



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
67922537	14/09/2020 17:40	2729690_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 18ª 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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA


DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127263 Cidade: Bezenos 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- OSTEOSSÍNTESE 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 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.



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





14/09/2020

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
67922546	14/09/2020 17:40	ANEXO 1	Outros (Documento)

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 C1C878D58149CE3B



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- OSTEOSÍNTESE 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 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.seguradotalider.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, 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar o código) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (504) AGÊNCIA: 2372 CONTA: 00701 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.134/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Selecione o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo autônomo, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa anulação da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar e provar esta condição, estendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a aplicação de multa, 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):

38 - 1ª Nome: CPF:

39 - 2ª Nome: CPF:

CO. - PREVIDÊNCIA SIA
21 MAR 2021
Assinatura da testemunha
OCOLO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS-001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0181000008

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

ACCIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **02/12/2019** às **23:50**

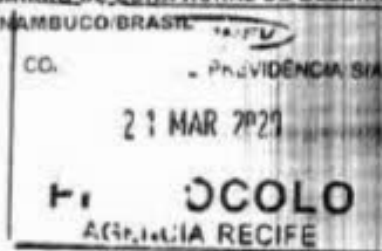
Localização do endereço: **SÍTIO LAGOA NOVA, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1 - Bairro: ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Via: **VIA PÚBLICA**

Pessoas envolvidas na ocorrência:

AGENTE;
IGOR FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objetos envolvidos na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a) Sr(a): **IGOR FERREIRA DA SILVA**



Justificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

IGOR FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA HELENA DA SILVA** Pai: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/7/1998** Nacionalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **101123612/SDS-PE (RG) 71056201452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **884363485**

SÍTIO LAGOA NOVA, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS**

(não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO(CICLETA (VEÍCULO)) de propriedade do(a) Sr(a): **IGOR FERREIRA DA SILVA** que estava em posse do(a): **IGOR FERREIRA DA SILVA**
Carro: a Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Veículo: a Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

PCX0084 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renovar: **108349031** Chassi: **9C2KC1670FR012817**
Fabricação/Modelo: **2016/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

02/01/2020 12:14



MOTOCICLETA HONDA / CG 150 START

Complemento / Observação

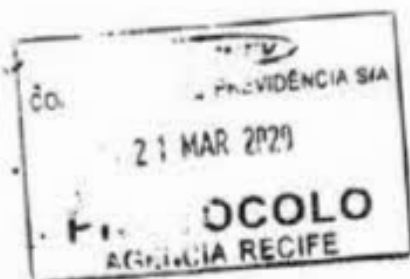
SEGUE A VITIMA, QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA SUPRACITADA, PELO ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA, DEVIDO ESTÁ CHOVENDO E CAIU, SOFRENDO LACERAÇÕES E TRAUMAS, FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, INICIALMENTE PARA A UNIDADE HOSPITALAR LOCAL E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA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

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

1907 Ferreira da Silva

FERRREIRA DA SILVA
VITIMA

Assinado por: JOSE MANOEL DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula: 221483-0



02/01/2020 12:04





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar o código) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Banesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (504) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.134/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa anulação da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a aplicação de multa e, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital, assinatura, rubrica ou qualquer outro modo de identificação

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)

38 - 1ª Nome: CPF:

39 - 2ª Nome: CPF:

CO. - PREVIDÊNCIA SIA 21 MAR 2021 Assinatura da testemunha OCOLO Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU

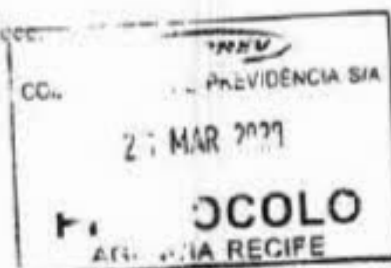


SAMU
192

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 Sitio lagoa, Município de Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a 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 Morais
Coord. do SAMU - Bezerros
CORE: 1524

REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE

Igor Ferreira da Silva

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





NOTA FISCAL Nº 2766210011 - COMPA DE ENERGIA ELÉTRICA

Destinatário: SIA - Recife
Av. João de Deus, 110 - Bairro Santa Rosa - CEP 51030-000
CNPJ 14.026.000/0001-01 - Ins. Est. Contribuinte 15000000000000000000

SALDO DO CLIENTE

Saldo em aberto: R\$ 19,86

RESUMO DA SÍNTESE CONSUMIDORA

Consumo: 19,86 kWh

Valor da tarifa: R\$ 19,86

Quilômetros

19,86 kWh

27/08/2019

02/08/2019

27/08/2019

2766210011 07/2019
02/08/2019 27/08/2019
19,86

DESCRIÇÃO DOS VALORES FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	TOTAL
Consumo de energia elétrica	19,86 kWh	R\$ 1,00	R\$ 19,86
Imposto de consumo	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de transmissão	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de distribuição	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de iluminação pública	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de saneamento	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de lixo	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de segurança	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de trânsito	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de cultura	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de esporte	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de lazer	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de recreação	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de turismo	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de hotelaria	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de alimentação	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de bebidas	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de tabaco	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de jogos	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de loteria	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de bingo	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de cassino	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de raciocínio	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de memória	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de atenção	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de inteligência	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de criatividade	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de inovação	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de tecnologia	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de ciência	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de arte	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de literatura	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de música	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de teatro	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de cinema	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de televisão	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de rádio	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de jornal	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de revista	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de livro	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de música	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de teatro	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de cinema	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de televisão	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de rádio	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de jornal	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de revista	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Imposto de livro	19,86 kWh	R\$ 0,00	R\$ 0,00

TOTAL DA FATURA

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

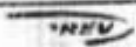
Valor total da fatura: R\$ 19,86

Valor total da fatura: R\$ 19,86

CO. PREVIDÊNCIA SIA
21 MAR 2021
F. COLO
A. A. A. RECIFE



CAIXA CONTA CAIXA		NOME:	2192
		AGENCIA	03
		OPERACAO	90701-7
		CONTA	
GRACRED			


 CO. PREVIDÊNCIA S/A
 23 MAR 2023
 F. COLO
 AT. RECIFE



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



CEA DE ATENDIMENTO	CARTÃO DO SUS:	REGISTRO:
DATA:	HORA:	TELEFONE:
NOME DA MÃE:		IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:	ACOMPANHANTE:	
ENDEREÇO:	Bairro:	N.º
CIDADE:	SINAIS VITAIS	
Idade: 30 meses	HGT: 95 cm	Temp. 38.0 °C
	PESO: 12 kg	Téc. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

1 - Sinal de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Expirador $FC < 50$ ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 lpm
- ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar latificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudoresa
- ☐ PAS < 80 ou > 100 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 120 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 110 mg/dl ☐ Convulsão no momento
- ☐ Politraumático Glasgow ≤ 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 35% do corpo/lesões críticas ou problemas respiratórios
- ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
- ☐ Broncoespasmo ☐ Cl. Ag. Gl. de asseio de h. insuficiência respiratória

II - Sinal de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- ☐ Politraumático com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
- ☐ Febre $> 39^{\circ}C$ ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação
- ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
- ☐ Queimaduras de 1ª e 2ª áreas não críticas SCQ $< 10\%$ ☐ Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Testicular intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epitaxe
- ☐ Acidente percutâneo com material biológico ☐ Gries nematóides

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- ☐ Febre sem outros sinais clínicos $< 39^{\circ}C$ ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ Lombalgia intensa ☐ Etorrea, suspeita de fratura, luxação
- ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta sem história de febre e com placas sem toxemia
- ☐ Vômito, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Exanque ☐ Dor de ouvido moderada e grave
- ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscesso ☐ Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro clínico sem avaliação no caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

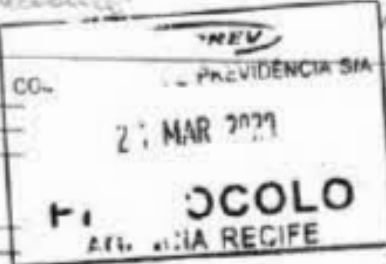
CLASSIFICAR COMO AZUL

- ☐ Queimaduras graves com alterações locais ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Caries cáries ou recorrente
- ☐ Queimaduras de 1ª grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- ☐ Troca de curativos ou retirada de pontos
- ☐ Administração de medicamentos ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
- ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

Trabalho realizado pelo SAMU rotina de atendimento de urgência com queixa de dor - febre aguda no H. 12 e 13, referiu-se a seguir: febre aguda.

ASSINADO:



Alergias: () NÃO () SIM, a

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo



HELENO DOMINGOS	Alergias: () NÃO () SIM, e	REGISTRO:
-----------------	------------------------------	-----------

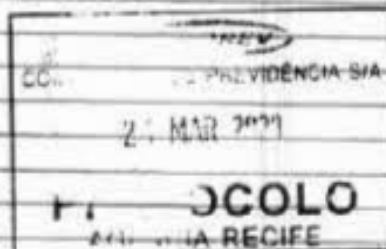
Acidente reborn de acidente de trânsito, queda de um fardo com madeira esparta no poste. Consequência: fratura do 1º dedo da mão / lesões / contusões.

Exame físico - Análise de partes

CONSULTA/REAVIAÇÃO/CONDIÇÃO MEDICACÃO

1) 900mg 2000mg, 2000mg

2) Tramadol 100mg + 900mg 1000mg, 1000mg



TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ORBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data:	SIM ()
Consulta de Observação	Estabilizado		NÃO ()
Indicação (Internamento)	Transferência	Hora:	DATA:
	Intensificação		
	Óbito		

CC HRA, SEMA 533673

Médec. GERALMEIR (Carimbo)





HRA

5338675

5338675

21

Amorim da Mota, M. / Passadim / (Lago de Canapiçá, Si.) / N. 1

Species: *Lycopodium* | *Anaxyrus Ferox* | *Aceris Californica*

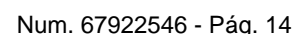
Surrendered For Release From The Anna Blumenthal

Vítima de acidente de trânsito, queda de um veículo, com fratura exposta no M.E. Sem TCE. Condição de consciência, não alterado, náuseas, vômitos ou convulsões. ECG: 19.

1. FROTHING EXP. 142

[illegible]

COLO
RECIFE



REPORTA VERBAL	
Grupos	7
Conduto	4
Resposta matricial	2
Sem compreensão	3-2
Sem resposta verbal	1

Anzahl der angestrichelten Stellen: 0 / 0
 Anzahl der richtigen Antworten: 0 / 0
 Anzahl der falschen Antworten: 0 / 0

[illegible][illegible]

DocuNo 0248750

UMSO, 16/12/14

21 MAR 2029
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/PE
RECEITUÁRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA

Nº Registro:

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

EVOLUÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Lesão do plexo braquial esquerdo + fratura exposta do rádio distal esquerdo + lesão do tendão flexor do 1º quíquidactilo esquerdo

PACIENTE APRESENTANDO-SE AO MOMENTO DO INTERNAMENTO SEM OUTRAS DOENÇAS

CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM SINAIS DE ADOPTAMENTO NEUROLÓGICO OU SINAIS DE TROMBOEMBOLISMO

CONDUZIR: AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO

DATA ter, 17 de dezembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20817 // TEOT 14909

SOLICITA RADIOGRAFIAS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Lesão do plexo braquial esquerdo + fratura exposta do rádio distal esquerdo + lesão do tendão flexor do 1º quíquidactilo esquerdo

<input type="checkbox"/> COLUMNA CERVICAL AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> CLAVICULA AP/ZANCA	<input type="checkbox"/> QUADRIL AP/LÖWENSTEIN
<input type="checkbox"/> COLUMNA DORSAL AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> OMBRO AP/AXILAR 2 P ESCAR	<input type="checkbox"/> COXA AP/PERFIL
<input type="checkbox"/> COLUMNA LOMBAR AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> BRAÇO AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> JOELHO AP/PERFIL/AXIAL PATELA
<input type="checkbox"/> BACIA AP/LÖWENSTEIN	<input type="checkbox"/> COTOVELO AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> PERNA AP/PERFIL
<input type="checkbox"/> BACIA ALAR/ÖBTURATRIZ	<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> TORNOZELO AP/PERFIL/MORTISE
<input type="checkbox"/> TÖRAX AP/PERFIL	<input checked="" type="checkbox"/> FUNHO AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> PÉ AP/OBLIQUO
<input type="checkbox"/> ARCOS COSTAIS AP/OBLIQUO	<input checked="" type="checkbox"/> MÃO AP/OBLIQUO	<input type="checkbox"/> CALCANHAR PERFIL
INCIDÊNCIAS ESPECIAIS:		

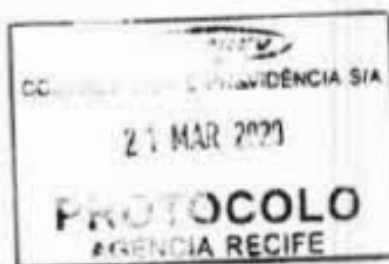
DATA ter, 17 de dezembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20817 // TEOT 14909

<input type="checkbox"/> TALA CRUOPODÁLICA	<input type="checkbox"/> TALA ANTEBRAQUIONANAL	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO CLAVÍCULA (ORTO)
<input type="checkbox"/> TALA SUPODÁLICA	<input type="checkbox"/> TALA BRACIOPALMAR	<input type="checkbox"/> TÍPÓIA
OUTRA IMOBILIZAÇÃO:		

DATA ter, 17 de dezembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20817 // TEOT 14909



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Leão Alexandre de Melo

Mº do Registro:

Clínica:

Ortopedia

Nº do Leito:

Operador:

Dr. Cleiton

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Ronaldo

Anestesista:

Anestesia:

Medicão

Duração:

Data da Operação:

16/12/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Lesão flexo-braquial E +

Pseudo-extraparalelo distal E + Lado.

Diagnóstico Pós-Operatório:

em exatidão e Lado de tor-
ção flexo E - QDIE

Operação Proposta:

Pseudo-extraparalelo E - QDIE + Fixação

Operação Realizada:

Atendimento

CC

VIDÊNCIA S/A

Z. M. R. 2019

F. J. COLO

IA RECIFE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Pseudo-extraparalelo, com extensão distal para
flexo-braquial EPseudo-extraparalelo + Pseudo-extraparalelo + Pseudo-extraparalelo com
em exatidão e Lado de tor-
ção flexo E - QDIEComplexa Lesão Múltipla + Indicação
com AFQ, 91Fixação distal com o mesmo no ponto
de flexo-braquialFixação 15 no E - QDIE com Fluoroscopia
Articular, curativo

A. R. F. A.

Dr. Cleiton

16 DEZ. 2019



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

BLOCO CIRÚRGICO <i>A.J. 5+239</i>							
PACIENTE: <i>Igor Ferreira da Silva</i>				REGISTRO Nº <i>351008</i>			
SALA CIRÚRGICA Nº <i>07</i>				DATA <i>16.07.19</i>			
CIRURGIA: <i>Ampl. Exp. Pênis</i>				CIRURGIÃO: <i>Dr. M. Maurício</i>			
ANESTESIA: <i>Sedação</i>				ANESTESIOLOGISTA: <i>Dr. Jefferson</i>			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>5</i>	Oxigênio			<i>1</i>	Aguilha Descartável		
<i>04</i>	Água Destilada				Aguilha para Pendura		
<i>03</i>	Atropina				Aguilha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
<i>01</i>	<i>Clonidina 1g - Boehr</i>				Atadura Grepom		
	Clonidina			<i>1</i>	Cateter para Oxigênio		
<i>1</i>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<i>2</i>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<i>5</i>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
<i>1</i>	Metoclopramida			<i>1</i>	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
<i>1</i>	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<i>1</i>	Soro Fisiológico			<i>1</i>	Fio de Nylon <i>3.0</i>	<i>1</i>	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<i>08</i>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			<i>1</i>	Lâmina de Bisturi <i>11</i>		
<i>1</i>	<i>fenitoina</i>			<i>1</i>	Luvas Estéreis <i>6.5</i>		
<i>1</i>	<i>midazolam</i>			<i>1</i>	Luvas Estéreis 7,5		
				<i>1</i>	Luvas Estéreis <i>8.5</i>		
					Seringa 5ml		
				<i>1</i>	Seringa 10ml		
				<i>1</i>	Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				<i>1</i>	Tubo para Aspiração		
				<i>1</i>	<i>pac. comp. EST. 2/5</i>		
					<i>an. de cor.</i>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

COLEÇÃO DE PREVIDÊNCIA S/A
 21 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





Estrada do Encanamento, 81 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.961.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140009-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-0966 Fax: (81) 3268-6781

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 061960

2ª Via Cliente

PG-351008

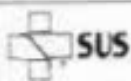
Hospital: H.P.A. Convênio: TAC Cidade: PARANÁ
Nome do Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA Data da Cirurgia: 16/12/19
Médico: Dr. Mauricio Pires Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
FIXADOR EXTERNO T.P.O. COLLES		01	
010303-11-4 DE 1712658			
			INDICIA S/A
			MAR 2019
			GOLO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	QUANT.	LOTE
			<p>Lote: 02855 Código: AF353 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,5 X 100 X T</p> <p>Feb. 14-09-2019 Val. 09-2024 Registro Anvisa Nº 8088345026 Material ACO INOX 7138</p>
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº	QUANT.	LOTE
			<p>Lote: 02855 Código: F021363 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEO SARTORI - COLLES 360 - ESTERIL</p> <p>Feb. 23-09-2019 Val. 09-2024 Registro Anvisa Nº 8088345026 Material ACO INOX ALUMINIO</p>
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	QUANT.	LOTE
			<p>Lote: 02855 Código: AF353 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,5 X 100 X T</p> <p>Feb. 23-09-2019 Val. 09-2024 Registro Anvisa Nº 8088345026 Material ACO INOX 7138</p>
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	QUANT.	LOTE
			<p>Lote: 02855 Código: AF353 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,5 X 100 X T</p> <p>Feb. 23-09-2019 Val. 09-2024 Registro Anvisa Nº 8088345026 Material ACO INOX 7138</p>
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº	QUANT.	LOTE

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: M. J. R.





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

Lea Ferreira de Azevedo

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

29.2004193544119160792

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/07/92

9 - SEXO

F

10 - N° DO PRONTUÁRIO

351004

11 - RUA/AVENIDA

10 - RUA

11 - NOME DA MÃE

Maria Helena da Silva

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sua Lapa Nova

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CID - ICD-10

17 - CID - ICD-10

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doriformidade no punho e
polegar

0408020907

20

5525

CO... PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queda simétrica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + Artrorresonância

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Exatidão Exatidão Exatidão

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DENOMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Trat. cirúrgico

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

44 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

45 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

46 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

47 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

48 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

50 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

51 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

52 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

53 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

54 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

55 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

56 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

57 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

58 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

59 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

60 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

61 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

62 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

63 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

64 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

65 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CID - ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - CNES

52 - CNES

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

201910414520-6



**SUS**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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Igor Ferreira do Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

79200419354911916012

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

3

11 - NOME DA MÃE

Maria Helena do Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Augusta, 100

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Agreste

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

33101000

10 - RAÇA/COR

11 - SÍMBOLO

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SÍMPTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura exposta de osso de antebraço e
luxação de FD de 1º D.D.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

CO - PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2020**PROTOCOLO**
AGENCIA RECIFE

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fr. exposta de osso de antebraço e
luxação de FD de 1º D.D.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CNS

CPF

02308752304

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/12/19**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 -) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - SERIE

37 -) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CBOR

38 -) ACIDENTE TRABALHO TRÁFEGO

39 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOIADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - COD. ORÇÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

03:42h Q. Geral - História de acidente motociclístico.
Verbalizando. MMF bilateral. Estável.
Abdomem insensível a palpação, pelve estável.
Rangos 15. Pupilas isocóricas e fotomaculantes.
Radiografias de tórax e pelve sem fraturas, sem hemo
pneumotórax. CO. Pts. da Q. Geral.
Dr. RUI RIBEIRO
CRM-PE 20014

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Paciente ☒ Familiar ☐
RG: _____
CO: _____ Tel.: _____
21 MAR 2020
PROTOCOLO
ASSINATURA 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: 16/12/2019 02:15

Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA

Idade: 21

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Idade: 21

Senha: U0004

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 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

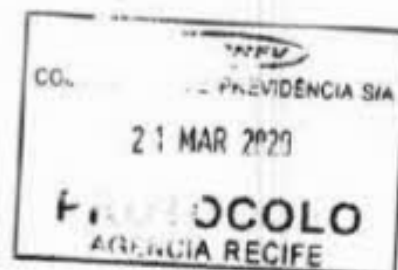
Observação: SENHA: 5838575

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Fernando de Sá

Prontuário: 35.1358

Data: 16 / 12 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Lesão no ligamento

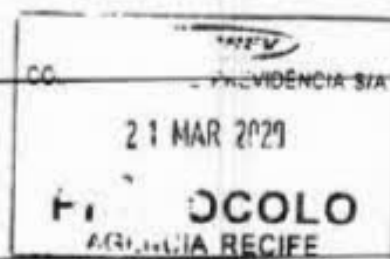
AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Relatório de Alta de Contorno Anterior e

em 10 de

TRATAMENTO REALIZADO:

Reabilitação



Alta Hospitalar: Data: 19 / 12 / 19 Hora: _____

[Assinatura]
Ass. do Médico e CRM
Carimbo

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

Diagnostico: Lesão em MSE.

Tratamento: Conservador + Acompanhamento Ambulatorial.

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

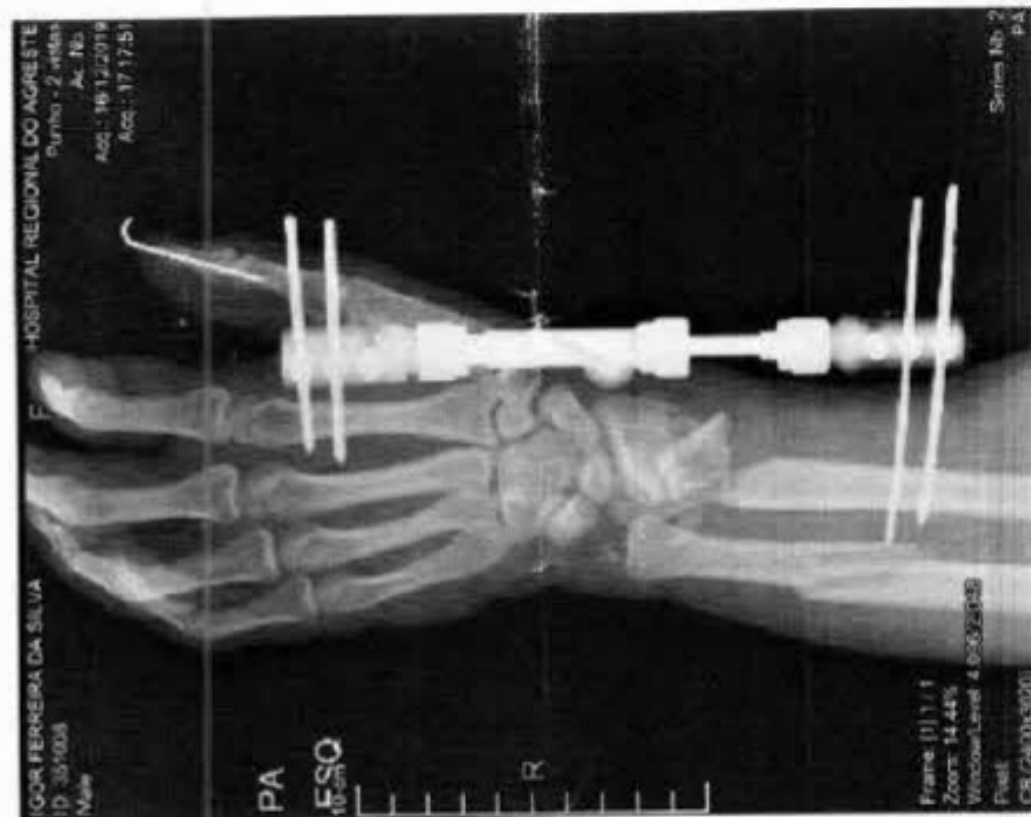
ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 02 de Janeiro de 2020

F09.794.975/0269-276
HRA - Hospital Regional do Agreste
Caruaru - PE - Km 130
Bairro Indianópolis

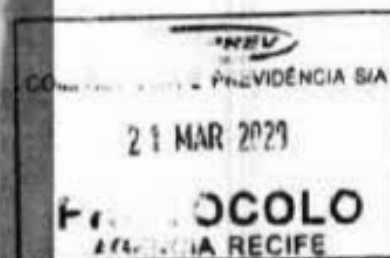
visitador de arquivo (SABE)





21 MAR 2020
F. COLO
A. SIA RECIFE





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.123.612 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/07/2016

REGISTRO
NOME
FILIAÇÃO
NATURALIDADE
DATA DE NASCIMENTO

<< IGOR FERREIRA DA SILVA >>
<< SEVERINO FERREIRA DA SILVA >>
<< MARIA HELENA DA SILVA >>

BEZERROS - PE

DOC ORDEM << 075655 01 95 1990 1 00004 050
0003920 35 9522880
CPF 710.562.024-02

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

CO. PREVIDÊNCIA SIA

21 MAR 2020

COLO
IA RECIFE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº **014959637290**
 NOTIFICAÇÃO DE RESGATE E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1082490319 2019

IGOR FERREIRA DA SILVA

BEZERROS-PE

V10.562.314-32 PLACA **PCX0084**

SC2EC18701R012013

PAR-MOTOCICLETA **ALCO/GASOL**

HONDA/CG150 START 2016 2016

29/10/2016 **PARTEIC** **VERMELHA**

1 **IPVA 2016 QUITADO** 21/11/19

00.11 **SEU IPVA 2016 PAGA 00.11 27/02/19**

SEM RESERVA

Roberto Carlos

BEZERROS-PE 21/11/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
 DIRETOR DE REGISTRO DE VEÍCULOS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014959637290 BILHETE DE SEGURO DPVAT
IGOR FERREIRA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LER NO VERSO
 AS CONDIÇÕES DE SEUS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800-643-1234

BEZERROS-PE 2016 21/11/19

1 710.562.314-32 PLACA **PCX0084**

1082490319 **HONDA/CG150 START**

2016 09 **SC2EC18701R012013**

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05	4.01	40.06
4.15	0.32	44.58

☒ SEM CARGA ☐ COM CARGA **27/02/19**

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 06.945.600/0001-32

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELÉ NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO

CO. **PR. VIDÊNCIA S/A**

21 MAR 2020

F. DOLO
AG. RECIFE



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- OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER- 1º DEDO (P.8,9,19)

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

Sequelas: Com seqüela

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 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100461/20
Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA
CPF: 710.562.014-52
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: IGOR FERREIRA DA SILVA

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

IGOR FERREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

