



Número: **0017950-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IGOR FERREIRA DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67922 537	14/09/2020 17:40	2729690_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 18^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00179508720208172001

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

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro superior esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$4.725,00:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091417404310400000066620216>
Número do documento: 20091417404310400000066620216

Num. 67922537 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127263 Cidade: Bezerros Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA Data do acidente: 16/12/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VITIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO- LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL(P.8)
 LESÃO DO TENDÃO FLEXOR DO 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO DE COLLES- OSTEOSÍNTSE COM FIOS DE KIRSCHNER- 1º DEDO (P.8,9,19)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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 DO MEMBRO SUPERIOR
 sequelas: ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
	Total		35 %	R\$ 4.725,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro superior esquerdo com repercussão total (100%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091417404310400000066620216>
 Número do documento: 20091417404310400000066620216

Num. 67922537 - Pág. 2

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.725,00.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091417404310400000066620216>
Número do documento: 20091417404310400000066620216

Num. 67922537 - Pág. 3



Número: **0017950-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IGOR FERREIRA DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
67922 546	14/09/2020 17:40	<u>ANEXO 1</u>

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: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000090701-7

Nr. da Autenticação C1C878D59149CE3B



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091417404318100000066620975>
Número do documento: 20091417404318100000066620975

Num. 67922546 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127263 Cidade: Bezerros Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA Data do acidente: 16/12/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO- LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL(P.8)
LESÃO DO TENDÃO FLEXOR DO 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO DE COLLES- OSTEOSÍNTSE COM FIOS DE KIRSCHNER- 1º DEDO
(P.8,9,19)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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 DO MEMBRO SUPERIOR
sequelas: ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoredpvat.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, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127263

Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGOR FERREIRA 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.

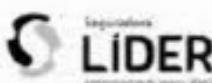
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15646582



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, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200127263 Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR FERREIRA 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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a Indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: IGOR FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000090701-7

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, retorno 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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091^ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91^ªCIRC
DINTER1/14^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0181000008

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/01/2020 às 11:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 06/12/2018 às 23:50

**SÍTIOS LAGOA NOVA, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS -
BEZERROS PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 7 - BANTOS
ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS PERNAMBUCO/BRASIL**

CO. - PROVIDENCIA S.A.
21 MAR 72
F. OCOLO
AGRICOLA RECIFE

Conselho Consultivo na economia

INTER-AGENTE
DE REFERIDA SUMA VITIMA

[View more video\(s\) on resonance](#)

COALO - [Usado na geração da ocorrência], que estava em posse do(a) Síl(a); IGOR FERREIRA DA

informação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GIR PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mae: **MARIA HELENA DA SILVA** RG: **EVERINO PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/7/1998** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **101123612/SDS/PE (RG) 71056201452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Outras: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **984301485**

SITIO LAGOA NOVA, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo
A SITIO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1 - CEP: 5 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS -
BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL. PRÓXIMO A CAJAZEIRAS

(não diminente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

Qual área do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) IGOR FERREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a):
- IGOR FERREIRA DA SILVA
- é da marca modelo MOTOCICLETA HONDA CG 150 Objeto apreendido. Não
VEREELINA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PK00084 PERNAMBUCO(NÃO INFORMADO) Renavam: 108349031 Chassi: 9C2KC1670FR012817
Data: 2015-05-20 Conf. nível: ALCO.GASOL

02-01-2014 12:04



MOTOCICLETA HONDA / CG 150 START

Complemento / Observação

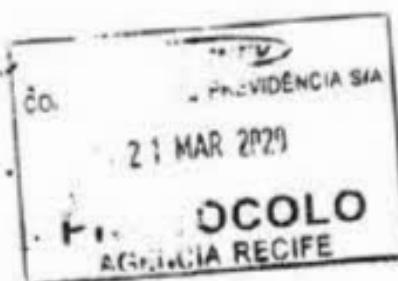
REGA A VITIMA, QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA SUPRACITADA, PELO ENDEREÇO ACIMA ESCRITO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA, DEVIDO ESTA CHOVENDO E CAIU, SOFRENDO LACERAÇÕES E TRAUMAS, FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, INICIALMENTE PARA A UNIDADE LOCAL E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CARUARU, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, CONFORME LAUDO MÉDICO DAS UNIDADES HOSPITALARES respectivas.

Número da(s) pessoa(s) presente(na) neste unidade policial

1907 Ferreira da Silva

FERREIRA DA SILVA
MOTIVA:

ELABORADO POR: JOSE MANOEL DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula: 221483-0



02/01/2020 12:04



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091417404318100000066620975>
Número do documento: 20091417404318100000066620975

Num. 67922546 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

7 - Selecione o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou Afl.: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Agente completo:

6 - Profissão: 7 - Endereço: 8 - Número: 9 - Complemento:

10 - Bairro:

11 - Cidade:

12 - Estado:

13 - Cidade:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - CPF: 31056204452

17 - Número: 07

18 - Complemento: 23 - Telefone: 31 3115609523

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 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Anexe um comprovante)

Bradesco (237) Itau (342)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA: 1317

CONTA: 00004

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação de laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo estrangeiro, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa renúncia concorrente com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compõe(a) o(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou compõe(a), informar o nome completo:

28 - Vêem: Sim Não 29 - Se tem filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (nascidos ou falecidos): Sim Não 31 - Vítima deixou herdeiros (nascidos ou falecidos): Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem a prestar esta condição, entendo, ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a denegação da ressarcibilidade, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

Recife - PE - 25.03.2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

CO. - PREVIDÊNCIA SPA

21 MAR 2020

Assinatura do testemunha

OCOLO

RECIFE RECIFE

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS-001 V002/2019

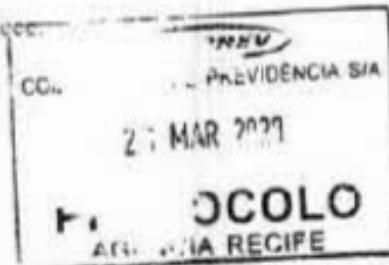
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. IGOR FERREIRA DA SILVA, identidade: 10.123.612 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, número da ocorrência -6092, no dia 16 de dezembro de 2019, às 00 h e 16 min., com queixa de queda de Moto, na Sítio Iagoa , Município de Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento à vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradeço.



Bezerros, 03 de Janeiro de 2020.

Regina Moraes
Coord. SAMU Bezerros
CORE 1524

REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE

José Francisco da Costa

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 –Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34





Baldwin City

Tel: 010-5200-0000 | E-mail: info@kmta.com.br | www.kmta.com.br

Background

[PRIVACY](#) | [TERMS](#) | [CONTACT](#)

148 電子學研究 第四期

卷之三

200-140-00

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

AT&T 400-2115 1995.5 220/220/14

2766210011 07/2019
02/06/2019 27/06/2019

卷之三

• 100 •

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (319) 356-5000 or email at mhwang@uiowa.edu.

230

PARTE II

רשות

F. COLO
A. RECIEE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009141740431810000066620975>
Número do documento: 2009141740431810000066620975

Núm. 67922546 - Pág. 10

CAIXA

CONTA CAIXA

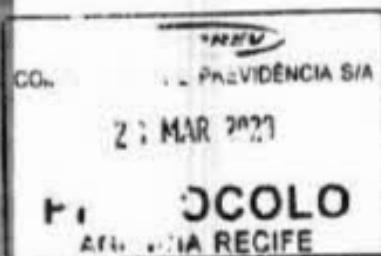
NOME: Regen Fernanda

2192, 03, 90101-7

AGENCIAS

OPERAÇÃO CONTA

GRACRED



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091417404318100000066620975>
Número do documento: 20091417404318100000066620975

Num. 67922546 - Pág. 11



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



CEP DE ATENDIMENTO	CARTÃO DO SUS:	REGISTRO:
	HORA:	TELEFONE:
		IDADE:
TE D A M A E:	ACOMPANHANTE:	
A DE NASCIMENTO:		BAIRRO:
		N.º
ADL:	SINAIS VITAIS	
min/m	HGT: 95	IMC: 21
		°C
		PESO: 60
		kg
		Téc. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinal de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- Apneia O Cianose O Leitido O PC <5 ou >140 bpm O PR <10 ou >32 lpm
 - Extravasadas frias O Enchimento capilar lentificado O Pulse fraco ou ausente O PCR O Sudorese
 - PAS <80 ou >200 mmHg O PAD <40 ou >120 mmHg HGT <40 ou > HI milí/l O Convulsão no momento
 - Palpação materna Glasgow <12 O Letargia O Quimiotatose em mais de 25% do corpo cláus ou problemas respiratórios
 - Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
 - Broncoconstricção Cláusulas associadas à insuficiência respiratória

Basis de previsão - Alocamento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da unidade de observação.

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ○ TCE leve ○ PAS < 90 cm>150mmHg ○ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
 - Febre > 39°C ○ Febre com imunodeprimido ○ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ○ Impossibilidade de desembolagismo
 - Tugor pastoso ○ Mucosas ressecadas ○ Vômitos no momento
 - Quimioterapias de 1^a e 2^a linhas não críticas SCQ<10% ○ Vítima de abuso sexual ocorrida há até 72 horas
 - Traumas angulares e luxações com comprometimento da artéria vascular ou do fêmur
 - Dor Abdominal intensa ○ Dor Tensão Intensa ○ Malaise ○ Hematoma(s) ○ Enterite aguda ○ Epírrexia
 - Arterias perfuradas com material violáceo ○ Células nomídicas

— Seu risco de morte — somente será acreditado após todos os incidentes classificados como mortais e acomodados.

CLASSIFICAR COMO VERDE

- Febre com outros sintomas clínicos < 38°C ○ Resposta em período < 24 horas por ausência de melhora
 - Lombalgia intensa ○ Zelofora, suspeita de fraturar, luxações
 - Dor abdominal sem alterações da função vital ○ Dor de garganta com história de febre e com placas sem tosse seca
 - Vômitos, diarréias sem sinais de desidratação ○ Enxaquecas ○ Dor de esôfago moderada e grave
 - Sintomas de convulsão com alteração do nível da consciência ○ Abraçadeira ○ Tonturas/vertigens, náuseas/vômitos

quadro clínico sem agravamento se caso social deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou

CLASSIC CAR CONVENTION

- Quinhas crônicas sem alterações anátes: O Tossia, coriza, dor de garganta, obstrução nasal. O Caxias crônicos ou recorrentes.
 - Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas.
 - Troca de curativos ou retiradas da pester.
 - Administração de medicamentos: O Manda exames laboratoriais ou radios X. Não urgentes.
 - Solicitação de atestado de sede ou empacoadas: O Solicitação de exames e recitais não urgentes.
 - Consultas a Internista em ordens diferentes: O Torna-se paciente de consulta.

CLASSIFICAÇÃO

→ Seient trajel per SAMU rotine. Ele expõe de mtoas con queixa de dor - furura segunte no M.S. e exameinde V.L.H., referir per exames labiale.

Alergias: () NÃO () SIM.

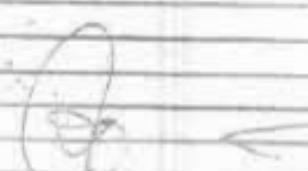
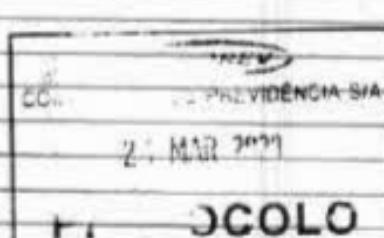
REV
PRIVATIZAÇÃO
CO-
21 MAR 2021
F. COLO
AFL. 111A RECIFE

Assinatura do autor embaixo

www.ijerpi.org | ISSN: 2278-5626 | DOI: 10.18482/2278-5626.1212

Assinatura da Assistente Social e circular



DETALHAMENTO	Alergias: () NÃO () SIM, *	REGISTRO:																				
<p>Acute urticaria de evolução de 1 mês, que se intensificou há 24 horas com piora no IESTC, considerando-se grave e de alto risco / urticária / angioedema.</p> <p>Língua clara e sanguinolenta</p> <p>Pratimô - Prolata cor poeira</p>																						
CONSULTA/REAVALIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> (1) Seringa 2000ml. dermico (2) Farmacêutico 100mg + fitoterá 100ml, i.v. 																						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  HOSPITAL PRIVATIZADO RECIFE </div>																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">E CONSULTA</th> <th style="text-align: left;">MOTIVO DA ALTA</th> <th style="text-align: left;">ÓBITO</th> <th style="text-align: left;">ATESTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Correto simples</td> <td>Melhora</td> <td>Data:</td> <td>SIM () NÃO ()</td> </tr> <tr> <td>Consulta de Observação</td> <td>Transferência</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Falecido (internamento)</td> <td>Internamento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Óbito</td> <td></td> <td>DATA:</td> </tr> </tbody> </table> <p>00 HRA, SEMAS 5333673</p> <p></p> <p>MEDICO - CRM-PE (Carimbo)</p>			E CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO	Correto simples	Melhora	Data:	SIM () NÃO ()	Consulta de Observação	Transferência			Falecido (internamento)	Internamento				Óbito		DATA:
E CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO																			
Correto simples	Melhora	Data:	SIM () NÃO ()																			
Consulta de Observação	Transferência																					
Falecido (internamento)	Internamento																					
	Óbito		DATA:																			



ETIOPATOGENESIS

新嘉坡
新嘉坡
新嘉坡
新嘉坡
新嘉坡
新嘉坡
新嘉坡
新嘉坡

WU-T10052A 1618580

DO ALCOOL E OUTRAS DROGAS

www.silene.it | Informante Vittima | Qvoto |
www.silene.it | Alcuni dei nostri | Sommario/Aggiornati | Attrezzato per il web
www.silene.it | Il nostro portale | Informante Vittima | Qvoto |
www.silene.it | Come funziona | Cosa | Lavoro-perfumes | Antiflamme | Espe

ANEXO 7 - INÍCIA EVOLUÇÃO

Reunião de Conselhos Municipais de IN
Ses. 6 - Mui. Anápolis - 5 (R) /
Encontro da Fazenda S. M. - Especializar
Volume de Fazenda Ministro
Outras Conquistas _____
Parcerias _____

2020年 04月第34期总第360期

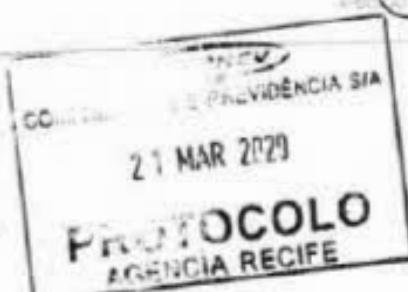
OpenMRS 2.0.1

• 2000 年 1 月 20 日 纽约时报

UNISG - 16/12/18

220

[Signature]





SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 43755

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NAME:	<i>Igor Ferreira</i>			PRONTUÁRIO	<i>31005</i>
DATA	16/10/2019	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE:	NASCIMENTO:	CONVENIO:
PROCEDEMTO REALIZADO:					

Índice Alveolo-Krouskik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Hora	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Durese	Rúbrica								
9	2	2	2	2	1	2	9.0						1								
							16 min														
							30 min														
9	2	2	2	2	1	2	60 min						1								
							2h														
							3h														
RESPIRAÇÃO						CIRCULAÇÃO						CONSCIÊNCIA									
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR 1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 CHANOTICOS						2 PA <90% VALOR PRE-OPERATÓRIO 0 PA <90% OU >10% MAIOR PRE-OPERATÓRIO 0 PA >10% VALOR PRE-OPERATÓRIO						0 DISPERSO TOXICO ALARME 1 DISPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP ESTÍMULO ALARME									
SITUAÇÃO DE OXIGÉNIO						ATIVIDADE MUSCULAR						CONSCIÊNCIA									
0 SNG. DE OXIGÉNIO < 90% MESMO RECEBENDO 6% 1 PRECISA RECEBER G. PARA SNG. > 90% 2 SATURAÇÃO > 90% RECEBENDO AR AMBIENTE						2 APTO MOVER 4 EXT 2 APTO MOVER 2 EXT 0 APTO MOVER 1 EXT						0 DISPERSO TOXICO ALARME 1 DISPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP ESTÍMULO ALARME									
OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES																					
<i>Vt + Ag</i> <i>cd cult srpa</i>																					
<table border="1"> <tr> <td>CD</td> <td>VIDÊNCIA SIA</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>MAR 2020</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</td> </tr> <tr> <td colspan="2">RECIFE</td> </tr> </table>														CD	VIDÊNCIA SIA	2	MAR 2020	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR		RECIFE	
CD	VIDÊNCIA SIA																				
2	MAR 2020																				
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR																					
RECIFE																					

Carenado e assinatura:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Tecido Endovenoso de sítio N° do Registro:Clínica: Cirurgia N° do Leito:Operador: Dra. Gleitam

1º Assistente: _____ 2º Assistente: _____

Instrumentador: Procurado Anestesiador: _____Anestesia: Inhalatória Duração: _____Data da Operação: 16/12/19 Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pré-Operatório:

Lisā REXO brachial E +
Artéria exposta REXO brachial E + LIMA -
Diagnóstico Pós-Operatório: anterior exposta I LIMA de tor-
do REXO E QDIE

Operação Proposta:

Rins am do 1º QDIE FLEXOR
Operação Realizada: Antônio Cordeiro CC: _____ EVIDÊNCIA SIA: _____
Z. MAR 3000F. JCOLO
RECIFE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Pto. am DHD, abr. ext. da artéria
plexo braquial E
Artéria pnt + sua pnt + Período com.
pt. cirúrgico estéril
Implanta Lisā 1M x 10 mm + irrigação
com 1L, g.

Excede ext. max no pulmão
e epoxoxona
Fio K 15 Nc 1º QDIE abr. fluoroscop.
Sutura, curativo
LARPA

Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

14/09/2019





COOPERATIVA DOS MÉDICOS
AMERILOCÓSITAS DO INTERIOR DA PB

FICHA DE ANESTESIA

No. 10340

100



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste**

BLOCO CIRÚRGICO

8.3.5+39

PACIENTE: Júlio César Ferreira da Silva REGISTRO N° 351008
SALA CIRÚRGICA N° 07 DATA 16/11/19
CIRURGIA: Dr. Exp. Pumblo CIRURGÃO: Dr. Maurício
ANESTESIA: Sedanest. ANESTESIOLOGISTA: Dr. Jefferson

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
5	Oxigênio			12	Aguilha Descartável		
64	Água Destilada				Aguilha para Pendura		
05	Atropina				Aguilha para Raqui		
	Bupivacaina				Atadura Gessada		
an	Galeazolina 10% Rocet				Atadura Crepon		
	Glicidina				Cateter para Oxigênio		
1	Dexametasona 4mg				Cateter para Venopungão		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
L	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etiléfrina				Dreno	CO ₂ / N ₂ O / O ₂ PREVIDÊNCIA SIA	
	Glicose 50%			5	Elektrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostamina				Fio Cat Gut Cromato		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simple		
	Ranitidina				Fio de Aço		
17	Ringer col Lactato				Fio de Algodão		
	Soro Fisiológico			12	Fio de Nylon	30	1
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Etilico			08	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam				Lâmina de Bisturi	11	
	fen妥尼			1	Luvas Estérveis	6,5	
	midaZolam				Luvas Estérveis 7,5		
				12	Luvas Estérveis	35	
					Seringa 5ml		
					Seringa 10ml		
				1	Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				1	Tubo para Aspiração		
				1	pac. comp. EST. c/15		
					an d cor		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





Estrada do Encantamento, 61 - Parque Mirim

CFP-52-060-210 - Pacific - PE

CNPJ 12.406.857/0001-27 | insc. Est. 18.1.001 0140009-5

Phone: (81) 3288-0554 / 3441-0996 Fax: (81) 3288-0731

PG-331008

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 061960

2º Via Cliente

Hospital: UPA Convênio: FAF Cidade: PAU AMBI

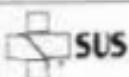
Nome do Paciente: 1612 FODDE, DA RA SII/VA Data da Cirurgia: 16 de 12 19

Médico: Dr. Mário Proc. Membro Operado:

PARAFUSOS CORTICais	Nº			
	QUANT.	Lote: 624655 Código: AF353-449 FINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 X T Fab: 14/09/2019 Val: 08/2024 Registro Anvisa N° 80083450024 Material ACO INOX F138		
	LOTE			
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº			
	QUANT.	Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.851.623/0001-60 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@guilhermesartori.com.br		
	LOTE			
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº			
	QUANT.	Lote: 628655 Código: AF153-450 FINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,8 X 100 X T Fab: 23/09/2019 Val: 09/2024 Registro Anvisa N° 80083450024 Material ACO INOX F138		
	LOTE			
PARAFUSOS CANULADOS	Nº			
	QUANT.	Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.851.623/0001-60 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@guilhermesartori.com.br		
	LOTE			
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - CNES

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

Leonardo Ferreira de Souza

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

242004193544119160792

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masculino

X

Female

3

8 - NÚMERO PRONTUÁRIO

37106

9 - RAGADOR

10 - SITUAÇÃO

11 - NOME DA MÃE

Maria Belisa da Silva

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sua Igreja Nova

14 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

15 - CÓDIGO MUNICÍPIO — 16 - UF

17 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Diforrmidade no humor e
náuseas*

0408020107
29
SS23

RFV
CO... PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quando houve o acidente

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAIS DIAGNÓSTICAS (TESTES, TACOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex + Anamnese + ER

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
Exame de rotina

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DENOMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Teste de urina

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (ONS/COPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/EXECUTANTE

Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/EXECUTANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - N° DO BILHETE

41 - BÉRIE

37 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

38 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA
- EMPREGADO () EMPREGADOR

46 - AUTÔNOMO

47 - DESAMPREGADO

48 - APOSENTADO

49 - MÃO-SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

54 - N° DOCUMENTO (ONS/COPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

261910414529-6



SUS	Nome Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA			2 - CNES 2 4 2 7 4 1 9		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE <i>Igor Ferreira do Sulvo</i>			6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>331010308</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>2920041973549119160172</i>			8 - DATA DE Nascimento Mês: 1 Fim: 3		
9 - NOME DA MÃE <i>Maria Helena da Silva</i>			10 - SEXO Sexo: F		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 990		
13 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Rua Lagesa 1301</i>			14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 990		
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>RECIFE</i>			17 - COD. IBGE/MUNICÍPIO - 18 - UF - 19 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Justificativa: <i>fracasso expectativa de cura de anestesia e suspensão de FD de 1º ODE.</i>					
20 - PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			22 - PREVIDÊNCIA SIA <i>TREV COOP MAR 21 MAR 2020</i>		
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			24 - CID 10 PRINCIPAL <i>J0 - Experto de assos de histerose org</i>		
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internamento hospitalar</i>			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29 - CÓDIGO DA CATEGORIA DA INTERNAÇÃO			30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>CNS: 02308752301</i>		
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			32 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 33 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO <i>16/12/19</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
34 - N° CNPJ DA SEGURO-RR			35 - N° CARTEIRA - 36 - SERIE		
37 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO			38 - I - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
39 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			40 - I - EMPREGADO		
41 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			42 - I - EMPREGADOR		
43 - I - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			44 - I - AUTONÔMO		
45 - I - EMPREGADO			46 - I - DESEMPREGADO		
47 - I - EMPREGADOR			48 - I - APOSENTADO		
49 - I - NÃO SEGURO			50 - I - NÃO SEGURO		
AUTORIZAÇÃO					
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			52 - N° DO ORGÃO EMissor		
53 - N° DOCUMENTO - 54 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			55 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
56 - N° CARTEIRA - 57 - N° CARIMBO			58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
59 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			60 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 571385 Prontuário: 351008
 Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA
 Data Nasc.: 16/07/1998 Idade: 21 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG:
 CNS: 898004193544119
 Endereço: SITIO LAGOA NOVA N°: 0
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: BEZERRROS Estado: PE
 CEP: 55660000 Fone: 094303465 Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA HELENA DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO	Data: 16/12/2019 02:27	Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal / HDA:		
<p>Vítima de acidente de moto bicielano. No braço direito dor no cotovelo.</p>		
Exame Físico:	PA:	FC:
<p>Tempo em repouso.</p>		
<p>CD: PREVIDÊNCIA SIA 21 MAR 2020</p>		
Diag. Provisório:	<p>PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE</p>	
<p>No tórax AP, clavícula direita, Bacia AP no braço direito apertado, antebraço com aperto no mês da AP/obstrusão.</p>		

Prescrição:	Dieta:	Horário:
Data:		
<p>H Ortopedia 03:21</p>		
<p>Paciente vítima de acidente de moto com trauma em MS e queixa de dor braço.</p>		
<p>Rx: fracionado escravo de arcos de antebraço erguido + elevação Pd. 6 h 00m</p>		
<p>CD: 1) Sutura Avaliação clínica para Trauma Braço 2) Após avaliação do cirurgião geral ao bloco cirúrgico.</p>		
<p>3) SATS 0000 02:27 4) Ufolâmina 2g + 10% of</p>		

1 de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

TIRA
TURMA DE PESQUISA E INovaçõEs

3 - Evolução / Exames

03:42h	<p>O. Geral → História de acidente motociclistico. Verbalizando. UV + bilateral. Estável. Abdome: dor dolorosa a palpação, pelve estavel. Olhos: 15. Pupilas isocínicas e fotonegantes. Radiografia de torax e pelve sem fraturas, nem hemorragia pneumotórax. CO: perte da O. Geral.</p> <p>At. Oncofase</p> <p>PF Recurso → BC para curva no cotovelo — Fazendo amarração superior ao pulso e fêmur. — m.s.v. co. viss e braço: man</p>
--------	---

DR. RUDY VIEIRA
CRM: 28014
CIR: 11.2014

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente () Familiar

CRM: 2803 / CIR: 11.2014

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Data: ____ / ____ / ____

ASSINATURA

Autorização de Procedimento

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ CC: _____ - PREVIDÊNCIA SIA

Procedimento: _____ Tel: _____

21 MAR 2020

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
ADMIRAL DA RECIFE

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento: _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

16/12/2019 02:28:46
2 de 2

Usuario do Atendimento
ROSANGELASSB



Data e hora retirada

...a: 16/12/2019 02:15

P	paciente:	IGOR FERREIRA DA SILVA
...u.	Paciente:	
Data de Nascimento:		
Sexo:	Masculino	
Idade:	21	
Senha:	U0004	
Convênio:	-	
Atendimento:		
SAME:		

Periodo: 16/12/2019 02:17 - 16/12/2019 02:19

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ALCOOLIZADO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO
DOR + LIMITAÇÃO EM MSE
HD: FRATURA EXPOSTA MSE

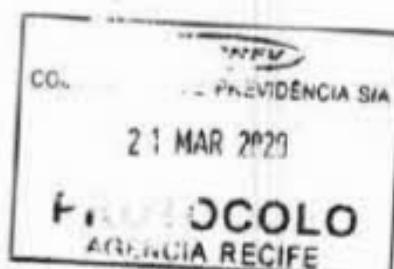
Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5638675

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es):
- DOR MODERADA?
- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 16/12/2019 02:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091417404318100000066620975>
Número do documento: 20091417404318100000066620975

Num. 67922546 - Pág. 26

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Taylor Fumero da Cunha

Prontuário: 11.1258

Data: 14/11/19

Hora: _____

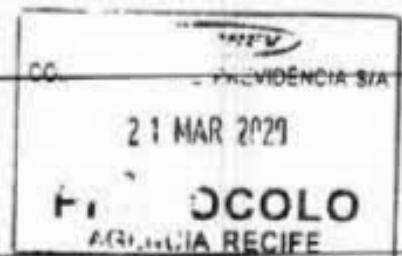
DIAGNÓSTICO:

União da Barra

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

P. e R. A. de Antunes. Antunes, S. B.

C. 10 de



TRATAMENTO REALIZADO:

Anamnese

Alta Hospitalar: Data: 14/11/19

Hora: _____

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR". It is placed over a circular or rectangular stamp, which is mostly illegible but includes the name "CORDEIRO DE MELLO JUNIOR".

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o Sr.(a) Igor Ferreira da Silva

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 16/12/2019 a 19/12/2019

Registro: 351008

Diagnóstico: Lesão em MSE.

Tratamento: Conservador + Acompanhamento Ambulatorial.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito CID: S82 CID: M86.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 02 de Janeiro de 2020

109.794.975/0269-27
FONTEL - Fone: 8xx81-3719 9346 / 3719.9460 (SAME)

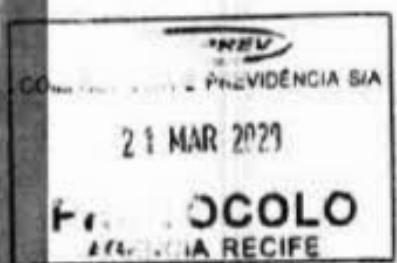
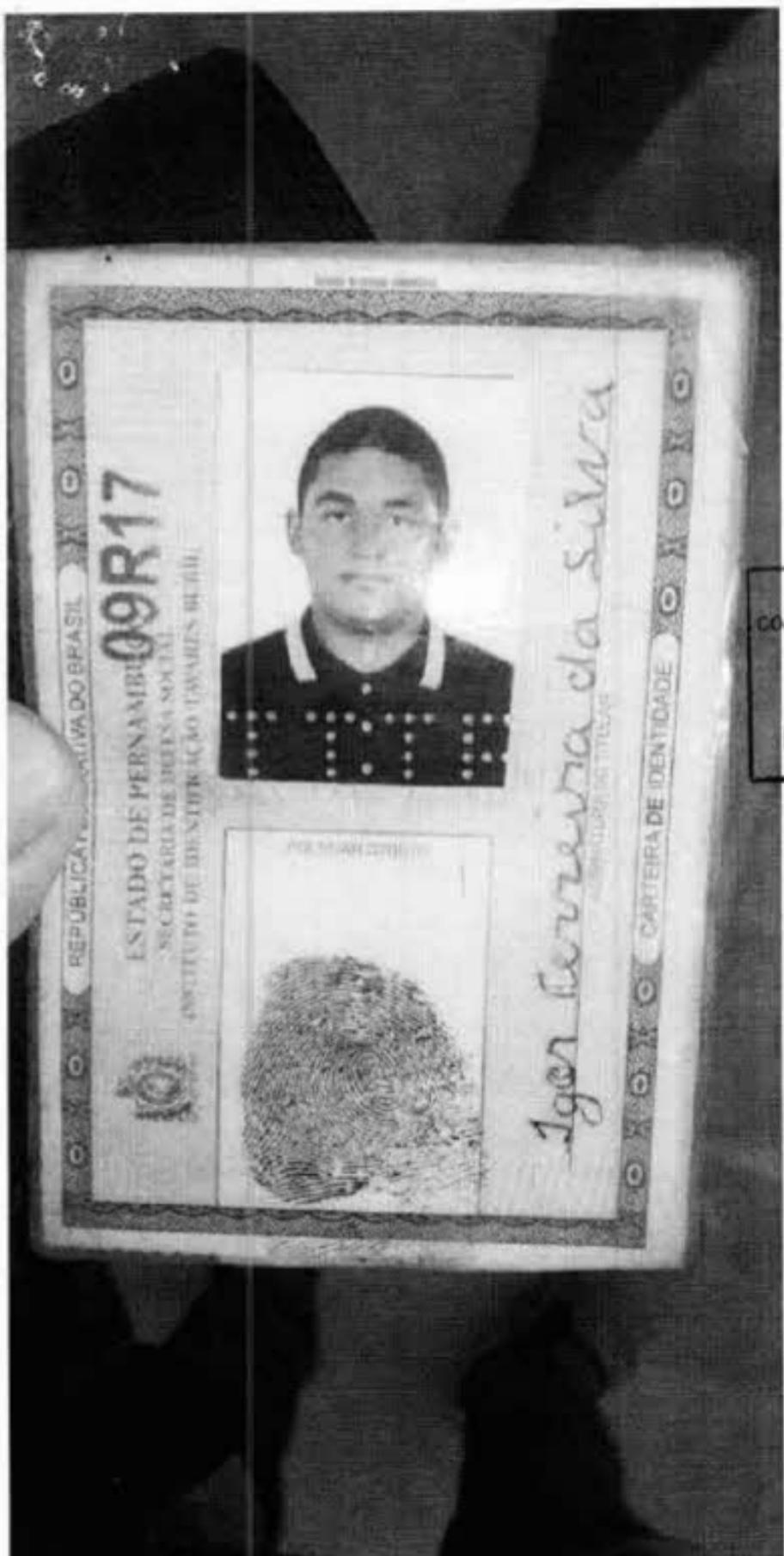
veteror de arquivo (SAME)

CC:	PRÉVIDÊNCIA SIA
21 MAR 2021	
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	
CORDEIRO RECIFE	

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 212- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE - CEP 55.624-000
CNPJ: 10.872.048/0014-42 - Fone: 8xx81-3719 9346 / 3719.9460 (SAME)







Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091417404318100000066620975>
Número do documento: 20091417404318100000066620975

Num. 67922546 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/09/2020 17:40:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091417404318100000066620975>
Número do documento: 20091417404318100000066620975

Num. 67922546 - Pág. 31

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETAN-PE INSTITUCAO DE TRIBUTOS E LICENCIAMENTO DE VEICULOS	
PE N° 014959637290 1 1052890519 2019	
IGOR FERREIRA DA SILVA	
BESERROS-PE	
710.562.014-82 PCX0094	
SC2KC1676R012815	
PLA-MOTOCICLETA HUZO/GABOU	
HONDA/CG150 START 2019 2019	
ZP/148CL VERMELHA	
LEVA 2019 QUITADG	
00-11 SEQU 0132 004-59 TOT 27/02/19	
SEM RESERVA	
Roberto Fontelles	
BESERROS-PE Roberto Charles Hormire Fontelles	
INTERLOCUTOR REPRESENTANTE DEVE ASSINAR	

SEGUNDO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

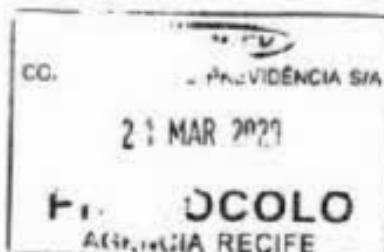
PE N° 014959637290 BILHETE DE SEGURO DPVAT
IGOR FERREIRA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATO.
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800-002-7655

BESERROS-PE		2019	21/11/19
1 710.562.014-82 PCX0094		1052890519 HONDA/CG150 START	2019 US SC2KC1676R012815
PRÉMIO TARIFÁRIO			
36,65	4,01	40,06	
4,15	0,32	4,47	
ROTA DIRE	PERMITIDO	SACRIFÍCIO	27/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 00.000.000/0001-00

DESTEQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELA NÃO É DE PORTA ORNAMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127263 Cidade: Bezerros Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA Data do acidente: 16/12/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO- LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL(P.8)
LESÃO DO TENDÃO FLEXOR DO 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO DE COLLES- OSTEOSÍNTSE COM FIOS DE KIRSCHNER- 1º DEDO
(P.8,9,19)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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 DO MEMBRO SUPERIOR
sequelas: ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

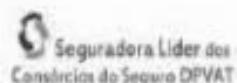
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100461/20

Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA

CPF: 710.562.014-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: IGOR FERREIRA DA SILVA

Seguradora: MBH SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT

IGOR FERREIRA DA SILVA : 710.562.014-52

- 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: 21/03/2020
Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA
CPF: 710.562.014-52

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

IGOR FERREIRA DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

