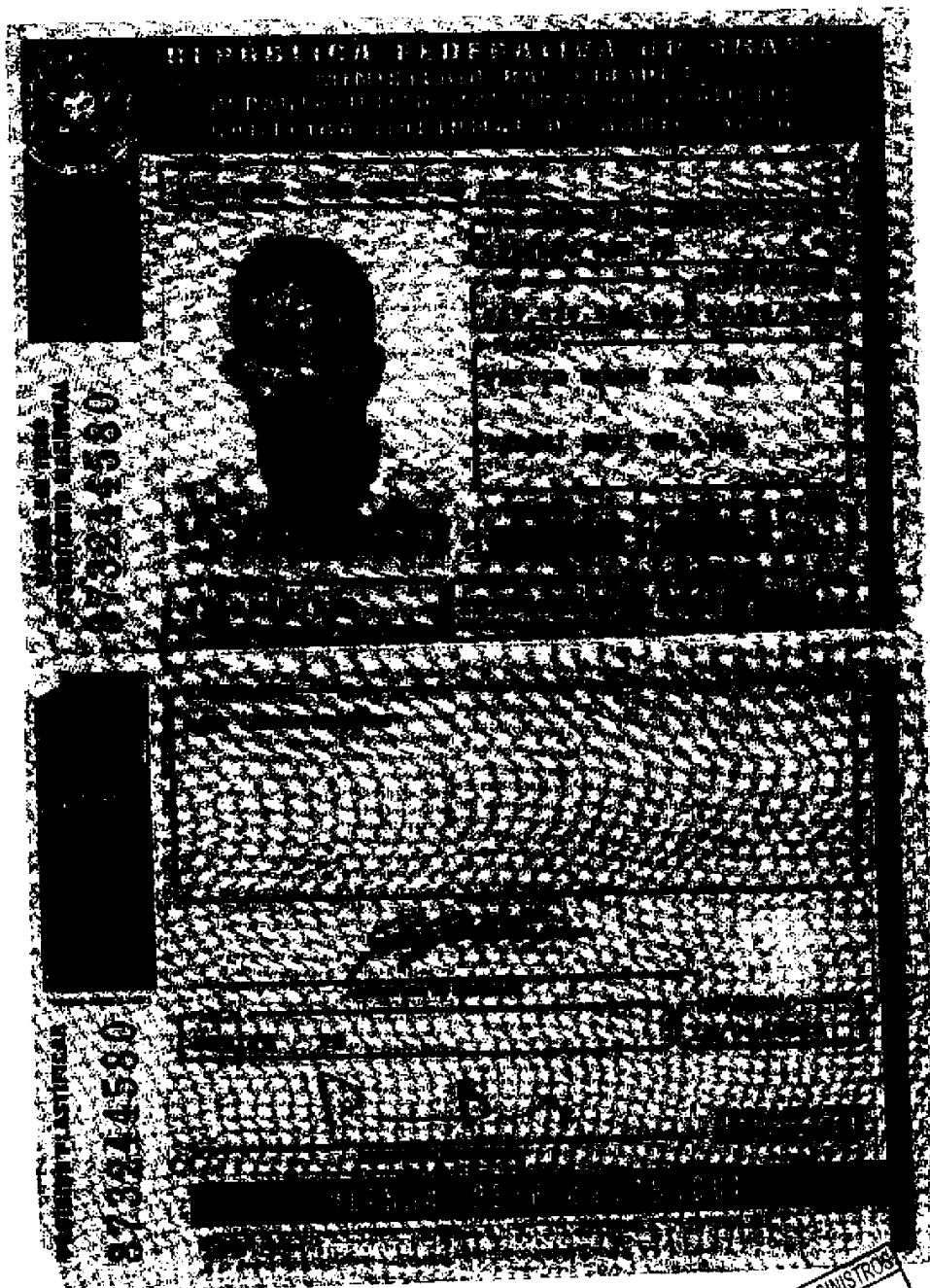
Segredo de justiça? **NÃO**

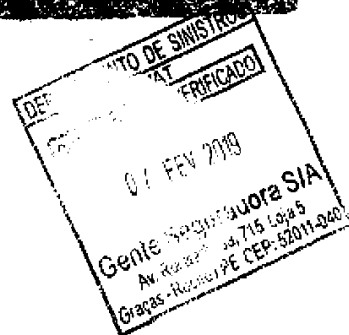
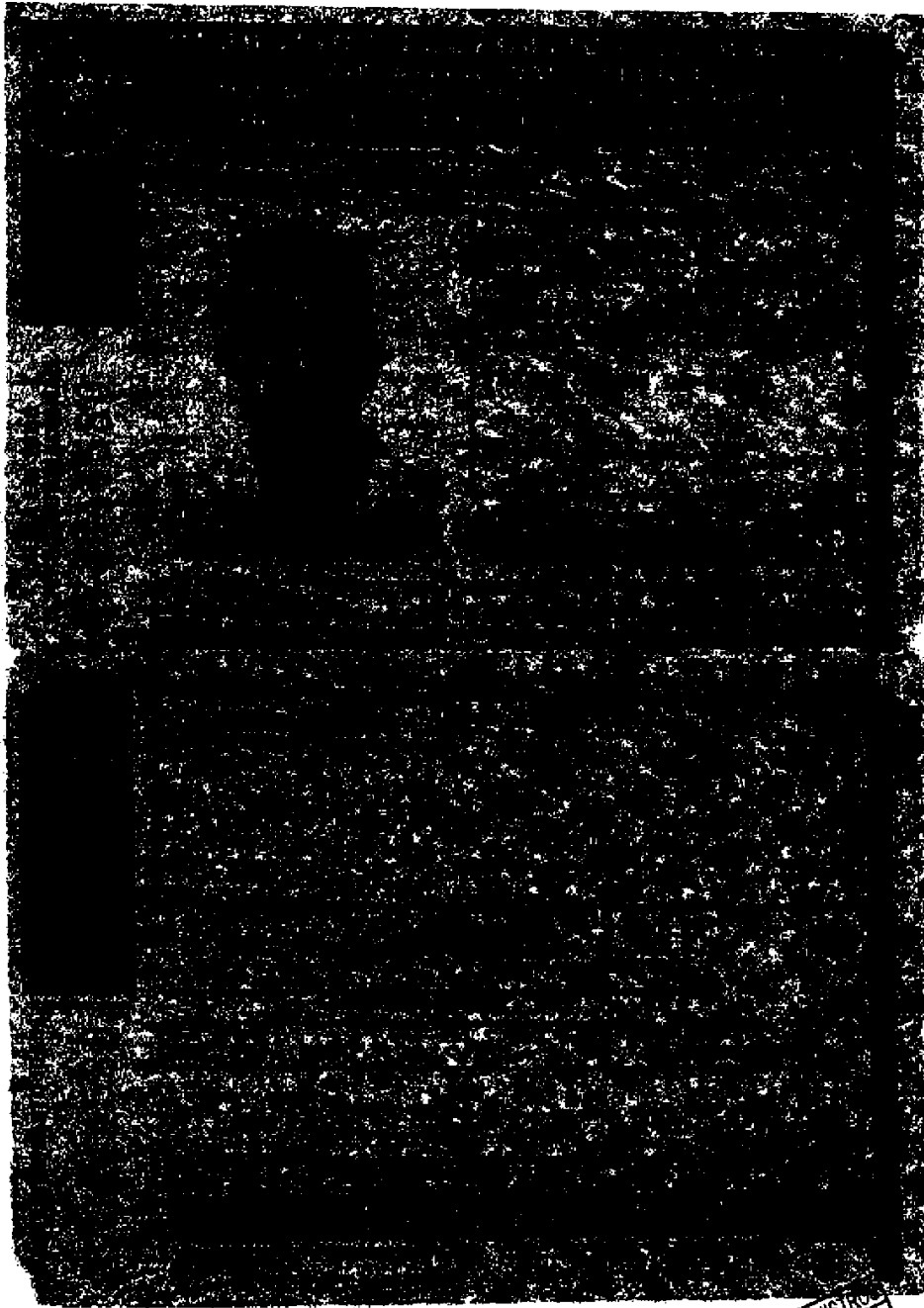
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (ESPÓLIO)		SULANDEJE FRAGOSO DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (ESPÓLIO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58755 181	04/03/2020 14:50	ANEXO 1	Outros (Documento)



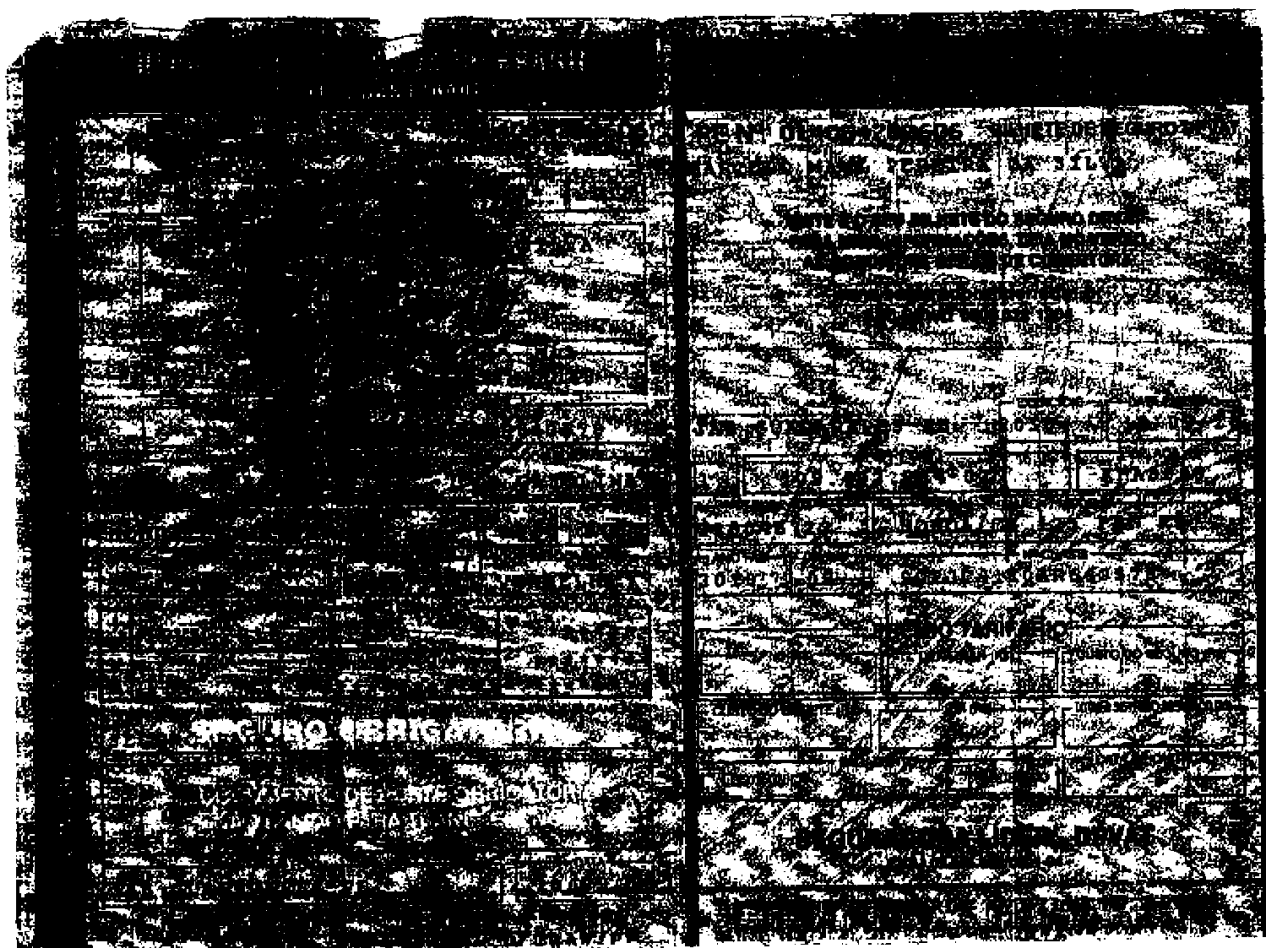






DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2019
Oeste Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 13.º S
Recife - PE





SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO É LÍQUIDO PARA TRANSFERÊNCIA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

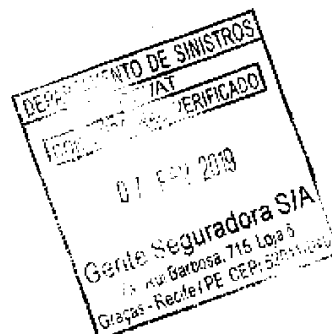
DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

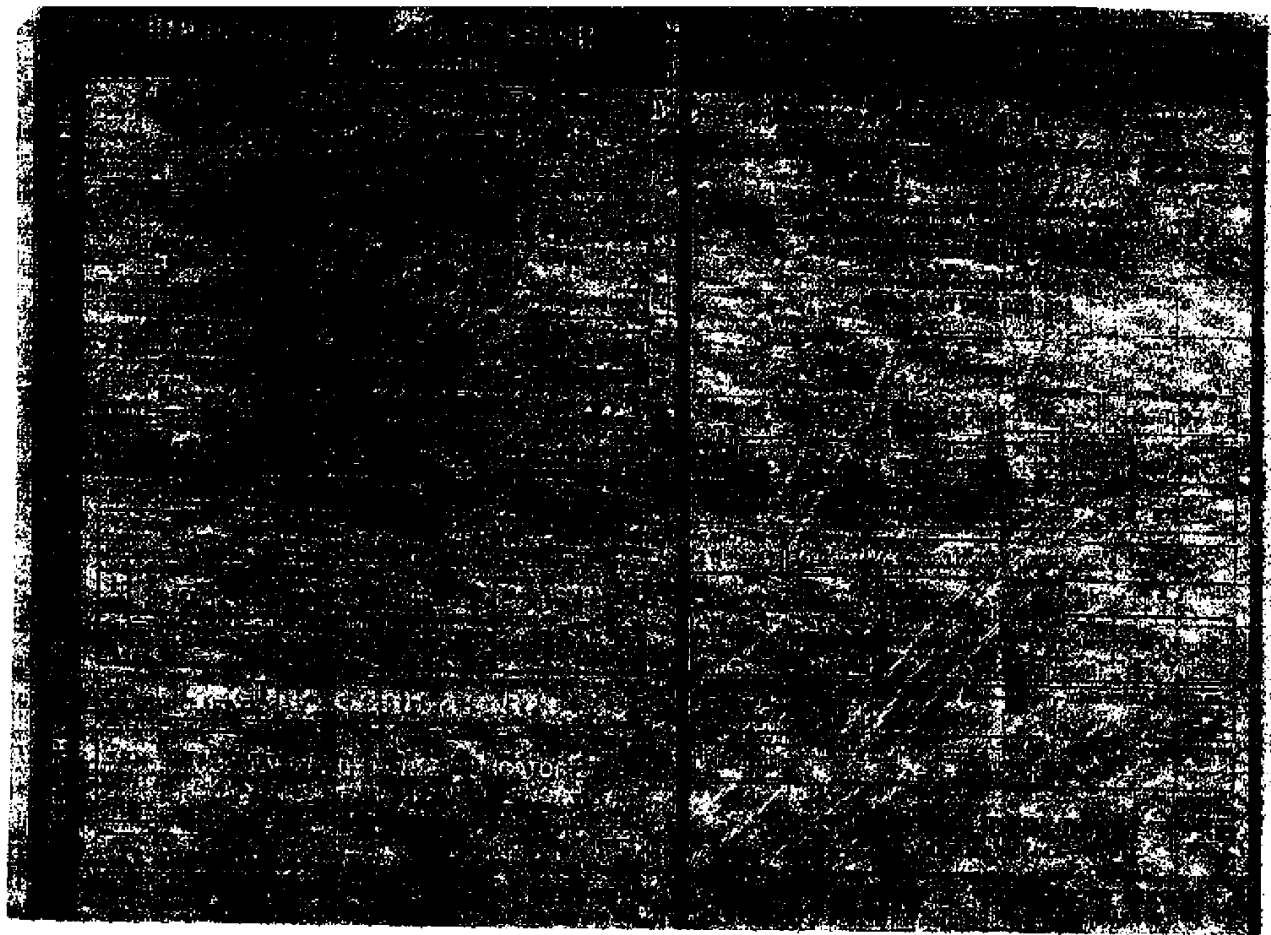
DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BOVA
CONDOMÍNIO JERÔNIMO
07 FEV 2020
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115, Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341908

Cidade: São José da Coroa Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 01/01/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA - PÁG. 1, COM DATA DE 20/05/2019, EMITIDA PELO DR. LÉCIA LIMA, CRM Nº 20615, DO HOSPITAL GUARARAPES, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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: 3190105845

Cidade: São José da Coroa Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 01/01/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA METAEPIDIAFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUÍDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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: 3190341908

Cidade: São José da Coroa Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 01/01/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA - PÁG. 1, COM DATA DE 20/05/2019, EMITIDA PELO DR. LÉCIA LIMA, CRM Nº 20615, DO HOSPITAL GUARARAPES, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE Marcelo Mayk Pereira da Silva

Brasileiro (a), estado civil solteiro, profissão mecânico

Residente e domiciliado à Rua Bo Vista do Sul

Nº 20, Bairro Bo Vista do Sul Município de São J. da Boa Vista

Estado de Pernambuco CEP 55.565-000 Portador (a) do

RG Nº 9.239.440 SSP/ PE e CPF Nº 109.403.284-02

OUTORGADO: Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado, advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco, CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Marcelo Mayk Pereira da Silva

ocorrido em 03/03/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiros, 29, junho de 20 19.

Marcelo Mayk Pereira da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº 109.403.284-02

MARIA LUIZA DE MORAES COSTA

2ª Tabeliã de Notas, Oficial do

Registro de Títulos e Documentos, 2º OFÍCIO

OUTROS PAPIIS E PROTESTO DE TÍTULOS

Fernando Gilberto L. de Moraes Sobrinho

Reconheço a autenticidade a letra firme de MARCELO

MAYK PEREIRA DA SILVA. Top. fô. Em Teste

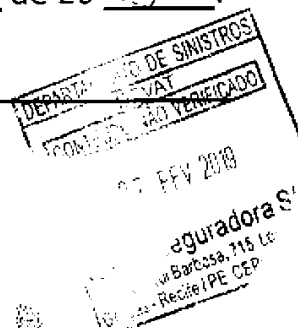
Barreiros - Pernambuco, 29 de Junho de 2019. Tabeliã Titul.

Barreiros - Pernambuco

CPF: 3675.1481

Selo: 0074372.Y0001201902.00725 29/01/2019 15:31:53

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE marcelo mayk Pereira da Silva

Brasileiro (a), estado civil solturo, profissão meicômico

Residente e domiciliado à Rua Bo. Costa do Sol

Nº 20, Bairro Costa do Sol Município de São J. do Bonon Grmelo

Estado de Pernambuco CEP 55.565.000 Portador (a) do

RG Nº 9.239440 SSP/ PE e CPF Nº 109.403.284-02

OUTORGADO: Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado, advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco, CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) marcelo mayk Pereira da Silva

ocorrido em 03/03/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Bonfim, 03, março de 20 19

Marcelo Mayk Pereira da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº 109.403.284-02

MARIA LUIZA DE MORAES COSTA

2ª Tabeliã de Notas, Oficiala do

Registro de Títulos e Documentos do 2º Ofício

Outros Papais e Documentos

Fernando Gilberto L. de Moraes Sobrinho

Reconheço a autenticidade da letra e firma de MARCELO

MAYK PEREIRA DA SILVA, Doc. nº. Em Teste

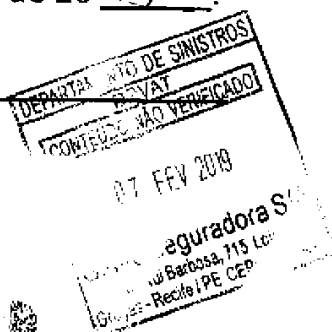
em 03/03/2019, em Barreiros, Pernambuco, Tabellia Titular

Protocolo nº 3.24.2019-03 FERC 0137

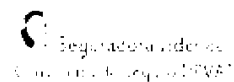
Selo: 3675 1141

Selo: 0076372.Y0001201902.00725 29/01/2019 10:31:53

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045397/19

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

CPF: 109.403.284-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2019

Titular do CPF: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA : 109.403.284-02

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: 07/02/2019
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

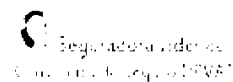
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174895/19

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

CPF: 109.403.284-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2019

Titular do CPF: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA : 109.403.284-02

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: 23/05/2019
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341908

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Carta nº 14357383





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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190341908

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 00339/00340 - carta_03 - INVALIDEZ

00060170



Carta nº 14357384





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, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190341908 Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00013/00014 - carta_04 - INVALIDEZ

00050007



Carta nº 14424219





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109.403.281-02 Nome completo da vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA CPF: 109.403.281-02
Profissão: Mecânico Endereço: Rua Costa do Sol Número: 20 Complemento: _____
Bairro: Costa do Sol Cidade: São J. da Boa Vista Estado: PE CEP: 55.565-000
E-mail: _____ Tel (DDD): _____

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2324 CONTA: 030052656 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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o conhecimento do crédito, cuja aplicação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE DE SINISTROS

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em meu sustento a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 3.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso, discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

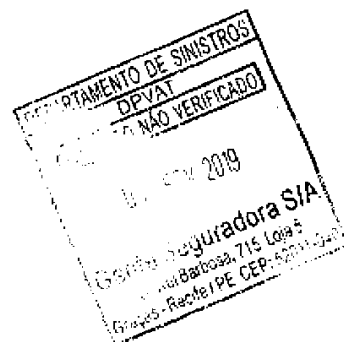
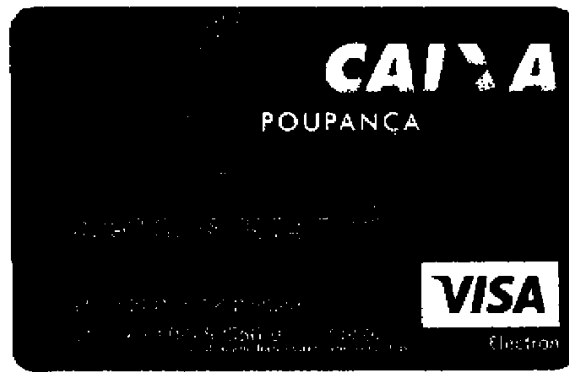
TESTEMUNHAS
1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina a ROGDC
MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, como testemunha-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.

FP5.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☒ 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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSENÇA DE IMPLACAMENTO DE PERICIAÇÃO COM NOTIFICAÇÃO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) PARA FINS DE REQUERIMENTO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, § 2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

07 FEB 2019

Seguradora
Gracias - Resposta

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO E IMPLACAMENTO DE PERICIAÇÃO COM NOTIFICAÇÃO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) PARA FINS DE REQUERIMENTO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vã nascida)?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Interposição
de recurso
administrativo
ou judicial

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

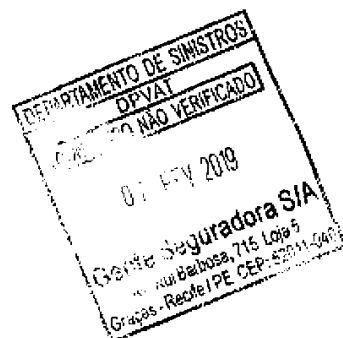
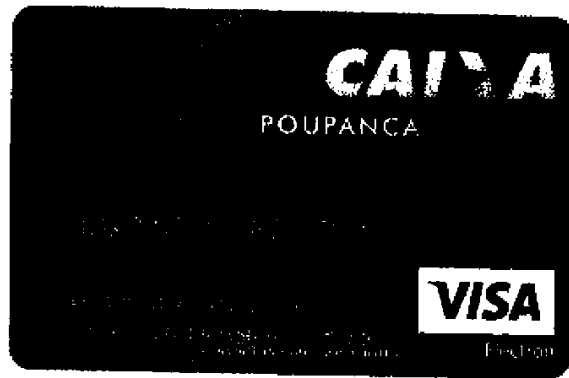
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







503323
0045397/16

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE -
DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0172000092

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/01/2019 às 10:27

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 1/1/2019 no período da Tarde

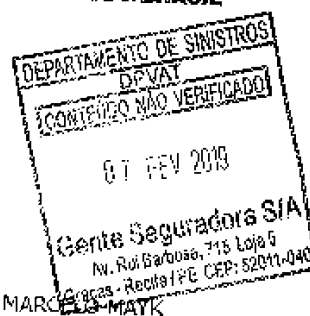
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE, 1, SAOJOSE DA COROA GRANDE PE - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PE 60**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA



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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MENIAM MOURA PEREIRA DA SILVA Pai: JOSE BISPO DA SILVA Data de Nascimento: 20/12/1992 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10940328402 (CPF): 05755606597 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares: - 985009324

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE, 20, LOT COSTA DO SOL N20, SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE PE - CEP: 55200-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO /BRASIL, PROX A IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS Objeto apreendido: Não Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **KHAS04R (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 212046723 Chassi: 0C2JC4110AR643572 Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: GASOLINA**

Complemento / Observação



INFORMOU O SR MARCELO MAYK PERREIRA DA SILVA QUE: NO DIA 01/01/2018 SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO, O MESMO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA PE00 PROXIMO AO POSTO DE QUIRINO QUANDO DE REPENTE SURTIU UM CACHORRO EM SUA FRENTE, MOMENTO ESSE QUE A MOTO COLIDIU COM O ANIMAL E O CONDUTOR CAINDO SOFRENDO VARIAS LESOES QUE SEGUEM EM ANEXO FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARREIROS JAILTON MESSIAS DE SOUZA ALBUQUERQUE, REGISTRO Nº312652 E UNIDADE MISTA OSMAR GOMES DE OLIVEIRA, SAO JOSE DA COROA GRANDE, REGISTRO Nº177066.

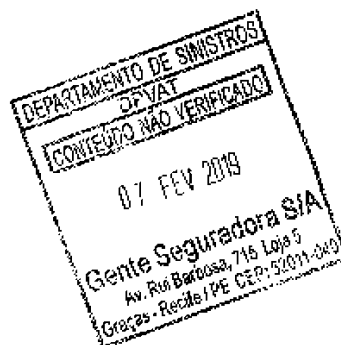
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

B.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264

[Assinatura]



503323
0045397/
524969
0174895/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/01/2019** às **10:27**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 1/1/2019 no período da Tarde

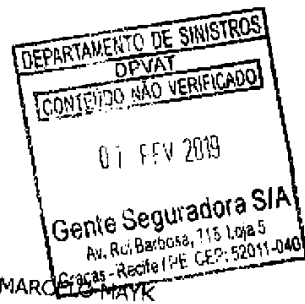
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 1, SAO JOSE DA COROA GRANDE PE - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Ponto de Referência: **PE 60**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCELO NAYK PEREIRA DA SILVA



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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA** Pai: **JOSE BISPO DA SILVA** Data de Nascimento: **20/12/1992** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10940328402 (CPF)** **05755606597 (CNPJ)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 995009324**

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 20, LOT COSTA DO SOL N20, SAO JOSE DA COROA GRANDE PE - CEP: 55080-800 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). **MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Objeto apreendido: **Não**

Placa: **KHA8048** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO) Renavam: **218046723** Chassi: **9C2JC4110AR643578**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação



INFORMOU O SR MARCELO MAYK PERREIRA DA SILVA QUE: NO DIA 01/01/2019 SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO, O MESMO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA PE00 PROXIMO AO POSTO DE QUIRINO QUANDO DE REPENTE SURTIU UM CACHORRO EM SUA FRENTE, MOMENTO ESSE QUE A MOTO COLIDIU COM O ANIMAL E O CONDUTOR CAINDO SOFRENDO VARIAS LESOES QUE SEGUIM EM ANEXO FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARREIROS JAILTON MESSIAS DE SOUZA ALBUQUERQUE, REGISTRO Nº312652 E UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, SAO JOSE DA COROA GRANDE, REGISTRO Nº177066.

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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

B.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264

[Handwritten signature]





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109.403.281-02 Nome completo da vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA CPF: 109.403.281-02
Profissão: Mecânico Endereço: Rua Costa do Sol Número: 20 Complemento: _____
Bairro: Costa do Sol Cidade: São J. da Boa Vista Estado: PE CEP: 55.965-000
E-mail: _____ Tel (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA:

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2324 CONTA: 030052656 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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o conhecimento do crédito, cuja quitação total é do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE DE SINISTROS

Declaro, sob as penas da lei, que não foi impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de sequenciamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em meu nome, a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, a caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder, quando caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, como testemunha-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.

FP5.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109.403.284-02 Nome completo da vítima: Imaculo moak Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA TODOS OS TIPOS DE COBERTURA)

Nome completo: Imaculo moak Pereira da Silva CPF: 109.403.284-02

Profissão: Mecânico Endereço: Rua Costa do Sol Número: 20 Complemento: _____

Bairro: Costa do Sol Cidade: São J. da Boa Grande Estado: PE CEP: 55.565.000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDIMENTO

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 0130052656

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no presente, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSE EM RECEBER O VALOR DO SEGURO DPVAT POR MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

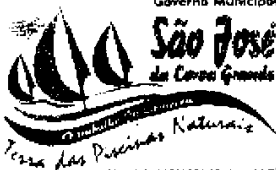
2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Imaculo moak Pereira da Silva

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

FPS-001 V001/2018



UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA
JOAO FRANCISCO DE MELO, CENTRO, São José da Coroa Grande - PE
CEP: 55565-000, Fone: (81) 3688-1346

FICHA DE ATENDIMENTO

Local e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
177066	01/01/2019 às 17:29:00	Urgência Geral

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000082911 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA	CNS	Nascimento: 20/12/1992	Idade: 26 anos	Sexo: Masculino	Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: MECANICO	Naturalidade: BARREIROS	Nacionalidade: Brasileiro		
Documento: Ignorado	Filiação: Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA				
Endereço (Av., Rua, etc): RUA COSTA DO SOL, Nº.	Complemento: CASA				
Bairro: CENTRO	Cidade: São José da Coroa Grande	UF: PE	Telefone:		
Acompanhante: JOSE BISPO	Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐			
Procedência: PSF Mata do Cajueiro	Meio de Transporte:				

Atendimento Médico:

Data: 01/01/2019	Hora: 17:45	Médico: <i>[assinatura]</i>	CRM: 11670
------------------	-------------	-----------------------------	------------

Queixa Principal:

HDA:

*Paciente sofreu acidente a
ruim do punho esquerdo, após queda de
moto.*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emotivo: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
----------	--	--	--------

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular: Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Escala: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

CONTUSÃO DE ABDÔMEN

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Examinado por
p/ Rx

Ass. Médico + Cirurgiã

Unidade Clínica
CRM-11.050- CREMAL 449

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Car

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhor

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorado

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais apelo integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento todas as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA
JOÃO FRANCISCO DE MELO, CENTRO, São José da Coroa Grande - PE
CEP: 55565-000, Fone: (81) 3688-1346

FICHA DE ATENDIMENTO

177066	Data e Hora do Atendimento: 01/01/2019 às 17:29:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: Urgência Geral
--------	--	--	----------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000082911 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA			
CNS:	Nascimento: 20/12/1992	Idade: 26 anos	Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: MECANICO	Naturalidade: BARREIROS	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: Ignorado	Filiação: Pai: Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA		
Endereço (Av., Rua, etc): RUA COSTA DO SOL, Nº.		Complemento: CASA	
Bairro: CENTRO	Cidade: São José da Coroa Grande	UF: PE	Telefone:
Acompanhante: JOSE BISPO			
Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐		
Procedência: PSF Mata do Cajuelro	Meio de Transporte:		

Atendimento Médico:

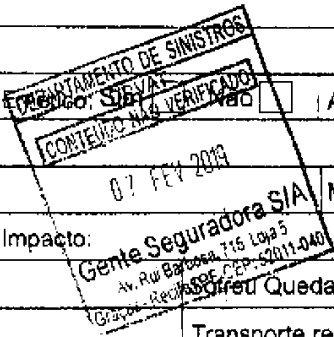
Data: 01/01/2019	Hora: 17:45	Médico: [assinatura]	CRM: 116820
Queixa Principal:			

HDA:

Paciente ficou escorregando a
rua do punho exposto, após queda de
moto.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	



Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
B: Respiratório			
C: Circulatório			
PA:	x	mm Hg	Pulso: bpm

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Score: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Score: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Score: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Contusão DE Antebraço

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimen

Tratamento/Procedimento:

Evacuado por
Rx

Ass. Médico + C.

Int. Adm. + C. + C.
CRM: 11.650 - CREMAL

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + C.

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melh

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piora

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:





Carta Social de Energia Luminária criada para o 10.438 de 20.04.00
Código de barras: 7006424737
Empresa: Neoenergia de Pernambuco
Av. José de Barros, 111, Jd. São José, Recife, Pernambuco - CEP: 50040-000
CNPJ: 06.940.340/0001-10 E-mail: atendimento@celpe.com.br

DATA DE EMISSÃO

ENTRADA EM USO DA LUMINÁRIA

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

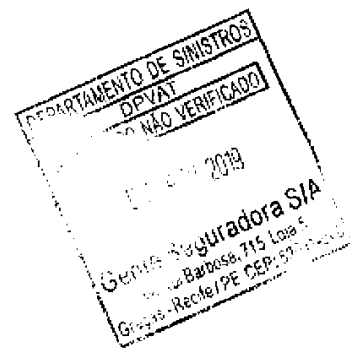
DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA			2a VIA								
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50000-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93  Grupo Neoenergia www.celpe.com.br Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis											
DADOS DO CLIENTE JEMISON JOSE NERY DE LYRA CPF: 049.520.594-05 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOAO B VASCONCELOS 111 - A CENTRO/BARREIROS 55560-000 BARREIROS PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, 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 28/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 213,48 CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Trifásico RESERVADO AO FISCO CFD0.FE34.3A51.C884.6DDF.3095.B5C2.BFC2								
DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 045263940 CONTA CONTRATO 007003590261 Nº DO CLIENTE 2010385703 Nº DA INSTALAÇÃO 0005208593											
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL											
DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)							
Consumo Ativo(kWh)		265,00	0,71979022	190,74							
Contrib. Ilum. Pública Municipal				22,74							
TOTAL DA FATURA				213,48							
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS											
ICMS		PIS		COFINS							
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO			
190,74	25,00	47,68	190,74	0,45	0,85	190,74	2,09	3,98			
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES											
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		DESCRIÇÃO			CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS	METAS	METAS		
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	VARIÁVEL	CONSUMO	DIÁRIO	ANUAL		
000000003120423648	CAT	07/12/2018 82.824,58	04/01/2019 93.089,06	28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
000000003120423648	CRF	07/12/2018 82.971,00	04/01/2019 82.971,00	28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2019					NÍVEL DE TENSÃO						
INFORMAÇÕES IMPORTANTES					TENSÃO NOMINAL(V)					LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
Pague no ponto mais perto de você! Missa conta foto e vídeo: rua dom juliz no 380 centro - pmtl variedades. rua menssenger teobaldo recha centro lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.					MÍNIMO					MÁXIMO	
					220					202	231
					380					350	389
					AUTENTICAÇÃO MECÂNICA						
DESTAQUE AQUI					TALÃO DE PAGAMENTO						
CONTA CONTRATO		MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.						
007003590261		01/2019	213,48	28/01/2019	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA						
838600000026 134800110073 003590261104 137272025335											





Tarifa Social de Energia Elétrica - Estado de Pernambuco
NOTA FISCAL - FISCALIZAÇÃO - AGÊNCIA DE ENERGIA ELÉTRICA
Unidade de Serviço do Consumidor
Av. João de Barros, 17 - 8º andar - Recife, Pernambuco - CEP 51050-902
CNPJ: 16.325.032/0001-06 | Insc. Est. 0218831-01 | www.celpe.com.br

SADUR DO CLIENTE

JOSE BISPO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

R. COSTA DO SUL, 20

CPF: 173.160.674-00

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL

COSTA DO SOL, JOSE CA CORONA
SAO JOSE DA CORDA GRANDE DE
5554-000

NOTA FISCAL Nº 122018

APRESENTAÇÃO

12/2018

EMISSÃO

12/2018

12/2018

DATA DE EMISSÃO: 12/2018
VALOR TOTAL: 78,08

Consumo (kWh):
Adequação Barbaça AMARELA
Conto 1 em 1000
1000 Substituição de 1000 para 1000
Multa por atraso de 0,000000 - 1000
Adequação de 0,000000 - 1000
Multa por atraso de 0,000000 - 1000

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
87000,000	0,737526	64.155,00
		0,17
		4,95
		0,00
		1,00
		0,04
		0,07

TOTAL DA FATURA

DATA	Tipo de Faturação	Anterior	Atual	Valor	Consumo (kWh)
12/2018	CAI	11/2018	12/2018	78,08	87.000

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESPACHO FISCAL

DATA	Tipo de Faturação	Anterior	Atual	Valor	Consumo (kWh)
12/2018	CAI	11/2018	12/2018	78,08	87.000

3005 CORA 2014 4791 4828 4071 0000 0000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este documento é gerado automaticamente pelo sistema de faturamento da CELPE e não possui validade jurídica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
01/01/2019
Gente Seguradora S/A
Av. da Barbosa, 715 Lapa 5
Gravata - Recife/PE CEP: 51050-902

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficientes auditivo ou de fala: 0800 284 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JEIMISON JOSE NERY DE LYRA CPF: 049.520.594-05		DATA DE VENCIMENTO 28/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 213,48		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 045263940		CONTA CONTRATO 007003590261 Nº DO CLIENTE 2010385703 Nº DA INSTALAÇÃO 0005208593	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOAO B VASCONCELOS 111 -A CENTRO/BARREIROS 55560-000 BARREIROS PE		CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Trifásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO CFD0.FE34.3A51.C884.6DDF.3095.B5C2.BFC2					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		265,00	0,71079022	190,74
Contrib. Num. Pública Municipal				22,74
TOTAL DA FATURA				213,48

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
190,74	25,00	47,68	190,74	0,45	0,85
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
190,74	25,00	47,68	190,74	2,09	3,98

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	6.62154002	JAN 19	285
		FEV 18	204
		MAR 18	437
		ABR 18	207
		MAY 18	480
		JUN 18	640
		JUL 18	658
		AUG 18	628
		SET 18	622
		OCT 18	610
		NOV 18	642
		DEZ 18	607
		JAN 19	610

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Descrição de Energia	41,21	32,38
Transmissão	9,93	4,83
Distribuição(Galpo)	42,80	22,44
Energias Renováveis	11,22	5,78
Pêculas	52,51	27,63
Perdas de Energia	13,46	3,06
TOTAL	190,74	100

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Missão Costa Foto e Vídeo: rua dom Luiz no 380 centro - bair. Variedades: rua moisenhar teobaldo rocha centro lista completa em www.celgas.com.br Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago, em abas, gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> <tr> <td>380</td> <td>350</td> <td>399</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	380	350	399
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)													
	MÍNIMO	MÁXIMO												
220	202	231												
380	350	399												
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA												

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007003590261	01/2019	213,48	28/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838600000026 134800110073 003590261104 137272025335



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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 0721204 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 João Batista de Vasconcelos inscrito (a) no CPF 049.520.594-05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Monteiro Mayk Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 169403.284 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Monteiro Mayk Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 169403.284 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 Lider, 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: <u>Rua João Batista de Vasconcelos</u>	Número: <u>111</u>	Complemento: <u>A</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Barrocas</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	Telefone comercial (DDD): <u>81 3645.3853</u>	Telefone celular (DDD): <u>81 33751-5537</u>

Barrocas, 30 de junho de 2019

Lugar e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Franilson José Neri de Souza inscrito (a) no CPF 040.920.994-05 /
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Mayk Pereira da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 109.403.284 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Intervenção da Vítima
Manoel Mayk Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.403.284 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, Manoel Mayk Pereira da Silva, residente 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 <u>Rua João Batista de Vasconcelos</u>	Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Barreiros</u>	Estado <u>PE</u>
CEP <u>55.560-000</u>	Telefone comercial (DDD) <u>81 3675-3858</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 99751-5587</u>

Barreiros 30 de junho de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

DL.DRL.001 V001/2017





UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA
JOAO FRANCISCO DE MELO, CENTRO, São José da Coroa Grande - PE
CEP: 55565-000, Fone: (81) 3688-1346

FICHA DE ATENDIMENTO

Local e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
177066	01/01/2019 às 17:29:00	Urgência Geral

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000082911 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA				
CNS	Nascimento: 20/12/1992	Idade: 26 anos	Sexo: Masculino	Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: MECANICO	Naturalidade: BARREIROS	Nacionalidade: Brasileiro	
Documento:	Filiação:			
Ignorado	Pai: Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA			
Endereço (Av., Rua, etc): RUA COSTA DO SOL, Nº.	Complemento: CASA			
Bairro: CENTRO	Cidade: São José da Coroa Grande	UF: PE	Telefone:	
Acompanhante: JOSE BISPO				
Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐			
Procedência: PSF Mata do Cajueiro	Meio de Transporte:			

Atendimento Médico:

Data: 01/01/2019 Hora: 17:45 Médico: *[assinatura]* CRM: 11670

Queixa Principal:

HDA:

*Paciente sofreu acidente a
rua no ponto referido, após queda de
moto.*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emocional: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
----------	--	--	--------

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

CONTUSÃO DE ABDÔMEN

Exames Solicitados:

Resultado dos Exams:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Examinado por
p/ Rx

Ass. Médico + Cirurgiã

Unidade Clínica
CRM-11.050- CREMAL 449

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Car

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhor

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:



Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais apelo integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



HOSPITAL MUNICIPAL DE BARREIROS - JAILTON MESSIAS DE SOUZA ALBUQUERQUE
 PE 60 KM 72,5, Rio Una, Barreiros - PE
 CEP: 55560-000, Fone: (81) 3675-2854

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 312652	Data e Hora do Atendimento 01/01/2019 às 18:23:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada Urgência Clínica
------------------------------	--	--	--------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000012908 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA			
CNS: 165278744220005	Nascimento: 20/12/1992	Idade: 26 anos	Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: LIXADOR	Naturalidade: BARREIROS	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: RG - 9239440	Filiação: Pai: JOSE BISPO DA SILVA Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA		
Endereço (Av., Rua, etc): RUA NOVA, Nº. 01		Complemento: CASA	
Bairro: VILA BAETE	Cidade: Barreiros	UF: PE	Telefone: (81) 8631-9020
Acompanhante: PAI		Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐	
Ocorrência:	Meio de Transporte:		
Procedência: São José da Coroa Grande			

Atendimento Médico:	CRM:
Data: / / Hora: Médico:	

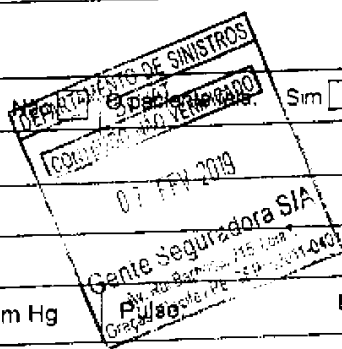
Queixa Principal:
 HDA: *for com dor e zumbido uma parte da cabeça e depois quando ele acordou já estava assim. Não sabe o que aconteceu, nem como aconteceu.*

História do Trauma:		6112
Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

Exame físico:	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
----------------------	--	--------

A: Geral	
B: Respiratório	
C: Circulatório	PA: 120 x 90 mm Hg bpm

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:



E: Abdômen

• Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Ass. Médico + Carimb
Dr. José Carlos Junior
CRM-PE 15759

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carim

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhora

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorado

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





ALIANÇA

ID do Paciente: 1092

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do exame: 07/01/2019 16:37

Solicitante: HMG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

(Laudo emitido em caráter de urgência)

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do punho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

ANÁLISE:

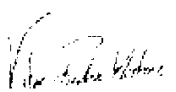
Presença de fratura cominutiva metaepidiafisária acometendo a porção lateral do rádio distal, com desalinhamento máximo de 0,2 cm.

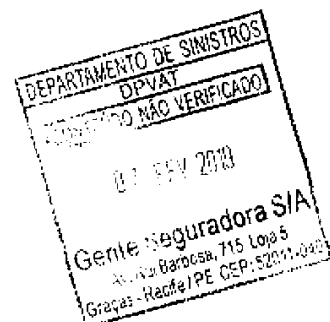
Ausências de outras fraturas ósseas.

Pequeno derrame articular.

Aumento da partes moles em região do punho.

Articulações radio-carpal e ulno-carpal preservadas.


Dr. Victor Rocha Martins
CRM 20765 PE



Os achados descritos neste relatório necessitam de criteriosa correlação com dados da história clínica, para adequada valorização/condução. Obrigado!



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS POR 05 DIAS

NOVALGINA 1G ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR

Dra. Leticia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 20645

Jaboatão dos Guararapes, 08/01/2019 11:38:55

Médico: J0045

Conselho: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Rua Dr. Luiz Regueira, 774 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes-PE - CEP.: 54160-594
Telefone: (81) 3461.5300 - www.hmgps.org



LIDIANE ROCHA DA SILVA INSTRUMENTADORA CPF: 008.111.884-01		Nº60 RECIBO R\$ <u>200,00</u>
Recebi(emos) de <u>MARCELO MARX PEREIRA DA SILVA</u>		
CPF: <u>109.403.284-02</u>		
A importância de: <u>Duzentos reais</u>		
Referente a <u>Instrumentação com escritura de penho</u>		
Pelo que dou plena, geral e irrevogável quitação.		
Recibo <u>08/01/19</u>	Lidiani Rocha Instrumentadora 008.111.884-01 LIDIANE ROCHA DA SILVA INSTRUMENTADORA	





ALIANÇA

ID do Paciente: 1092

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do exame: 07/01/2019 16:37

Solicitante: HMG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

(Laudo emitido em caráter de urgência)

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do punho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

ANÁLISE:

Presença de fratura cominutiva metaepifisária acometendo a porção lateral do rádio distal, com desalinhamento máximo de 0,2 cm.

Ausências de outras fraturas ósseas.

Pequeno derrame articular.

Aumento das partes moles em região do punho.

Articulações radio-carpal e ulno-carpal preservadas.


Dr. Victor Rocha Martins
RM 20765 PE



Os achados descritos neste relatório necessitam de criteriosa correlação com dados da história clínica, para adequada valorização/condução. Obrigado!



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente			1ª Via Farmácia
Nome: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA			2ª Via Paciente
CRM: CRM - 20645	UF: PE	Nº:	
Endereço:			
Telefone:			

Paciente: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
Endereço: RUA DO CAMPO, CENTRO, CEP: 54100300, Nº 2, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE.
Prescrição: PACO 30 MG ----- 30 CP TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE
 Dra. Lécia Lima Cirurgia da Mão CRM 20645

Identificação do Comprador		
Nome:	Ident.:	
Endereço:	Org. Emissor:	
Cidade	UF: PE	Telefone:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	Data:

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1002438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS SE DOR

NOVALGINA 1G ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR



Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 10645

Jaboatão dos Guararapes, 08/01/2019 11:38:55

Médico: 3005
Condição: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Rua Dr. Luiz Regueira, 774 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes-PE - CEP.: 54160-594
Telefone: (81) 3461.5300 - www.hmgpe.org



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

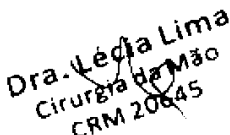
Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

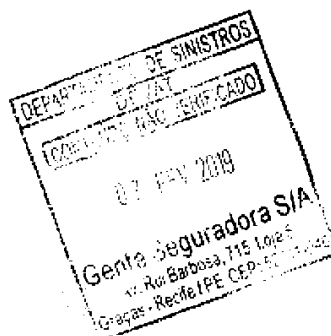
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente			1ª Via Farmácia
Nome: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA			2ª Via Paciente
CRM: CRM - 20645	UF: PE	Nº:	
Endereço:			
Telefone:			

Paciente: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
Endereço: RUA DO CAMPO, CENTRO, CEP: 54100300, Nº 2, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Prescrição: PACO 30 MG ----- 30 CP TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE
 Dra. Lécia Lima Cirurgia da Mão CRM 20645

Identificação do Comprador		
Nome:	Ident.:	
Endereço:	Org. Emissor:	
Cidade:	UF: PE	Telefone:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	
Data:	



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS POR CINCO DIAS

NOVALGINA 1G 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR

Dra. Lécia Lima
Carla da Mota

Jaboatão dos Guararapes, 08/01/2019 11:38:55

MAIO 2015
CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Rua Dr. Luiz Regueira, 774 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes-PE - CEP.: 54160-594
Telefone: (81) 3461.5300 - www.hmgpe.org



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 342755

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação:

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 25 Dias

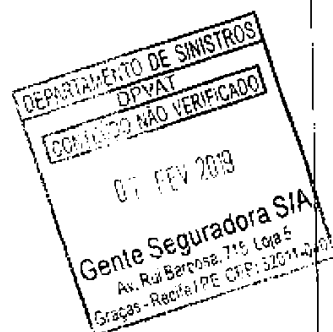
Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

LAUDO MEDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO EM 09/01/2019.
DEVERA MANTER IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS E INICIAR REABILITAÇÃO APOS.
NÃO ENCONTRA-SE APTO PARA RETORNO AS SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS.

CID: S525



Jaboatão dos Guararapes,

14/01/2019 14:42:45

Médico: 20645

Conselho: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA



Data/Hora: 08/01/2019 20:19:54

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092436

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mes e 25 Dias

Sexo: Masculino

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Prestador: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA	1º Auxiliar: MARINA FERREIRA BORGES ALVES
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:
Anestesiista: ROMERO FERRAZ CARIETI - CRM 18119	Tipo de Anestesia: BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS
Instrumentador: Lidiane Rocha	

Diagnóstico Pré Operatório: fratura do rádio distal esquerdo + lesão ligamentar do carpo

Data/Hora Início:

Hora Término:

CARÁTER: URGÊNCIA

TURNO: DIURNO

ACIDENTES: não houve

PEÇA OPERATÓRIA: não houve

CONSIGNADO: 01 placa bloqueada + 06 parafusos bloqueados + 01 parafuso cortical + 01 fios guia

CIRURGIA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL + TENOLISE NO TÚNEL OSTEOFIBROSO + MICRONEUROLISE (OUTRA VIA DE ACESSO) + REPARO LIGAMENTAR DO CARPO

- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MSE
- ACESSO VOLAR DE HENRY PARA RÁDIO DISTAL
- MIDOTOMIA DO PRONADOR QUADRADO, TENOLISE DO BRAQUIORRADIAL
- VISUALIZADA FRATURA INTRA ARTICULAR ARTICULAR DO RÁDIO DISTAL COM AFUNDAMENTO EM FOSSA DO ESCAFOIDE E AVULSÃO DO ESTILOIDE RADIAL ASSOCIADA A LESÃO LIGAMENTAR DO CARPO
- REALIZADA REDUÇÃO DO AFUNDAMENTO E FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM UM FIO DE KIRSCHNER
- TENTADA REDUÇÃO DO ESTILOIDE VIA ACESSO VOLAR E NÃO LOGRADA REDUÇÃO ADEQUADA
- ACESSO DIREITO PARA ESTILOIDE RADIAL, MICRONEUROLISE E PROTEÇÃO DO NERVO SENSITIVO RADIAL
- REDUÇÃO DIRETA DO ESTILOIDE E FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER
- CONFIRMADA REDUÇÃO COM RADIOSCÓPIA
- FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA VOLAR LCP + 05 PARAFUSOS BLOQUEADOS DE ÂNGULO VARIÁVEL + 01 PARAFUSO BLOQUEADO DE ÂNGULO FIXO + 01 PARAFUSO CORTICAL
- REALIZADO REPARO LIGAMENTAR DO CARPO COM VICRYL 2-0
- MIDORRAFIA DO PRONADOR QUADRADO COM VICRYL 3-0
- RETIRADO GARROTE E REALIZADA HEMOSTASIA
- SUTURA DO SUBCUTÂNEO COM VICRYL 3-0 E PELE INTRADERMICO COM MONOCRYL 4-0
- CURATIVO
- TALA LIVRA

COPIA DESENVOLVIDA
Pelo Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 07/01/2019
Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

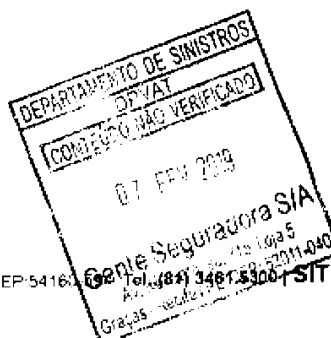
PRESTADOR: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM: 20645

Procedimentos:

Procedimento:

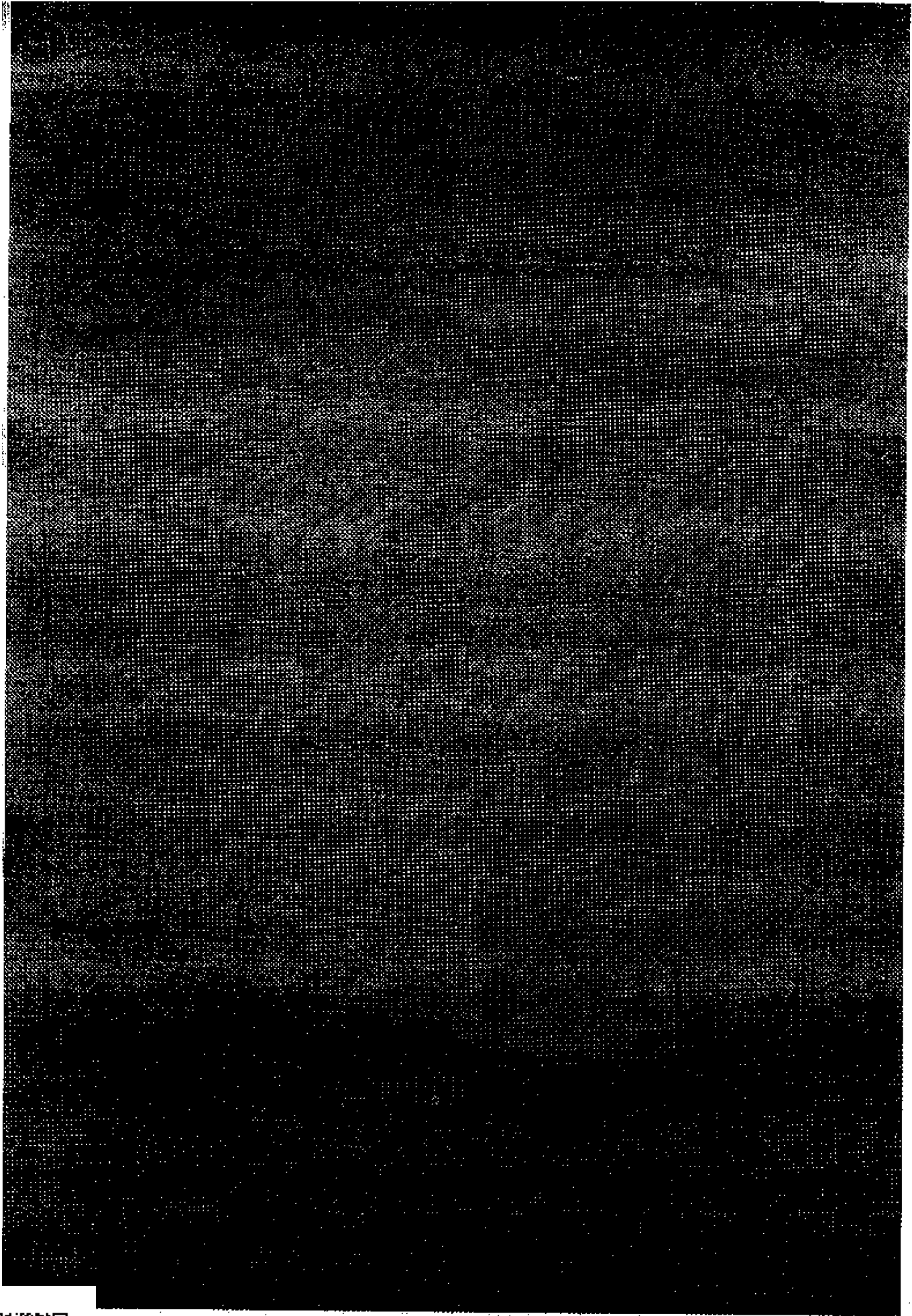
Procedimento SUS:

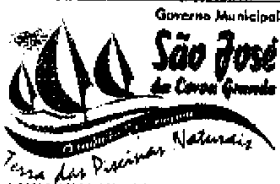


Rua Dr. Luiz Rogueira | 774 | Prazeres | Jaboatão dos Guararapes - PE | CEP: 54161-000

Telefone: (81) 3461.5300 | SITE - hospitalguararapes.org







UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA
JOÃO FRANCISCO DE MELO, CENTRO, São José da Coroa Grande - PE
CEP: 55565-000, Fone: (81) 3688-1346

FICHA DE ATENDIMENTO

177066	Data e Hora do Atendimento: 01/01/2019 às 17:29:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: Urgência Geral
--------	--	--	----------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000082911 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA	CNS:	Nascimento: 20/12/1992	Idade: 26 anos	Sexo: Masculino	Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: MECANICO	Naturalidade: BARREIROS	Nacionalidade: Brasileiro		
Documento: Ignorado	Filiação: Pai: Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA				

Endereço (Av., Rua, etc): RUA COSTA DO SOL, N°	Complemento: CASA		
Bairro: CENTRO	Cidade: São José da Coroa Grande	UF: PE	Telefone:
Acompanhante: JOSE BISPO			
Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐		
Procedência: PSF Mata do Cajueiro	Meio de Transporte:		

Atendimento Médico:

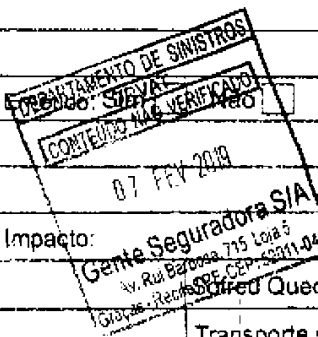
Data: 01/01/2019	Hora: 17:45	Médico: [assinatura]	CRM: 11650
Queixa Principal:	Paciente sofreu acidente a		

HDA:

rua no mesmo endereço, após queda de moto.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	



Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
B: Respiratório			
C: Circulatório			
PA: x mm Hg	Pulso: bpm		
D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anis ☐	
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora	
Escore: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:	



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Contusão DE Antebraço

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimen

Tratamento/Procedimento:

*Exame realizado por
p/ Rx*

Ass. Médico + *10087*

*Int. Anest. Cirúrgico
CRM: 11.550 - CREMAL*

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + C.

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melh.

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piora

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



HOSPITAL MUNICIPAL DE BARREIROS - JAILTON MESSIAS DE SOUZA ALBUQUERQUE
PE 60 KM 72,5, Rio Una, Barreiros - PE
CEP: 55560-000, Fone: (81) 3675-2854

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 312652	Data e Hora do Atendimento 01/01/2019 às 18:23:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada Urgência Clínica
------------------------------	--	--	--------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000012908 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA			
CNS: 165278744220005	Nascimento: 20/12/1992	Idade: 26 anos	Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: LIXADOR	Naturalidade: BARREIROS	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: RG - 9239440	Filiação: Pai: JOSE BISPO DA SILVA Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA		
Endereço (Av., Rua, etc): RUA NOVA, Nº. 01		Complemento: CASA	
Bairro: VILA BAETE	Cidade: Barreiros	UF: PE	Telefone: (81) 8631-9020
Acompanhante: PAI			
Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐		
Procedência: São José da Coroa Grande	Melo de Transporte:		

Atendimento Médico:

Data: / /	Hora:	Médico:	CRM:
-----------	-------	---------	------

Queixa Principal:

HDA: *baixa com dor e edema em membros inferiores desde 2h. Nega tce, demora e vômito. Não*

História do Trauma:

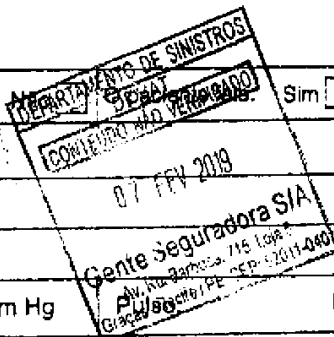
Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:	Transporte realizado por:	
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: 120 x 90 mm Hg	bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Score: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Score: Hora:
Glasgow: Resposta Motora Score: Hora:	



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Ass. Médico + Carim

Dr. José Antonio Junior
CRM-PE 25769

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Ca

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhorado

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorado

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

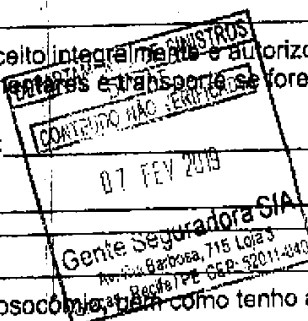
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





ID do Paciente: 1092

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do exame: 07/01/2019 16:37

Solicitante: HMG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

(Laudo emitido em caráter de urgência)

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do punho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

ANÁLISE:

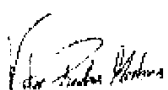
Presença de fratura cominutiva metacarpiana acometendo a porção lateral do rádio distal, com desalinhamento máximo de 0,2 cm.

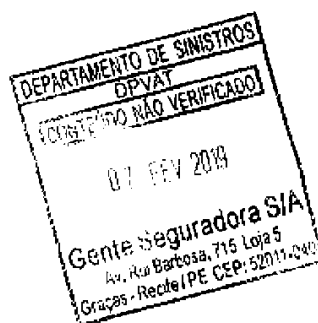
Ausências de outras fraturas ósseas.

Pequeno derrame articular.

Aumento da partes moles em região do punho.

Articulações radio-carpal e ulno-carpal preservadas.


Dr. Victor Rocha Martins
CRM 20765 PE



Os achados descritos neste relatório necessitam de criteriosa correlação com dados da história clínica, para adequada valorização/condução. Obrigada!



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Prontuário: 1002438

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Sexo: Masculino

RECETUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG

TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS POR 07 DIAS

01 CAIXA

NOVALGINA 1G

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR

01 CAIXA

Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 10649

Jaboatão dos Guararapes, 08/01/2019 11:38:55

Médico: 3045

Consultor: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Rua Dr. Luiz Regueira, 774 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes-PE - CEP.: 54160-594
Telefone: (81) 3461.5300 - www.hmgpe.org

LIDIANE ROCHA DA SILVA INSTRUMENTADORA CPF: 088.911.884-01		N560 RECIBO R\$ 200,00
Recebemos de <u>MARCELO MARK PEREIRA DA SILVA</u>		
CPF: <u>109.403.284-02</u>		
A importância de: <u>Duzentos reais</u>		
Referente a: <u>Instrumentação cirúrgica</u> <u>matéria de pronto</u>		
Pelo que dou plena, geral e irrevogável quitação.		
Recife <u>08/01/19</u>	Lidiane Rocha INSTRUMENTADORA CPF: 088.911.884-01 LIDIANE ROCHA DA SILVA INSTRUMENTADORA	





ALIANÇA

ID do Paciente: 1092

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do exame: 07/01/2019 16:37

Solicitante: HMG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

(Laudo emitido em caráter de urgência)

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do punho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

ANÁLISE:

Presença de fratura cominutiva metacarpiana acometendo a porção lateral do rádio distal, com desalinhamento máximo de 0,2 cm.

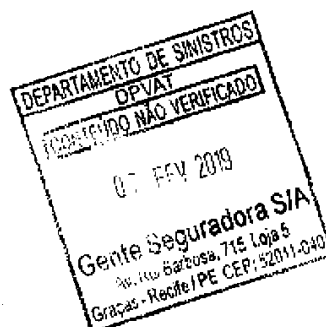
Ausências de outras fraturas ósseas.

Pequeno derrame articular.

Aumento da partes moles em região do punho.

Articulações radio-carpal e ulno-carpal preservadas.


Dr. Victor Rocha Martins
RM 20765 PE



Os achados descritos neste relatório necessitam de criteriosa correlação com dados de história clínica, para adequada valorização/condução. Obrigada!



Data/Hora: 08/01/2019 11:39:41

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente			1ª Via Farmácia
Nome: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA			2ª Via Paciente
CRM: CRM - 20645	UF: PE	Nº:	
Endereço:			
Telefone:			

Paciente: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
Endereço: RUA DO CAMPO, CENTRO, CEP: 54100300, Nº 2, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Prescrição: PACO 30 MG ----- 30 CP TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE
 Dra. Lécia Lima Cirurgia da Mão CRM 20645

Identificação do Comprador		
Nome:	Ident.:	
Endereço:	Org. Emissor:	
Cidade:	UF: PE	Telefone:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	Data:



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 002438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

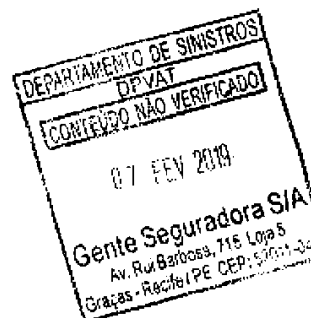
USO ORAL

TAMIRAN 750 MG

TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 6/6 HORAS SE DOR

NOVALGINA 1G

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR



Dra. Lécia Lima
Médica

Jaboatão dos Guararapes,

08/01/2019 11:38:55

Conveniente: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA



Data/Hora: 08/01/2019 11:39:41

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

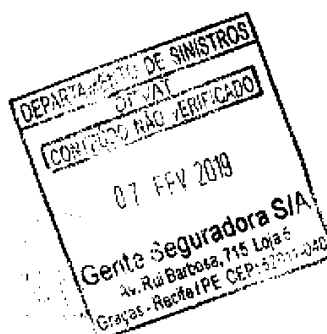
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente			1ª Via Farmácia
Nome: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA			2ª Via Paciente
CRM: CRM - 20645	UF: PE	Nº:	
Endereço:			
Telefone:			

Paciente: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
Endereço: RUA DO CAMPO, CENTRO, CEP: 54100300, Nº 2, JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE
Prescrição: PACO 30 MG 30 CP TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE
<i>Dra. Lécia Lima</i> Cirurgia de Mão CRM 20645

Identificação do Comprador		
Nome:	Ident.:	
Endereço:	Org. Emissor:	
Cidade:	UF: PE	Telefone:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	Data:



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS POR CINCO DIAS

NOVALGINA 1G ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR

Jaboatão dos Guararapes,

08/01/2019 11:38:59

ANALISADO POR ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA



Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 342755

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação:

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 25 Dias

Sexo: Masculino

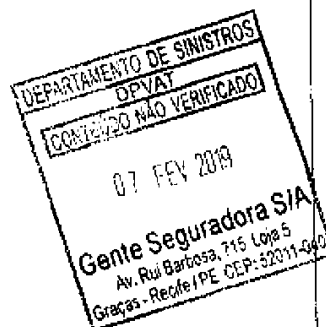
RECEITUÁRIO

LAUDO MEDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO EM 08/01/2019.
DEVERÁ MANTER IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS E INICIAR REABILITAÇÃO APOS.
NÃO ENCONTRA-SE APTO PARA RETORNO AS SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS.

CID: S525

Dr. Carlos Henrique
Cirurgião de Mão
e Microcirurgia
CRM 20645



Jaboatão dos Guararapes, 14/01/2019 14:42:45

Médico: 20645

Conselho: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Rua Dr. Luiz Regueira, 774 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes-PE - CEP.: 54160-594
Telefone: (81) 3461.5300 - www.fmgpe.org



Data/Hora: 08/01/2019 20:19:54

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 25 Dias

Sexo: Masculino

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Prestador: ANA LECIA CARNEIRO LEO DE ARAUJO LIMA

1º Auxiliar: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesiista: ROMERO FERRAZ CARIELI - CRM 18119

Tipo de Anestesia: BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Instrumentador: lidiane rocha

Diagnóstico Pré Operatório: fratura do radio distal esquerdo + lesão ligamentar do carpo

Data/Hora Início:

Hora Término:

CARÁTER: URGÊNCIA

TURNO: DIURNO

ACIDENTES: não houve

PEÇA OPERATÓRIA: não houve

CONSIGNADO: 01 placa bloqueada + 06 parafusos bloqueados + 01 parafuso cortical + 03 fios guia

CIRURGIA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL + TENOLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO + MICRONEUROLISE (OUTRA VIA DE ACESSO) + REPARO LIGAMENTAR DO CARPO

- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MSE
- ACESSO VOLAR DE HENRY PARA RADIO DISTAL
- MIOTOMIA DO PRONADOR QUADRADO, TENOLISE DO BRAQUIRRADIAL
- VISUALIZADA FRATURA INTRA ARTICULAR ARTICULAR DO RADIO DISTAL COM AFUNDAMENTO EM FOSSA DO ESCAFOIDE E AVULSÃO DO ESTILOIDE RADIAL ASSOCIADA A LESÃO LIGAMENTAR DO CARPO
- REALIZADA REDUÇÃO DO AFUNDAMENTO E FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM UM FIO DE KIRSCHNER
- TENTADA REDUÇÃO DO ESTILOIDE VIA ACESSO VOLAR E NÃO LOGRADA REDUÇÃO ADEQUADA
- ACESSO DIRETO PARA ESTILOIDE RADIAL, MICRONEUROLISE E PROTEÇÃO DO NERVO SENSITIVO RADIAL
- REDUÇÃO DIRETA DO ESTILOIDE E FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER
- CONFIRMADA REDUÇÃO COM RADIOSCOPIA
- FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA VOLAR LCP + 05 PARAFUSOS BLOQUEADOS DE ÂNGULO VARIÁVEL + 01 PARAFUSO BLOQUEADO DE ÂNGULO FIXO + 01 PARAFUSO CORTICAL
- REALIZADO REPARO LIGAMENTAR DO CARPO COM VICRYL 2-0
- MIOTOMIA DO PRONADOR QUADRADO COM VICRYL 3-0
- RETIRADO GARROTE E REALIZADA HEMOSTASIA
- SUTURA DO SUBCUTÂNEO COM VICRYL 3-0 E PELE INTRADÉRMICO COM MONOCRYL 4-0
- CURATIVO
- TALA LUVA

Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20645

PRESTADOR: ANA LECIA CARNEIRO LEO DE ARAUJO LIMA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CRM - 20645

Procedimentos:

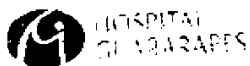
Procedimento:

Procedimento SUS:



Rua Dr Luiz Regueira | 774 | Prazeres | Jaboatão dos Guararapes - PE | CEP: 54160-000 | Fone: 3497.3300 | SITE - hospitalguararapes.org





HOSPITAL
GUARARAPES

Departamento: Ortopedia

Local: Av. Antônio G. Mesquita, 1774

Usuário: ANA LECIA CORDEIRO

Data Hora: 20/05/2019 09:41

Protocolo: 1092438

Letra de Prescrição

Sexo: Masculino

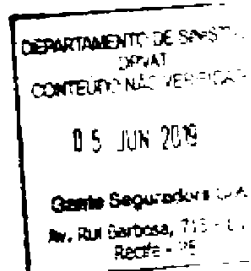
RECEITUÁRIO

010761895119

LAUDO MÉDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DÍSTAL ESQUERDO HÁ 4 MESES
NO MOMENTO COMPLETAMENTE REABILITADO E APTO PARA O RETORNO ÀS SUAS ATIVIDADES LABORAIS

COD: 525



[Handwritten signature]
Médico: ANA LECIA CORDEIRO LEAL DE ARAÚJO
Conselho: 20648

