



Número: **0019955-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WILSON BEZERRA DA SILVA (AUTOR)	sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
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
69713 810	19/10/2020 14:09	<u>2731770_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00199558220208172001

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 **WILSON BEZERRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

FALTA DE PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS

Verifica-se que não consta nos autos qualquer instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, violando a regra esculpida no art. 104 do CPC.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DO LAUDO PERICIAL

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

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido, no ombro direito, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

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 - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090173600000068360747>
Número do documento: 20101914090173600000068360747

Num. 69713810 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180361477 Cidade: Bezerros Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA Data do acidente: 01/07/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado		Indenização pelo dano
			Total	0 %	
				R\$ 0,00	

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no ombro direito em grau médio (50%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no ombro direito, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o ombro direito possuía amplitude de movimentos preservada, sem a presença de sequelas permanentes.

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.

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 - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090173600000068360747>
Número do documento: 20101914090173600000068360747

Num. 69713810 - Pág. 2

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.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 16 de outubro 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 - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090173600000068360747>
Número do documento: 20101914090173600000068360747

Num. 69713810 - Pág. 3



Número: **0019955-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WILSON BEZERRA DA SILVA (AUTOR)	sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
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
69713 811	19/10/2020 14:09	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Aristóteles Ferreira Campos,

RG: 6 415.766 data de expedição 06/10/2019

Órgão SOS, portador do CPF 053.599.074-01, com

domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua José Gonzaga dos Santos, nº 37, complemento , declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Wilson Bezerra da Silva, cujo o conduto era Wilson Bezerra da Silva.

Veículo: Moto

Modelo: Honda / CG 160 START

Ano: 2016/2017

Placa: PDG 6492

Chassi: 9C2KC2500HR003275

Data do Acidente: 01/07/2018

Local e data do cartório: 24 JUL 2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua José Mariano, 42 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1167
Maurício José de Vasconcelos - tabelião público

Reconheço a firma por autenticidade datada 24/07/2018 08:25:10
ARISTÓTELES FERREIRA CAMPOS. Dói fe,
Fa testemunha. Oscar e Janice de verdade.
Márcia Vasconcelos Lima - Escrivãnia
Selo Digital N. 007727.TC066201001.04876
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



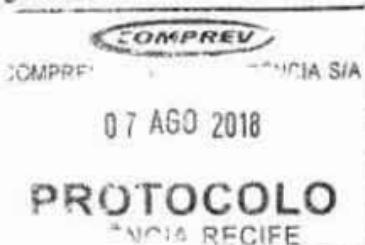


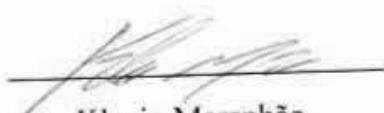
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Wilson Bezerra da Silva, Identidade 8788188 SDS-PE, CPF 101.095.614-06 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao Sr. Wilson Bezerra da Silva, número da ocorrência – ID 0488, no dia 01 de julho de 2018, às 19h e 12min, com queixa de queda de moto, na Avenida Agamenon Magalhães, Bairro Centro, 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 agradece.

Bezerros, 20 de julho de 2018.




Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE

*Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE*

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Wilson Bezerra da Silva</i>	CPF da Vítima <i>301095.614-06</i>	Data do Acidente <i>01/07/2018</i>
---	---------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Wilson Bezerra da Silva</i>	CPF do Representante legal <i>301.095.614-06</i>
Email <i></i>	Telefone (DDD) <i></i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para ~~obtenção de pagamento de indenização~~ para ~~obtenção de pagamento de indenização~~ de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

COMPROF

“CIA S/A

Assinalar uma das opções abaixo:

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

PROTOCOLO
RECIEVE

07 AGO 2018

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

Brasília, 26 de 07 de 2018.

Wilson Bezerra da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0181001362

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2018** às **16:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **1/7/2018** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 01, AVENIDA AGAMENON MAGALHÃES, - Bairro: COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**, - Ponto de Referência: **CURVA APÓS O FÓRUM**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
WILSON BEZERRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO - (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WILSON BEZERRA DA SILVA

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

WILSON BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** M^{ae}: **MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA** P^{ai}: **LUIZ BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/9/1991** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL**, Documentos: **8788188/SDS/PE (RG) 10109561406 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SOLDADOR**
Endereço Residencial: **RUA PADRE CICERO, 54 - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HÁ AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG6492** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **1106377726** Chassi: **SC2KC2500HR003275**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA CG 160 START. PROPRIETARIO: ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS**

Complemento / Observação

A VITIMA WILSON BEZERRA DA SILVA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA ONDE PASSOUA DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCrito, ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO VINDO DO CENTRO DA CIDADE COM DESTINO AO BAIRRO DO RETIRO, QUANDO NO TRAJETO NAS PROXIMIDADES DO FÓRUM DESTA CIDADE, NA CURVA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E BATEU NA GUIA JUNTO AO CANTEIRO CENTRAL DA AVENIDA, MOMENTO QUE CAIU AO CHÃO SENDO EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL); ONDE A VITIMA FOA ATENDIDA CONFORME FICHA COM REGISTRO DE N°869.317 ASSINADA PELO MEDICO BRUNO LUIZ CAIXAS - CRM /PE 23810, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste NA CIDADE DE CARUARU- PE; CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM EXEXO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, FICANDO ELE VITIMA INTERNADO COMO CONSTA NAS CITADAS DECLARAÇÕES, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO,

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

Wilson Bezerra da Silva
WILSON BEZERRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

101.095.614-06

Nome completo da vítima

Wilson Bezerra da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		Wilson Bezerra da Silva	CPF titular da conta	101.095.614-06	Profissão	Recebeu - se
Endereço		Rua Pe. Picote	Número	54	Complemento	
Bairro	Centro	Cidade	Estado	PE	CEP	55660-000
Email		Telefone (DDD) 181) 9329-0009				

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

PROTOCOLO

CONTA POUPANÇA (Sumeente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

2592

D/V

CONTA

Nº

86526 3

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nº CTA RECIFE

BANCO

Nome

INSTITUTO BANCO DO BRASIL S.A. (001)

Nº

AGÊNCIA

Nº

2592

D/V

CONTA

Nº

86526 3

D/V

(Informar dígito se existir)

D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bezerro, 26 de 07 de 2018

Local e Data

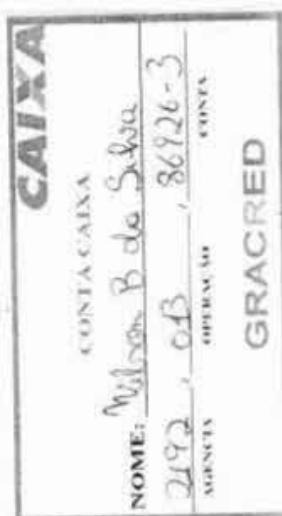
Wilson Bezerra da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Conta



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180361477**
Vitima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Data do Acidente: **01/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180361477**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180361477**
Vitima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Data do Acidente: **01/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180361477**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13210941

Pág. 00050356 - cartas_03 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180361477**
Vitima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Data do Acidente: **01/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180361477**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13207154



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180361477 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

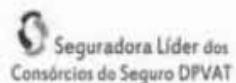
CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286345/18

Número do Sinistro: 3180361477

Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA

CPF: 101.095.614-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: WILSON BEZERRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/10/2018
Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA
CPF: 101.095.614-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

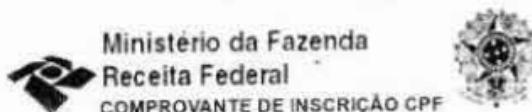
WILSON BEZERRA DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/2009
8.788.188	
NOME << WILSON BEZERRA DA SILVA >>	
FILIAÇÃO << LUIZ BEZERRA DA SILVA >> << MARIA JOSÉ BEZERRA DA SILVA >>	
NATURALIDADE BEZERROS - PE	DATA DE Nascimento 12/09/1991
DOC. ORIGEM << CN. 89693 L.A35 F.228 CART. 1º	
BEZERROS-PE 14.09.1992 >>	
CPF	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEIA-7 1160-2009/01	



Número
101.095.614-06

Nome
WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimento
12/09/1991



Comprovant







Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090183400000068360748>
Número do documento: 20101914090183400000068360748

Num. 69713811 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090183400000068360748>
Número do documento: 20101914090183400000068360748

Num. 69713811 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090183400000068360748>
Número do documento: 20101914090183400000068360748

Num. 69713811 - Pág. 17



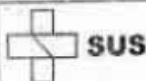
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090183400000068360748>
Número do documento: 20101914090183400000068360748

Num. 69713811 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090183400000068360748>
Número do documento: 20101914090183400000068360748

Num. 69713811 - Pág. 19



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

João Batista de Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

320988

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/09/51

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Joaquina de Souza

12 - FONE DE CONTATO

9311504616

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

9311504616

15 - ENDERÉCOS (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Nossa Senhora da Boa

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Recife

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Visceral de paciente de auto agente de um corte de cílio. Ocorre a dor e a sensação de incômodo no olho.

COMPREV

COMPRESA NCIA S/A

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

07 AGO 2018

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () ICPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Atendimento: 425737

Pedido: 
106990

Data Pedido: 01/07/2018

Controle: 86638

Paciente: 320987 WILSON BEZERRA DA SILVA
Leito: Unid. Intern.
Medico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA
Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA
Setor Executante: RADIOLOGIA
Convenio: SUS - AMBULATORIO
Motivo: ROTINA

Nascimento: 12/09/1991 (26a 9m 20d)

Local: SALA DE EXAME
Plano: PLANO UNICO

Sexo: MASCULINO

Observações:

Médico Executante:	0 - Não Informado			
Accession Number	*Access. N. Hex	Código	Descrição	Entrega
223899	 36A9B	871	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITO (AP)	01/07/2018
223900	 36A9C	1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	01/07/2018
223901	 36A9D	1054	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)	01/07/2018



RX - REALIZADO
DATA 01/07/18
HORA 23:10
TC



H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: *U. B. S. / L. S. L.*

PRESCRIÇÃO MEDICA

REG. 150753 LEITOR

HORÁRIO

ITEM MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

- 01 DIETA PARA DM + HAS 02 JELCO HIDROLISADO 03 SF 4% 1000 ML EV EM 24H 04 DIPRONA 500mg/ml: 01 AMP + AD EV 6/6H 05 OMEPPRAZOL 40MG 01 AMP + DILUENTE PRÓPRIO EV EM JEJUM 06 TRAMAL 100MG: 01 AMP + SF 0,9% 100ML EV ATÉ DE 6/6H SE DOR INTENSA 07 PLASIL 01 AMP + AD. EV 8/8H SE NAUSEA OU VÔMITOS 08 CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 24/24H 09 PA-E-HGT-DE 6/6H 10 CAPTOPRIL 25 MG. 01 COMP. VO SE PAS \geq 160 mmHg E/OU PAD \geq 110 mmHg 11 INSEMINA REGULAR, SC, CONFORME HGT 12 *70 a 200: nada; * 201 a 250: 04 UT; * 251 a 300: 06 UT; * 301 a 350: 08 UT; * 351 a 400: 10 UT; * 401: 12 UT *GICOSÉ 50%: 03 AMP IV EM BOLUS SE HGT $<=$ 70MG/DL E COMUNICAR AO PLANTÃO 13 CHRATHVO-ODIARIO 14 SSVV + CCCGG

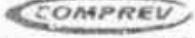
18/08/20

02/09/20
PA-E-HGT-DE 6/6H
GICOSÉ 50%: 03 AMP IV EM BOLUS SE HGT $<=$ 70MG/DL E COMUNICAR AO PLANTÃO





SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente		Data Int.:	03/07/2018 17:03	Atendimento:	426259	Nº AIH:	
Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA Data Nasc.: 12/09/1991 CPF: RG:		Idade:	26	Sexo:	MASCULINO	Cor:	PARDA
Endereço: RUA DOIS Bairro: RETIRO CEP: 55660000		Cidade: BEZERROS		Profissão: AGRICULTOR		Religião:	09/07
Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA		Nome do Conjugado:		Estado: PE		Nº:	25
Nome:		RG:		Fone:			
Parentesco:							
2 - Internar Para							
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO				Leito: CORREDOR - EMERG ADULT			
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):				CID: _____			
Procedimento Solicitado:				CÓD.: _____			
Procedimento Realizado:				CÓD.: _____			
3 - Atendimento Médico							
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo		
4 - Procedimentos Especiais							
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH <input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE <input type="checkbox"/> USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL				 COMPREV 07 AGO 2018 PROTOCOLO FÁNCIA RECIFE			
5 - História Clínica							
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO							
MOTIVO DE ALTA							
DATA DE INTERNAMENTO 03/07/2018 17:03		DATA DE ALTA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO			





FICHA DE ATENDIMENTO	CARTÃO DO SUS:	REGISTRO: 869-317		
DATA: 01-07-18	HORA: 19:37	TELEFONE:		
NOME: WILSON BEZERRA DA SILVA		IDADE: 27		
NOME DA MAE: Maria Tereza Bezerra da Silva				
DATA DE NASCIMENTO:	ACOMPANHANTE:			
END: R. São Lucas	BAIRRO: RETIRO	N.º 42		
CIDADE: BEZERRAS	SINAIS VITAIS			
PA: 130/80mmhg	HGT: 82 mg/dL	T: 36°C	PESO: 70 kg	Técn. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I – Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apneia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulo fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > 11 mg/dl O Convulsão no momento
- O Polirraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Broncoespasmo O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Polirraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de desambulação
- O Tugar pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

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

CLASSIFICAR COMO VERDE

PROTÓCOLO
TÉCNICA RECIFE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- Vermelho
 Amarelo
 Verde
 Azul

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e carimbo



H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: WILSON BORGES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REG. 426357 LEITO:

HORÁRIO

MEDICAMENTO – POSOLOGIA – VIA DE ADMINISTRAÇÃO

- | | |
|------|--|
| ITEM | DIETA LIVRE |
| 01 | OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM |
| 02 | DIPIRONA 500MG: 01 COMP VO 6/6H |
| 03 | NIMESULIDA 100MG: 01 COMP VO 12/12H SE DOR INTENSA |
| 04 | SSVV + CCGG |
| 05 | PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA |
| 06 | SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO |
| 07 | |



H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

PREScrição médica

SPECIMENTE ELEGANTISSIMAE 50

ITEM 100-1000
W. E. L. L. 100-1000
W. E. L. L. 100-1000

MEDEIROS, M. - POSO OGLA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

WHO

108320

01
02
03
04
05
06
07

ITEM	MEDICAMENTO - POSSUI
01	DIETA LIVRE
02	OMEПRAZOL 20MG; 01 COMP VO EM JEJUN
03	DIPRONA 500MG; 01 COMP, VO, 6/6H
04	NIMESULIDA 100MG; 01 COMP VO 12/12H S5; DOR
05	SSVV + CCCG
06	PACIENTE AGUARDANDO VAGANA ENFERMARI
07	SE INTERCORRENCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090183400000068360748>
Número do documento: 20101914090183400000068360748

Num. 69713811 - Pág. 27

Secretaria de Saúde do HOSPITAL	Manaus - SES/ SUS/ PE JO AGRESTE
ÁRIO	
Unidade: <u>INT.</u>	<u>Secretaria</u>
Nome: _____	Registro N°: _____
Clinica: _____	Enfermaria: _____
<p><i>Re: anexo 1)</i></p> <p><i>AS</i></p> <p><i>06 07 18</i></p> <p><i>Dr. Nilton Monteiro</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM - 10660</i></p>	
Data <u>07/08/2018</u>	Médico - CRM
<p>O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício Eleida Monteiro de Souza</p>	
1º Lugar	2º Concurso 89



Atendimento: 426259

Pedido: 
107346

Data Pedido: 06/07/2018

Controle: 86950

Paciente: 320987 WILSON BEZERRA DA SILVA
Leito: 256 COR-A-34 Unid. Intern: 14

Nascimento: 12/09/1991 (26a 9m 24d)

CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Sexto: MASCULINO

Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA

Local: SALA DE EXAME

Setor Executante: RADIOLOGIA

Plano: PLANO UNICO

Convenio: SUS - INTERNACAO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante:	0	Não Informado		
Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
224696	 36088	1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	06/07/2018
224697	 36089	923	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (PERFIL)	06/07/2018

RX - REALIZADO
DATA 06/07/18
HORA 13:00
TC Edilcealdo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:09:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090183400000068360748>
Número do documento: 20101914090183400000068360748

Num. 69713811 - Pág. 29



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

ORT

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA
Data Nasc.: 12/09/1991 Idade: 26 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
CPF: RG: CNS: Religião: 03107
Endereço: RUA DOIS Cidade: BEZERROS N°: 25
Bairro: RETIRO Profissão: AGRICULTOR
CEP: 55660000 Fone: 93156766 Estado: PE
Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 01/07/2018 22:45 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: *Perdeu o pé direito de a 10 de setembro*
devido a um acidente (D).

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

*#(1) Odebrecht - Rx de Cervarida (D) N
- Rx de Sulfato (D) N
- Rx de Furox (P)*

Prescrição:

Dieta: _____

Horário: _____

Data:

COMPREV
COMPRES
NCIA S/A

07 AGO 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

1 de 2



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome do Paciente:

Registro N°:

choice

Leito N°

DATA HORA

EVOLUÇÃO

1/18

Private group command
Chirico ~~and~~ semi-~~dictator~~

Govt

See Pre-Op

My 20th St Ann
from your friend
for Schenckman

1000

05/11/2018

