



Número: **0000115-17.2020.8.17.2218**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Goiana**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.813,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENTIL BERNARDO DA SILVA (AUTOR)		HALLANA ANTONNYA DE OLIVEIRA BONIFACIO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59993021	30/03/2020 14:56	2708832_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE GOIANA/PE

Processo: 00001151720208172218

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 **GENTIL BERNARDO 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 **16/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/04/2019.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

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



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

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.

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)



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.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/03/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

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



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 seqüela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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.”



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 citação⁶.

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 ação⁷.

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, ante a ausência de laudo pericial 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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários 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.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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



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,

GOIANA, 23 de março 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



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 **GENTIL BERNARDO DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **GOIANA**, nos autos do Processo nº 00001151720208172218.

Rio de Janeiro, 23 de março 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: **0000115-17.2020.8.17.2218**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Goiana**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.813,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

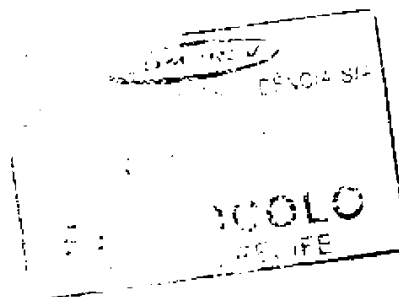
Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENTIL BERNARDO DA SILVA (AUTOR)		HALLANA ANTONNYA DE OLIVEIRA BONIFACIO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59993022	30/03/2020 14:56	ANEXO 1	Outros (Documento)

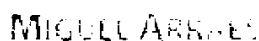
16. O presente processo administrativo é de natureza disciplinar, conforme se verifica no art. 17, inciso I, da Lei nº 8.112/1990, e, portanto, não se aplica o disposto no art. 109, inciso I, do mesmo diploma legal, que trata da aplicação de penalidades em processos de natureza punitiva.

17. O presente processo administrativo é de natureza disciplinar, conforme se verifica no art. 17, inciso I, da Lei nº 8.112/1990, e, portanto, não se aplica o disposto no art. 109, inciso I, do mesmo diploma legal, que trata da aplicação de penalidades em processos de natureza punitiva.

18. O presente processo administrativo é de natureza disciplinar, conforme se verifica no art. 17, inciso I, da Lei nº 8.112/1990, e, portanto, não se aplica o disposto no art. 109, inciso I, do mesmo diploma legal, que trata da aplicação de penalidades em processos de natureza punitiva.

Hugo Freitas de Almeida
 Diretor de Administração
 Fórum de Justiça de Manaus
 Manaus, 30/03/2020





Num. 59993022 - Pág. 2



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2. NOME	3. CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569
4. ESTABELECIMENTO EXERCITANTE	5. NOME	6. CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7. Nome do Paciente	8. Nº Fronteirão			
GENTIL BERNARDO DA SILVA	123889			
9. Cód. Nacional do SUS	10. Data de Nascimento	11. Sexo	12. Raça/Cor	13. Estado
000000000000000000	27/08/1947	M	03 - Paraíba	0000 - Não Se Aplica
14. Nome da Mãe	15. Telefone do Celular			
MARIA PEDRO SOARES	8197318117			
16. Nome Responsável	17. Telefone do Estabelecimento			
VANILDA				
18. Endereço (Rua, Nº, Bairro, Cidade, Estado)	19. CEP	20. UF	21. Código de Verificação	
0000 MACARANDUBA 100 - TEJUCOPAPO	260620	PE	55900000	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22. Principais Síndromas e Sinais Clínicos	23. Descrição da Lesão
DEFORMIDADE EM FUNHO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 10 DIAS	
24. Condições que justificam a internação	25. Tratamento Cirúrgico
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	
26. Principais Resultados de Provas Diagnósticas	27. Diagnóstico Inicial / Final
ANAMNESE - EXAME FÍSICO - RADIOGRAFIA	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

28. Diagnóstico Inicial / Final	29. CID-10 Principal	30. CID-10 Secundária	31. CID-10 Outras Associações
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	S39.9	V296	S52.5

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32. Descrição do Procedimento Solicitado	33. Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0407040161		
34. Especialidade	35. Quantidade de Atendimento	36. Documento	37. Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante
CIRURGICA	2	X CNS - CPF	980016218437533
38. Nome do Profissional Solicitante	39. Data de Solicitação	40. Assinatura do Profissional Solicitante	41. Assinatura do Profissional Responsável
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	17/03/2019		16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

42. Tipo de Acidente	43. Nº do Acidente	44. Nº do Acidente	45. Nº do Acidente
Acidente de Trabalho	46. Nº do Acidente	47. Nº do Acidente	48. Nº do Acidente
Acidente de Trabalho	49. Nº do Acidente	50. Nº do Acidente	51. Nº do Acidente
Acidente de Trabalho	52. Nº do Acidente	53. Nº do Acidente	54. Nº do Acidente
Acidente de Trabalho	55. Nº do Acidente	56. Nº do Acidente	57. Nº do Acidente

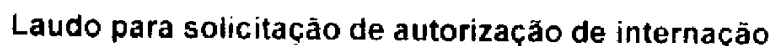
AUTORIZAÇÃO

58. Nome do Profissional Autorizador	59. Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
60. Assinatura do Profissional Autorizador	61. Assinatura do Profissional Responsável
62. Data da Autorização	63. Assinatura do Profissional Responsável

AIH
261910215104-0

Código do Laudo 469414





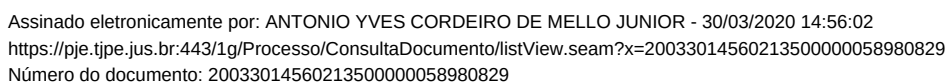
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTELAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**PROCEDIMIENTO SOLICITADO**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZACAO

Código do Laudo 484501



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **469501**

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GENTIL BERNARDO DA SILVA** Prontuário: 171559
Idade: 71a Anos Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 27/06/1947
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP: 51400-000
R.G.: 1147211 C.P.F.: 43227465134 Endereço: RUA LAFAYETTE, 100 - JACUAREMBU - RECIFE - PE
Dados da Internação
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 17/03/2020 14:56
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: SERVIÇO DE URGÊNCIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO Leito: 300015
Médico Internação: PETERSON CAVALCANTE HOLANDA

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/03/19 Hora da Alta:

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

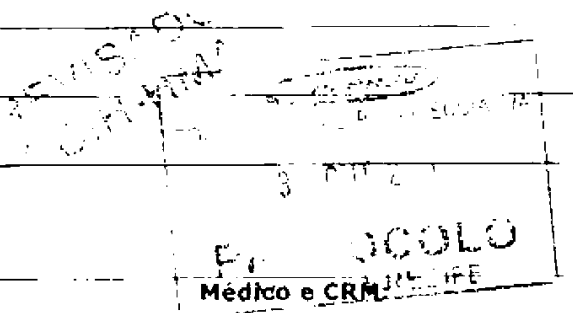
Condições de Alta: INDEPENDENTE E STÁVEL

Diagnóstico Principal..... FRATURA DO OMBRO DIREITO

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento..... IMOBILIZAÇÃO



Gentil da Costa da Silva

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Gentil da Costa da Silva
Assinatura e RG





MIGUEL ARRAES

Rua Ernesto da Figueiredo, S/N
Jaqueira - Recife - PE
CEP: 52.090-000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 469501

Usuário: JHATANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GENTIL BERNARDO DA SILVA** Prontuário: 123889
Idade: 71a Bis 21a Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 27/06/1948
Profissão: Escolaridade: R.G.: 1147211 C.P.F.: 43217463454 Telefone: CEP: 55900000
Endereço: JOAO MACARANDURA CIDADE: TERESOPOLIA COLOMIA DE

Dados da Internação

Origem: INTERNALIZADO Data e Hora da Internação: 11/03/2020 14:17
Convênio: SUS - INTERNAÇÃO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE E ORTOPEdia Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO Leito: VERDE 15
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEdia

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Jereço: Numero:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/03/2020 Hora da Alta:

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: CONDICIONADO ESTÁVEL

Diagnóstico Principal.....: FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DE MÃO

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Tratamento.....: INTERVENÇÃO CONSERVADORA

Dr. Henrique Roberto Rocha
Ortopedia e Traumatologia
R. 26.220

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente aqui mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES com o propósito de tratamento cirúrgico, diagnóstico, intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura ou bem-estar do paciente.

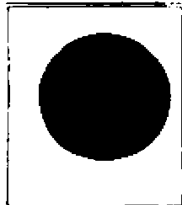
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 14:56:02

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMI

Data e hora retida da senha: 16/03/2019 22:11



Nome Paciente: GENTIL BERNARDO DA SILVA
Cód. Paciente: 123889
Data de Nascimento: 27/06/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: F0010
Convenio: 2 - SUS - EXTERNO - URGENCIA
Atendimento: 469414
SAML: 10050

Periodo: 16/03/2019 22:24 - 16/03/2019 22:27

LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL BERLAMINO CORREIA COM RELATO DE COLISÃO COM MOTO NA PE 62. FRATURA DE RADIO DISTAL HA 6 HORAS. S/O

Observação: NEGA COMORBIDADES

Programa sintoma: TRAUMA

Primitivo(es): DOR LEVE (1/3/10)
EVENTO TRAUMA HA MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Anais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 105.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- PESO: 75.00 KG
- SATURACAO DE OXIGENIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.30 °C

REVISADO
NET

HMA - Hospital Miguel Arraes

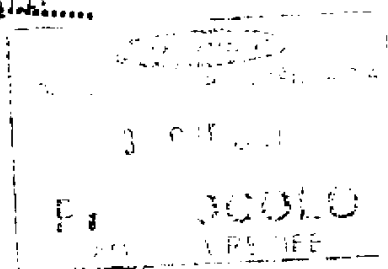
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Luana Prexedes

Enfermeiro



Acolhido(a) por: LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/03/2019 22:27

Forma de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 469414

Senha da Classificação:

P0010

Data e Hora: 16/03/2019 22:16

Paciente: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 27/06/1947 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA PEDRO SOARES

Nome do Pai: JOSE BERNARDO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 1114

Endereço: JOAO MACARANDUBA

100

Bairro: TEJUPA APD

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: PAULIARSO

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Dor e inchaço no joelho direito após traumatismo há 10 dias. Não dorme à noite.

Exame Físico

Exame físico normal. Não há sinais de infecção. Não há sinais de trauma. Não há sinais de doença sistêmica.

Hipótese Diagnóstica

Lesão ligamentar no joelho direito.

Prescrição Médica

- Dor no joelho direito após traumatismo há 10 dias. Não dorme à noite.

- Dor no joelho direito.

Dor no joelho direito.

- Trauma da articulação do joelho direito há 10 dias. Não dorme à noite.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido para

() Encaminhado ao setor de internação

Serha

00010
00000



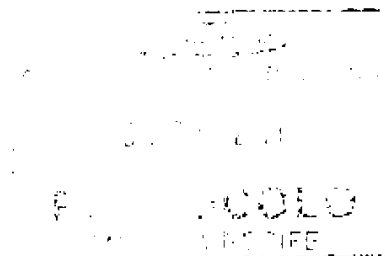
HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: RAYANERB
Em: 18/03/2019 15:10

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....469474.....Prontuario: 123589.....SAME: 110695.....Hora Atendimento: 22:15.....Data Atendimento: 03/03/2019
Paciente.....GENTIL BERNARDO DA SILVA.....Idade: 71 a
Endereço.....JOAO MACARRANDESA
Bairro.....TEJUPÓRPO
Cidade.....JOJANA.....UF: PE.....CEP: 55900000
Convênio.....DAS - E-TECNOLOGIA S.A.
CID Principal.....
CID's Secundários:.....
Resultado.....ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO
Data Saída.....17/03/2019.....Hora Saída: 22:15

Prestador da Evolução Médica: **SORMANE DE CARVALHO BRITTO**



SORMANE DE CARVALHO BRITTO - 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



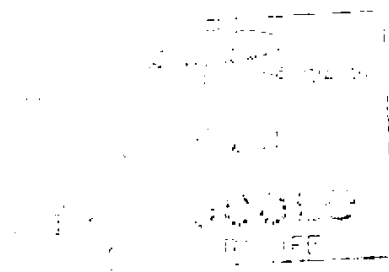
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1/1
Emitido por: JULIANAPP
Em: 18/03/2019 04:41

DIAGNOSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....469414.....Prontuario.....1279882.....SAME.....130686.....Hora Atend: 22:15.....Data Atend: 16/03/2019
Paciente.....GENTIL BERNARDO DA SILVA.....Idade: 71 a
Endereço.....JOÃO MACARANDUBA.....
Bairro.....TELUCOPAPO.....
Cidade.....GOIANA.....UF: GO.....CEP: 55900000
Convenio.....SUS - EXTENSÃO DO SUS.....Plano.....COOPERATIVA
CID Principal.....
CID's Secundarios.....
Resultado.....ENVIADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....17/03/2019.....Hora Saída: 22:16

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO



SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES DE ALENCA





DEPARTAMENTO DE SAÚDE
HUGO FREITAS DE ARAÚJO



DEPARTAMENTO DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

28/08/2019

Cirurgia de Mão

Comprometimento do nervo radial (D) + Sínd. compressão N. ulnar
em Intenso para tratamento cirúrgico

Dr. Lívio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE: 27804/TECOT 15731

11/09/2019

Cirurgia de Mão

Comprometimento do Rádio + Síndrome compressiva

do Mediano em Bunko

2ª Sessão de F.O

Revisão cirúrgica relatando grande melhora do quadro clínico
em M.D

Do exame: F.O com bom aspecto

A. radiográfico: Enrijecimento importante do rádio

At. polidactilo + dedo curto

Retorno com 4 semanas

Hugo Freitas de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Microcirurgia
CRM/PE - 15-83



11.000.000,00 400

Nome: Gentil Bezado da Silva

7.000 000

1992

17/07/2013
Camp de Nô
4º Nô de Tual comunitário

Esquema sobre a elaboração de um projeto de Pesquisa para a montagem,
Neste primeiro momento, descrevem-se os dados de 12 meses de funcionamento, segue
descrição de dados, organização

1. *medusopora*: Ectozoa. Comel dalle nuclearmente
Al. *Hypneria* *pristigaster*
Rossa 1m tutti cinque 1m ultrano

Hugo Freitas de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião de Mão / Microcirurgia
CREMEPE - 15483

4/08/2013
1: 1000 to 10000
5: 1000 to 10000

blacks are to be on a rising on some dub
rest on some on 7-10th.

Abstract

Separate con queso and con queso C.

2. analysis to number 6

Curry (+)

Cl. Indus procedente Conigua (Ordeclama + Inreda oru +
mellista de ~~Indus~~ mellista)

~~Hugo Freitas de Araújo~~
 Professor de Traumatologia
 Cirurgião de Mão e Microcirurgia
 CREMER 15482





DE
MIGUEL ARRÁZ



FLDI, CAC, DIN, FI

Assinado por: Genio B. B. B. Registrado: _____

Assinado em: _____

05/06/2019 Assinado por: _____

Assinado por: _____

Assinado por: _____

Assinado por: _____

Assinado por: _____

Assinado por: _____

Assinado por: _____

Assinado por: _____



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: GENTIL BERNARDO DA SILVA REG: 123889

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA

17/3/2019 # SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ADMISSÃO

DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APÓS
ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 1 DIA

TENTADO REDUÇÃO EM PLANTÃO ANTERIOR SEM SUCESSO

AO EXAME: DOR LOCAL / EM USO DE TALA LUVA
NV+ / BOA PERFUSÃO DISTAL

AVALIADO CASO COM EQUIPE

CD: INTERNEMENTO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO
CIRURGICO

18/03/19

00 30

H E G H

Sob o 1º e 2º quarto foi feito o exame
físico de rotina. Não há sinais
de dor, edema ou rubor. Há
dor local com sangramento
na região. Há uma lesão na
região da palma da mão com
alívio da dor após a aplicação de gelo.

at - Rotação SVA

- Sol. TAE de alívio e/ou controle

- En. 100% VO

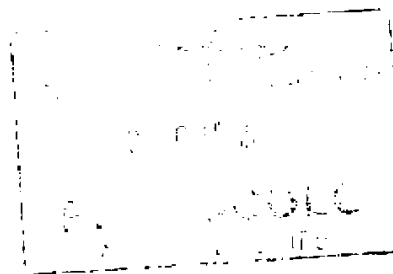
Suspenção de Gelo





Atendimento	469501		
Dt Atendimento	17/03/2019	- 22:17	Dt Alta: 28/03/2019 - 17:46
Paciente	123889	GENTIL BERNARDO DA SILVA	
Serviço	15 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	Convenio	1 SUS - INTERNACAO
Leito	44 CG1F-411-LEITO 004	Plano	* GERAL
Motivo Alta	1 ALTA MELHORADA	Usuário	BRUNAGFS
CID			
Procedimento de Alta	0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA		
Observação de Alta			

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES Nº 498444 CNEP 6431563
2 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES CNEP 6431563

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - Nome do Paciente: GENTIL BERNARDO DA SILVA
4 - Cartão Nacional de Saúde: 709704092901390
5 - Data de Nascimento: 27/06/1947
6 - Sexo: ☒ M ☐ F
7 - Paquetor: 03 - Parda
8 - CPF: 123889
9 - Mãe: 0000 - Não Se Aplica
10 - Telefone de Contato: 8197316117
11 - Nome da Mãe: MARIA PEDRO SOARES
12 - Nome Responsável: MARIA PEDRO SOARES
13 - Endereço: Rua do Bairro: RUA ENGENHO MASSARANDUBA, 100 - CENTRO
14 - Município: GOIANA
15 - UF: GO
16 - CEP: 260620
17 - Telefone de Contato: 55900974

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - Principais Sinais e Sintomas: C/O 205
19 - História Clínica: Paciente com fratura de rádio e punho direito e parêstesia em 4º e 5º dedos da mão direita após tratamento conservador com imobilização em gesso. Não há sinais de infecção, febre ou outros sinais de infecção sistêmica.

20 - Condicionantes que justificam a internação: NECESSIDADE DE CIRURGIA
21 - Principais Resultados de exames e diagnósticos: ANAMNESE + FÍSICO
22 - Diagnóstico médico: Cod. de: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO
23 - CID-10 Principal: S525
24 - CID-10 Secundário: V296
25 - CID-10 Causas Externas: 0408020644
26 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CENTRALIZAÇÃO DO PUNHO
27 - Especialidade: CIRÚRGICA
28 - Caracter do Atendimento: 2
29 - Local de Atendimento: 1
30 - Nome do Médico: DR. LIVIO COSTA
31 - Data da Solicitação: 28/05/2019
32 - Assinatura do Médico: Adauto Telino
33 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
34 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
35 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
36 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
37 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
38 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
39 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
40 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
41 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
42 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
43 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
44 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
45 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
46 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
47 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
48 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
49 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
50 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
51 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
52 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
53 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
54 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
55 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
56 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
57 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
58 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
59 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
60 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
61 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
62 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
63 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
64 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
65 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
66 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
67 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
68 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
69 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
70 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
71 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
72 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
73 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
74 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
75 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
76 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
77 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
78 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
79 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
80 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
81 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
82 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
83 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
84 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
85 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
86 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
87 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
88 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
89 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
90 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
91 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
92 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
93 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
94 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
95 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
96 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
97 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
98 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
99 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
100 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - Principais Resultados de exames e diagnósticos: ANAMNESE + FÍSICO
22 - Diagnóstico médico: Cod. de: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO
23 - CID-10 Principal: S525
24 - CID-10 Secundário: V296
25 - CID-10 Causas Externas: 0408020644
26 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CENTRALIZAÇÃO DO PUNHO
27 - Especialidade: CIRÚRGICA
28 - Caracter do Atendimento: 2
29 - Local de Atendimento: 1
30 - Nome do Médico: DR. LIVIO COSTA
31 - Data da Solicitação: 28/05/2019
32 - Assinatura do Médico: Adauto Telino
33 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
34 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
35 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
36 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
37 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
38 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
39 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
40 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
41 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
42 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
43 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
44 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
45 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
46 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
47 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
48 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
49 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
50 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
51 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
52 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
53 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
54 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
55 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
56 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
57 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
58 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
59 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
60 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
61 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
62 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
63 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
64 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
65 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
66 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
67 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
68 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
69 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
70 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
71 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
72 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
73 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
74 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
75 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
76 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
77 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
78 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
79 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
80 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
81 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
82 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
83 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
84 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
85 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
86 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
87 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
88 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
89 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
90 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
91 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
92 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
93 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
94 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
95 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
96 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
97 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
98 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
99 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino
100 - Assinatura do Responsável: Adauto Telino

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

1 - Tipo de Atendimento: 1
2 - Tipo de Atendimento: 1
3 - Tipo de Atendimento: 1
4 - Tipo de Atendimento: 1
5 - Tipo de Atendimento: 1
6 - Tipo de Atendimento: 1
7 - Tipo de Atendimento: 1
8 - Tipo de Atendimento: 1
9 - Tipo de Atendimento: 1
10 - Tipo de Atendimento: 1
11 - Tipo de Atendimento: 1
12 - Tipo de Atendimento: 1
13 - Tipo de Atendimento: 1
14 - Tipo de Atendimento: 1
15 - Tipo de Atendimento: 1
16 - Tipo de Atendimento: 1
17 - Tipo de Atendimento: 1
18 - Tipo de Atendimento: 1
19 - Tipo de Atendimento: 1
20 - Tipo de Atendimento: 1
21 - Tipo de Atendimento: 1
22 - Tipo de Atendimento: 1
23 - Tipo de Atendimento: 1
24 - Tipo de Atendimento: 1
25 - Tipo de Atendimento: 1
26 - Tipo de Atendimento: 1
27 - Tipo de Atendimento: 1
28 - Tipo de Atendimento: 1
29 - Tipo de Atendimento: 1
30 - Tipo de Atendimento: 1
31 - Tipo de Atendimento: 1
32 - Tipo de Atendimento: 1
33 - Tipo de Atendimento: 1
34 - Tipo de Atendimento: 1
35 - Tipo de Atendimento: 1
36 - Tipo de Atendimento: 1
37 - Tipo de Atendimento: 1
38 - Tipo de Atendimento: 1
39 - Tipo de Atendimento: 1
40 - Tipo de Atendimento: 1
41 - Tipo de Atendimento: 1
42 - Tipo de Atendimento: 1
43 - Tipo de Atendimento: 1
44 - Tipo de Atendimento: 1
45 - Tipo de Atendimento: 1
46 - Tipo de Atendimento: 1
47 - Tipo de Atendimento: 1
48 - Tipo de Atendimento: 1
49 - Tipo de Atendimento: 1
50 - Tipo de Atendimento: 1
51 - Tipo de Atendimento: 1
52 - Tipo de Atendimento: 1
53 - Tipo de Atendimento: 1
54 - Tipo de Atendimento: 1
55 - Tipo de Atendimento: 1
56 - Tipo de Atendimento: 1
57 - Tipo de Atendimento: 1
58 - Tipo de Atendimento: 1
59 - Tipo de Atendimento: 1
60 - Tipo de Atendimento: 1
61 - Tipo de Atendimento: 1
62 - Tipo de Atendimento: 1
63 - Tipo de Atendimento: 1
64 - Tipo de Atendimento: 1
65 - Tipo de Atendimento: 1
66 - Tipo de Atendimento: 1
67 - Tipo de Atendimento: 1
68 - Tipo de Atendimento: 1
69 - Tipo de Atendimento: 1
70 - Tipo de Atendimento: 1
71 - Tipo de Atendimento: 1
72 - Tipo de Atendimento: 1
73 - Tipo de Atendimento: 1
74 - Tipo de Atendimento: 1
75 - Tipo de Atendimento: 1
76 - Tipo de Atendimento: 1
77 - Tipo de Atendimento: 1
78 - Tipo de Atendimento: 1
79 - Tipo de Atendimento: 1
80 - Tipo de Atendimento: 1
81 - Tipo de Atendimento: 1
82 - Tipo de Atendimento: 1
83 - Tipo de Atendimento: 1
84 - Tipo de Atendimento: 1
85 - Tipo de Atendimento: 1
86 - Tipo de Atendimento: 1
87 - Tipo de Atendimento: 1
88 - Tipo de Atendimento: 1
89 - Tipo de Atendimento: 1
90 - Tipo de Atendimento: 1
91 - Tipo de Atendimento: 1
92 - Tipo de Atendimento: 1
93 - Tipo de Atendimento: 1
94 - Tipo de Atendimento: 1
95 - Tipo de Atendimento: 1
96 - Tipo de Atendimento: 1
97 - Tipo de Atendimento: 1
98 - Tipo de Atendimento: 1
99 - Tipo de Atendimento: 1
100 - Tipo de Atendimento: 1

AUTORIZAÇÃO

40 - Nome do Profissional Autorizado: DR. LIVIO COSTA
41 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
42 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
43 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
44 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
45 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
46 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
47 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
48 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
49 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
50 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
51 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
52 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
53 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
54 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
55 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
56 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
57 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
58 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
59 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
60 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
61 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
62 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
63 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
64 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
65 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
66 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
67 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
68 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
69 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
70 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
71 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
72 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
73 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
74 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
75 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
76 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
77 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
78 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
79 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
80 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
81 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
82 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
83 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
84 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
85 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
86 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
87 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
88 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
89 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
90 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
91 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
92 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
93 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
94 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
95 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
96 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
97 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
98 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
99 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino
100 - Assinatura do Profissional Autorizado: Adauto Telino

Código do Laudo: 497717



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 492744

Usuário: JEFFERSONRFB

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GENTIL BERNARDO DA SILVA** Prontuário: 123829
Idade: 12/06/1941 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 27/6/1941
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP: 55900974
R.G.: 1147211 C.P.F.: 4322465434 LTB: CENTRO GOIANA - PE
Endereço: RUA ENOCLEO MACCARANDURA

Dados da Internação

Origem: AMBULATORIO EGRESSO Data e Hora da Internação: 28/6/2020 10:40
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-29
Médico Internação: HUGO FREITAS DE ARAUJO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número: Estado civil:
Telefone: Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 29/08/19 Hora da Alta: 5:59

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bem

Diagnóstico Principal.....: Fr. Fechada do 3º-6º (dala 7)

Diagnóstico Secundário01:

Diagnóstico Secundário02:

Procedimento.....:

Médico e CRM: **Filipe Guedes**
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.695

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Gentil Bernardo da Silva
Assinatura RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: GENTIL BERNARDO DA SILVA REG: 123889

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA

28/8/2019

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ADMISSÃO

10:31

PACIENTE COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO E PARESTESIA EM QUIRODACTILOS DA MÃO DIREITA APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO (FRATURA OCORREU HÁ 5 MESES). EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E COMPRESSÃO DE NERVO MEDIANO.

29.08.19 - Paciente evoluiu com deformidade em punho direito e parestesia em quirodaquitos da mão direita após tratamento conservador de fratura de rádio distal direito (fratura ocorreu há 5 meses). Evoluiu com consolidação viciosa e compressão de nervo mediano.

09/09

Dr. Filipe Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE: 27804 REG. 1583
Dr. Filipe
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE: 27804 REG. 1583

10/09

em tempo -
Paciente evoluiu com deformidade em punho direito e parestesia em quirodaquitos da mão direita após tratamento conservador de fratura de rádio distal direito (fratura ocorreu há 5 meses). Evoluiu com consolidação viciosa e compressão de nervo mediano.

Dr. Filipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 28.085



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 28/08/2019
Hora: 18:17

Aviso de Cirurgia: 58763
Paciente: 123889
Convênio Atual:
Leito:

Sala: 0001 SALA 01
GENTIL BERNARDO DA SILVA

Arendimento:
Carteira:
Idade: 72 Anos

Dt. Início: 28/08/2019 14:00 Dt. Fim: 28/08/2019 15:43

Cid Pre-Operatório

Cid Pós-Operatório

Procedimento: 0408020431 TRAT CIR FRAT DIAFIS UNICA RADIO OX ULMA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

CIRURGIAO 15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO
ANESTESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL + SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO
INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO RÁDIO + TRAT CIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS
OPERADOR: HUGO FREITAS
1º AUXILIAR: LIVIO COSTA (R4)
2º AUXILIAR: FELIPE GUEDES (R2)
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: DR GENÉSIO
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO + SEDAÇÃO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB INDUÇÃO ANESTÉSICA
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERES
4. INCISÃO EM DORSO DO PUNHO D, MEDINDO CERCA DE 10 CM
5. DIVULSAO POR PLANOS ENTRE III E IV COMPARTIMENTOS EXTENSORES
OSTEOTOMIA DE RÁDIO DISTAL COM AUXÍLIO DE 02 FK 2.0
RETIRADA DE ENXERTO CORTICO-ESPONJOSO DE OLECRÂNEO
6. COLOCAÇÃO DE ENXERTO DE OLECRÂNEO EM FOCO DE OSTEOTOMIA
7. FIXAÇÃO DE OSTEOTOMIA UTILIZANDO 02 FK 2.0 E VERIFICAÇÃO DE POSIÇÃO ACEITAVEL EM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
8. INCISÃO EM FACE ANTERIOR DO PUNHO D, LONGITUDINAL MEDINDO CERCA DE 5 CM
9. DIVULSAO POR PLANOS ATÉ LIGAMENTO CARPAL TRANSVERSO (LCT)
10. ABERTURA DE LCT EM TODA A SUA EXTENSÃO
11. SUTURA POR PLANOS, ATÉ PELE, UTILIZANDO MONOCRYL 3.0 E MONONYLON 4.0
12. COLOCAÇÃO DE CURATIVO COMPRESSIVO
13. COLOCAÇÃO DE TALA LUVA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Felipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 76.688

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 492744

Dt Atendimento: 25.08/2019 - 10:40

Dt Alta: 29/08/2019 - 10:59

Paciente: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPE/DIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: * SUS - INTERNACAO

Leito: 705 VERD2-29

Plano: * GERAL

Motivo Alta: * ALTA MELHORADA

Usuário: MAYARAAM

CID: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Procedimento de Alta: 0408020644 - TRATAMENTO CIRURGICO P/ CENTRALIZAÇÃO DO PUNTO

Observação de Alta

MAYARA ALVES MENDES

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Paciente	GENTIL BERNARDO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	123889
2 - Cartão Nacional do SUS	3 - Data de Nascimento	4 - Sexo	5 - Raça/Cor	7 - Endereço	8 - Cidade
730704082901390	27/06/1947	M	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
9 - Nome da Mãe	MARIA PEDRO SOARES			12 - Telefone de Contato	8197318117
10 - Nome Responsável	IVANILDA			14 - Telefone de Contato	
11 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	JOAO MACARANDUBA, 100 - TEJUCOPAPO				
13 - Município	15 - IBGE	16 - UF	17 - CEP		
COIANA	260620	PE	55900000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
2 - DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 DIA

Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

3 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE - EXAME FÍSICO - RADIOGRAFIA

4 - Diagnóstico Principal (Obrigo) 24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Externas
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO V296 5525

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1 - Descrição do Procedimento Solicitado
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

2 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPE) do Profissional Solicitante
CIRÚRGICA	2	XI CVS	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro em Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	17/03/2019	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - 1 - Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Boleto	41 - Série
37 - 1 - Ato de Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNES Empresa	44 - Série
38 - 1 - Ato de Trabalho Través			
4 - 1 - Veículo - 2 - Meio de Locomoção			
Empregado	1 - Empregado	2 - Autônomo	3 - Desempregado

AUTORIZAÇÃO

3 - Nome do Profissional Autorizador	4 - Cod. Orgão Emissor
	E260000001
45 - Documento	46 - Nº do Documento (CNS/CPE) do Profissional Autorizador
CNS	CPE
47 - Data da Autorização	48 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Código do Laudo: 469414

AIH
261910215104-0





MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaripe - Paulista - PE
CEP: 53.400-000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 469501

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GÊNTIL BERNARDO DA SILVA** Prontuário: 120889
Idade: 71a 8m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 27/06/1947
Profissão: Escolaridade:
R.G.: 1141211 C.P.F.: 11227465414 Telefone: CEP: 55900010
Endereço: JOAO MACARANDURA 107 TELHOCADAO COTANA PE
Dados da Internação
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 17/03/2019 12:11
Convênio: SUS INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE 25
Médico Internação: PETERSON CAVALCANTI HOLANDA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número: 03 00 14
Fone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28 / 03 / 19 Hora da Alta:
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: CLINICAMENTE ESTÁVEL

Diagnóstico Principal.....: FRATURA DE FURTO DO MÃO

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: TRATAMENTO CONSERVADOR

REVISOR
CH-1111

Médico e CRM:

Yves Cordeiro de Mello Junior

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de 20__

Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 469414 Prontuário: 123889 SAME: 110696 Hora Atend: 22:16 Data Atend: 17/03/2019
Paciente.....: GENTIL BERNARDO DA SILVA Idade: 71 a
Endereço.....: JOAO MACARANDUBA
Bairro.....: TEJUCOFAPO
Cidade.....: GOIANA UF: PE CEP: 55900000
Convênio.....: UNIO - EXTERNO - URGENCIA Plano: PLANO UNIO
CID Principal.....: -
CID's Secundários...
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 17/03/2019 Hora Saída: 22:16

Prestador da Evolução Médica: **SORMANE DE CARVALHO BRITTO**

SORMANE DE CARVALHO BRITTO : 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N
Jaguaripe - Paulista - PE
CEP: 553.400 - 000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 469501

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GENTIL BERNARDO DA SILVA**
Idade: 71a 8m 21d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuario: 123889
Profissão: Data de Nascimento: 10/03/1949
R.G.: 1147211 C.P.F.: 432746544 Telefone: CEP: 55400000
Endereço: JOAO MACARANDUBA 100 - TRUCOPARO GUTANA

Dados da Internação

Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 17/03/2019 22:17
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE 01
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Sexo: Numero:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28 / 03 / 19 Hora da Alta:

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: CONDICAO ESTAVEL

Diagnóstico Principal.....: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DE MÃO

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Tratamento.....: TRATAMENTO ORTOPEDICO

Dr. Anderson Oliveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.720

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES para com os tratamentos, exames e procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 469414 Prontuário: 123889 SAME: 110695 Hora Atend: 22:16 Data Atend: 16/03/2019
Paciente.....: GENTIL BERNARDO DA SILVA Idade: 71 a
Endereço.....: RUA MACAPANDUBA
Bairro.....: TEJUCOPAPO
Cidade.....: GOIANA
Convênio.....: SUS - EXTERNO - URGÊNCIA UF: PE CEP: 65900000
CID Principal.....: Plano: PLANO UNICO
CID's Secundários.....
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 17/03/2019 Hora Saída: 22:16

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

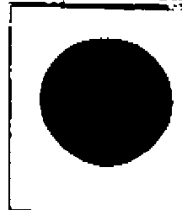


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMI

Data e hora retirada da senha: 16/03/2019 22:11



Nome Paciente: GENTIL BERNARDO DA SILVA
Cód. Paciente: 123889
Data de Nascimento: 27/06/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: P0010
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO - URGENCIA
Atendimento: 469414
SAME: 110695

Período: 16/03/2019 22:24 - 16/03/2019 22:27

LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL BERLAMINO CORREIA COM RELATO DE COLISÃO COM MOTO NA PE 62, FRATURA DE RADIO DISTAL HÁ 6 HORAS (SG)

Observação: NEGA COMORBIDADES

Histórico sintoma: TRAUMA

Crônico (es): DOB LEVE (1-3/10)
EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 105.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- PESO: 75.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.30 °C

REVISADO
NENHUMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele/

Sim () Não (X)

Local:
Assinado por: Luan Prexedes
Enfermeiro COREN 427217-ENF

Acolhido(a) por: LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/03/2019 22:27

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: GENTIL BERNARDO DA SILVA REG: 123889

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA

17/3/2019

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ADMISSÃO

DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APÓS
ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 1 DIA

TENTADO REDUÇÃO EM PLANTÃO ANTERIOR SEM SUCESSO

AO EXAME: DOR LOCAL / EM USO DE TALA LUVA
NV+ / BOA PERFUSÃO DISTAL

AVALIADO CASO COM EQUIPE

CD: INTERNEMENTO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO
CIRURGICO

IMPREV

CONTA DA PREVIDÊNCIA SIA

18/03/19

00 30

H E G A

31 OUT 2019

Dr. JOCOLO

RECIFE

Sale toda qualia com persistência
última de acidente motociclistico
ha sido, evoluindo com dor aumentada
e "dureza com sangue"
ao exame. Alívio parcial, porém
chama a atenção para o alívio parcial

at - Pano SVA

- Sol. TAE de alívio e/ou controle

- Em dia 18/03

Sustentação do Gesso
Gratuito e Alívio



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página 0001

Data 18/03/2019

Hora 10:20

Aviso de Cirurgia 55310 Sala 0004 SALA 04
Paciente 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA
Convênio Atend 1 SUS - INTERNACAO
Leito 691 VERD2-15
Dt Inicio 18/03/2019 16:26 Dt Fim 18/03/2019 17:26
Atendimento 40000
Cadeira
Idade 71 Anos
Cid Pre-Operatório R100 ABDOME AGUDO
Cid Pos-Operatório R100 ABDOME AGUDO

Procedimento 040704016 LAPAROTOMIA EXPLORADORA (PRINCIPAL)
Convênio 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia 45 GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA SEM REINALACAO

ENTURADO
R3104 16
To 2a

CIRURGIÃO 15874 ARNALDO AMORIM DE LEMOS NETO
ANESTESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:**DESCRIÇÃO OPERATORIA**

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO O MESMO + PANCREATITE PÓS TRAUMÁTICA
CIRURGIA PROPOSTA LAPAROTOMIA EXPLORADORA+DRENAGEM CAVITARIA
CIRURGIA REALIZADA A MESMA

CIRURGIÃO: DR. PETERSON C. HOLANDA

1º AUXILIAR: DR. KEVIN

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA: DR. GENESIO GOMES DA CRUZ

ANESTESIA: GERAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOVE

DESCRIÇÃO

1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL

2) ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVPI

3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS

4) INCISÃO MEDIANA XIFO-PUBIANA + ABERTURA POR PLANOS

5) ACHADOS

A) MODERADO VOLUME DE LÍQUIDO LIVRE INTRACAVITARIO(SANGUE); HEMATOMA RETROPERITONEAL ZONA 1 NA

EXPANSIVEL EM ANDAR SUPRAMESOCÓLICO

6) CONDUTA

A) REALIZADO INVENTARIO DA CAVIDADE PERITONEAL COM MANOBRAS DE CATTEL SEM SEREM IDENTIFICADAS

LESÕES DE VISCERAS OCAS OU SOLIDAS

8) TOALETE CAVITARIA

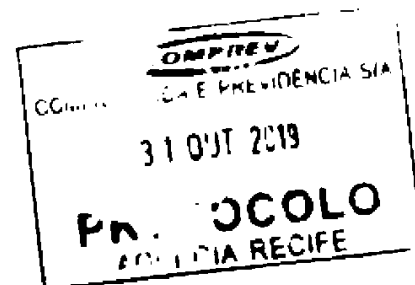
9) REVISÃO DE HEMOSTASIA

10) COTAGEM DE COMPRESSAS

11) FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCRIL 0

12) SUTURA DA PELE COM NYLON 3/0

13) CURATIVO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Dr. Peterson C. Holanda
Cirurgia Geral / Vascular
CRM-PE: 16.585

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAES

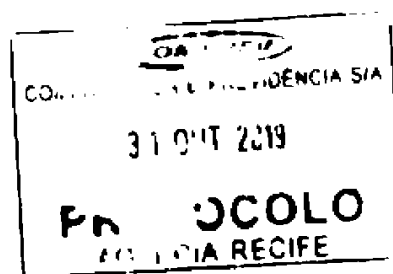
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página 0000

Data 18/03/2019

Hora 17:20

DR(A) ARNALDO AMORIM DE LEMOS NETO
CRM 15074



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GENTIL BERNARDO DA SILVA

REG: 123889

IDADE: 71 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 17/03/2019

DATA DA ALTA: 28/03/2019

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- TRATAMENTO CONSERVADOR

ORIENTAÇÕES:

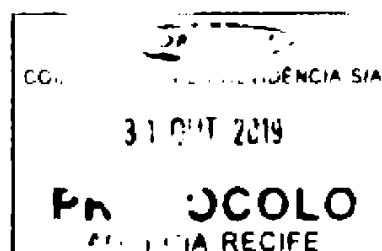
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- MANTER TALA AXILO-PALMAR, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR.
- MEXER DEDOS DA MÃO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA.
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO.
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA.
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTE, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Hugo Silva Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Atendimento: 463501

Dt Atendimento: 17/03/2019 - 22:17

Dt Alta: 28/03/2019 - 17:46

Paciente: 123089 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNAÇÃO

Leito: 44 CG1F-411-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

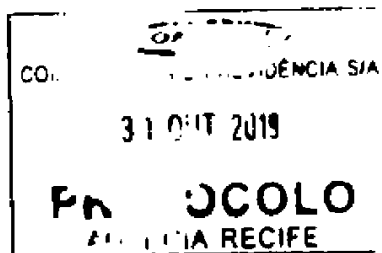
Usuário: BRUNAGFS

CID:

Procedimento de Alta: 030101 1070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta:

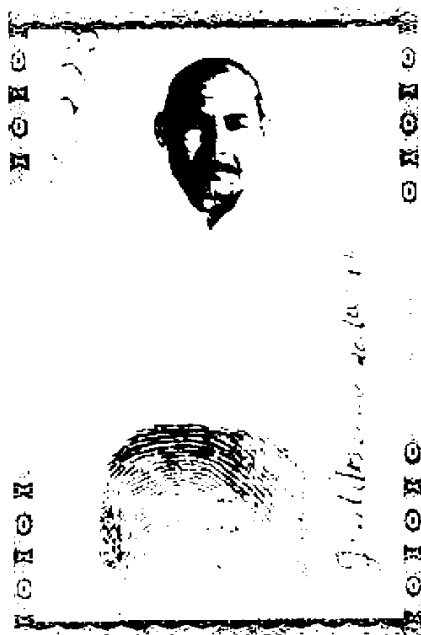
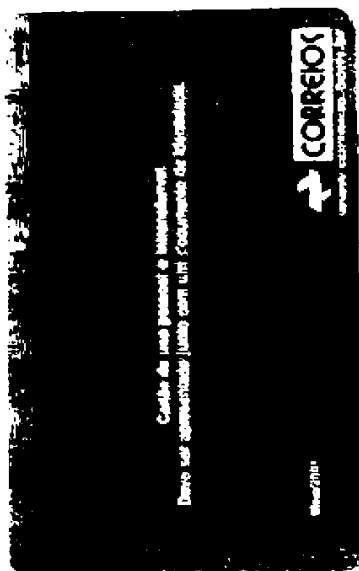
THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614193

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA

Data do acidente: 16/03/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL (PANCREATITE PÓS TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER PUNHO DIREITO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA - DRENAGEM CAVITÁRIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG 15/20/30 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614193

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA

Data do acidente: 16/03/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL (PANCREATITE PÓS TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER PUNHO DIREITO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA - DRENAGEM CAVITÁRIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG 15/20/30 _CIRURGIA

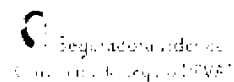
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380955/19

Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA

CPF: 432.274.654-34

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENTIL BERNARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

GENTIL BERNARDO DA SILVA : 432.274.654-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: GENTIL BERNARDO DA SILVA
CPF: 432.274.654-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

GENTIL BERNARDO DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614193

Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 16/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENTIL BERNARDO 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 15042473





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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614193

Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 16/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENTIL BERNARDO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **GENTIL BERNARDO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000774**

Conta: **00000074891-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







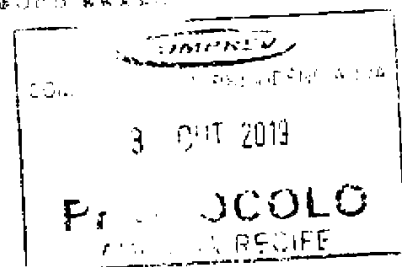
GOVERNAMENTO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074
BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074
BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074
BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074



BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074
BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074
BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074
BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074
BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074
BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074
BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074

BOLETIM DE DEFESA SOCIAL Nº 19E0134001074



Genl. L. Gonzales S. de

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

1. INFORM
 2. INFORM
 3. INFORM
 4. INFORM
 5. INFORM
 6. INFORM
 7. INFORM
 8. INFORM
 9. INFORM
 10. INFORM
 11. INFORM
 12. INFORM
 13. INFORM
 14. INFORM
 15. INFORM
 16. INFORM
 17. INFORM
 18. INFORM
 19. INFORM
 20. INFORM
 21. INFORM
 22. INFORM
 23. INFORM
 24. INFORM
 25. INFORM
 26. INFORM
 27. INFORM
 28. INFORM
 29. INFORM
 30. INFORM
 31. INFORM
 32. INFORM
 33. INFORM
 34. INFORM
 35. INFORM
 36. INFORM
 37. INFORM
 38. INFORM
 39. INFORM
 40. INFORM
 41. INFORM
 42. INFORM
 43. INFORM
 44. INFORM
 45. INFORM
 46. INFORM
 47. INFORM
 48. INFORM
 49. INFORM
 50. INFORM
 51. INFORM
 52. INFORM
 53. INFORM
 54. INFORM
 55. INFORM
 56. INFORM
 57. INFORM
 58. INFORM
 59. INFORM
 60. INFORM
 61. INFORM
 62. INFORM
 63. INFORM
 64. INFORM
 65. INFORM
 66. INFORM
 67. INFORM
 68. INFORM
 69. INFORM
 70. INFORM
 71. INFORM
 72. INFORM
 73. INFORM
 74. INFORM
 75. INFORM
 76. INFORM
 77. INFORM
 78. INFORM
 79. INFORM
 80. INFORM
 81. INFORM
 82. INFORM
 83. INFORM
 84. INFORM
 85. INFORM
 86. INFORM
 87. INFORM
 88. INFORM
 89. INFORM
 90. INFORM
 91. INFORM
 92. INFORM
 93. INFORM
 94. INFORM
 95. INFORM
 96. INFORM
 97. INFORM
 98. INFORM
 99. INFORM
 100. INFORM



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do anexo do ACR: _____ 3 - CPF do titular: 952.244.000-07 4 - Nome completo do(a) vítima: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

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

1 - Nome completo: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR 5 - CPF: 952.244.000-07
7 - Endereço: Av. Brasil, 1000 - Jd. América - São Paulo - SP 8 - Fonecelo: (11) 9999-9999 9 - Número: 11 10 - Complemento: 100
11 - Bairro: América 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05000-000
15 - E-mail: antonio.yves@liderseguros.com.br 16 - Tel (DDD): (11) 9999-9999

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - PI do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, sob as penas da lei, a veracidade das informações acima e comprometo-me a fornecer a documentação anexa (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR (A CONTA)

RECURSO REFORMAR R\$10.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.000,00 A R\$5.000,00
SEU RENDIM. R\$10.000,00 A R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA

Bradesco (237) Itaú (341)
Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0000 000 CONTA: 00000000000000000000 000 AGÊNCIA: 0000 000 CONTA: 00000000000000000000 000

Autorizo a LIDER SEGUROS a utilizar as informações acima para a emissão do seguro DPVAT e para a realização de todos os procedimentos necessários para a indenização do seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da lei, a veracidade das informações acima e comprometo-me a fornecer a documentação anexa (ANEXAR COPIA).

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

Declaro, sob as penas da lei, a veracidade das informações acima e comprometo-me a fornecer a documentação anexa (ANEXAR COPIA).

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro 24 - Estado civil do representante: Casado (em Civil) 25 - Estado civil do representante: Divorciado 26 - Estado civil do representante: Desquitado judicialmente 27 - Estado civil do representante: Viúvo 28 - Data da morte da vítima: 00/00/00
29 - Se a vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo: Sim 30 - Se a vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo: Não 31 - Se a vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo: Sim 32 - Se a vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo: Não 33 - Se a vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo: Sim 34 - Se a vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo: Não

Estou ciente de que a LIDER SEGUROS não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes da utilização indevida das informações acima e comprometo-me a fornecer a documentação anexa (ANEXAR COPIA).

35

36 - Nome legível de quem assina a requisição: _____

37 - CPF legível de quem assina a requisição: _____

38 - Assinatura legível de quem assina a requisição: _____

39 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

02/10/19

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENTIL BERNARDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000074891-0

Nr. da Autenticação 7AE27E8AADE751D0



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 0005943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 262 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

IVANILDA CASTRO DA SILVA
CPF: 256.345.504-01

DATA DE VENCIMENTO

21/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/10/2019

DATA DE APRESENTAÇÃO

14/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

08072782

CONTA CONTRATO

000247122028

Nº DO CLIENTE

2000029478

Nº DA INSTALAÇÃO

0004221543

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ENGENHO MASSARANDUBA 100

NOVA GOIANA/GOIANA
55000-000 GOIANA PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

707A.3398.2EEE.C076.69AE.F537.D9DD.E187

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	123,00	0,81069952	99,71
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,15
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,17
Contrib. Rum. Pública Municipal			6,26
ICMS Subvenção-CDE-NF 073105392-13/08/19			0,80
TOTAL DA FATURA			112,09

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
105,03	25,00	26,25	105,03	1,29	1,35
					5,98
					6,34

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,81069952	OUT 19	123
		SET 19	104
		AGO 19	112
		JUL 19	105
		JUN 19	106
		MAI 19	114
		ABR 19	110
		MAR 19	99
		FEV 19	93
		JAN 19	108
		DEZ 18	69
		NOV 18	107
		OUT 18	83

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Consumo de Energia	77,24	31,41
Tributação	3,84	3,47
Distribuição Celpe	27,13	21,51
Encargos Sociais	8,31	4,99
Tributos	13,85	33,22
Parâmetros de Energia	8,81	9,64
TOTAL	112,09	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO kWh
0072341	CAT	11/08/2019 13.350,00	14/10/2019 13.473,00	32	100000	0,80	123,00

DATA PRÓXIMA PARA A PRÓXIMA FATURA: 13/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
ago/2019					
DIC No de horas sem energia	123,00	4,95	8,91	19,83	
FIC No de vezes sem energia	1,00	5,23	6,47	12,95	
DIC No de duração máxima de interrupção contínua	2,05	2,77	4,00	9,90	
DIC No de duração de interrupção em dia LIMPO					LIMPO DIC No 12,22
EUSD: Valor do Encargo de Uso = R\$ 34,70					
Toda Consumidora pode solicitar a aplicação das medidas DCE, PCE, DCE e DCE e qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: comercial, loja de drogaria, rua, trapiche, do mesmo no 32 centro, mercado, renovar, loja - app, na engenho gullube 29 flexíveis. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso para multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.e. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
000247122028	10/2019	0,00	21/10/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

