



Número: **0039544-60.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO (AUTOR)		EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68311152	21/09/2020 17:20	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038418

Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

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 15415791

Pag. 01001/01002 - carta_01 - INVALIDEZ

00010031





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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038418

Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001581

Conta: 0000043019-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

066.934.874-08

4 - Nome completo da vítima:

GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO

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

5 - Nome completo:

GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO

7 - Profissão:

PEDEIREIRO

8 - Endereço:

RUA ANGELO AGOSTINI

6 - CPF:

066.934.874-08

9 - Número:

122

10 - Complemento:

11 - Bairro:

BONGI

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50751-695

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):
81 98764-4528

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 43019

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, reconhecendo 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 6.194/74), 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Datar do dolo 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 (ou nascitor)?

☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 17 DE JANEIRO DE 2020

Gilberto de Sousa Cordeiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019







574145
0032441/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC DIM/4ªDESEC
BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0103002074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/09/2019** às **09:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/8/2019** às **23:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA GOMES TABORDA, 1 - Bairro: ZUMBI - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO BAR DE LEO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SILVA (AUTOR / AGENTE)
GILBERTO SOUZA CORDEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVA**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **GILBERTO SOUZA CORDEIRO**

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

GILBERTO SOUZA CORDEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Pai: **ABEL MNAOEL CORDEIRO** Data de Nascimento: **7/10/1986** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **210782889427/MEX/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)**
Telefones Celulares: **- 81987644528**

Endereço Residencial: **RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - CEP: 55000-000 - Bairro: BONGI - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO.01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILBERTO SOUZA CORDEIRO, que estava em posse do(a) Sr(a): GILBERTO SOUZA CORDEIRO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE PLACA OYP5530**

VEICULO.02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/IDEA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE PLACA KJU9723**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE NA HORA E DATA CITADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NO ENDEREÇO CITADO, QUANDO O VEICULO.02 SEM SINALIZAR FEZ UMA MANOBRAS COM O INTUITO DE ENTRAR EM UMA RUA. NESSA OCASIAO.



COLIDIU NA LATERAL DIREITA DO VEICULO.02. LOGO APOS, FOI SOCORRIDO PELO O IMPUTADO A UPA DA CAXANGA. E NADA MAIS DISSE DIGNO DE REGISTRO.

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

GILBERTO SOUZA CORDEIRO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADILAILSON MARCELINO SANTOS DE SOUZA SILVA** - Matrícula: 221.176-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 066.934.874-08 4 - Nome completo da vítima: GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO

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

5 - Nome completo: GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO 6 - CPF: 066.934.874-08
7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI 9 - Número: 122 10 - Complemento:
11 - Bairro: BONGI 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50751-695
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 98764-4528

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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 1581 CONTA: 43019 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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, reconhecendo 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 6.194/74), 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Datar do dolo do 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 nascento (ou nascido)? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 17 DE JANEIRO DE 2020

GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-19 00:56:29

Nome Paciente:	GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Cód. Paciente:	476354
Data de Nascimento:	07/10/1986
Sexo:	Masculino
Idade:	32
Senha:	OR0001
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1334008 
SAME:	

Período: 2019-08-19 00:56:29 - 2019-08-19 01:19:30

Prioridade:	URGÊNCIA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM CLAVÍCULA DIR. COM PROVAVEL FRATURA, CORTE EM SUPERCÍLIO DIR. E ENTRE DITAIS DE MÃO ESQ., ESCORIAÇÕES EM MID E FLANCO DIR. QUEIXA-SE DE DOR
Observação:	HAS - DM - ALERGIA -
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA - FRATURA SEM DEFORMIDADE - FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 5 - CAPNOGRAFIA: 99.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 136.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 96.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 35.00 C°

Acolhido(a) por: THIAGO SALDANHA DOS SANTOS - COREN: 379758 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-09-06 11:39:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: Masculino Contatos: 81-987644528
Idade: 32a 10m Nascimento: 07/10/1986
Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO X CARRO
APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS

EXAME FÍSICO:

A-B-C-D SEM ALTERAÇÕES
ECG 15, FC 80, FR 14, PA 130x90
E- ESCORIAÇÕES EM MMSS, DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA, EDEMA LOCAL
LESÃO CORTANTE EM FACE

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM EMINÊNCIA DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA
LESÃO CORTANTE EM FACE

UPA 24h
CAXANGÁ
RECIFE/PE

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000509



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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

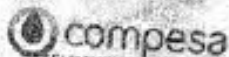
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000043019-0

Nr. da Autenticação 864656E2874466D5





CNPJ 09.709.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
RUA DA AURORA - N.º 18 - 08347 - SANTO AMARO RECIFE

DADOS DO CLIENTE
NOME: ANGELO AGOSTINI, N.º 00322 - 08008 - BONGI RECIFE PE 50751-695
MATRÍCULA: 54054887 - NOV/2019
INSCRIÇÃO: 347.529.016.0532.080 GRUPO: 18 DEB AUTOMÁTICO: R54054887

SITUAÇÃO DA ÁGUA: RESIDENCIAL
SITUAÇÃO DO ESGOTO: RESIDENCIAL
QUANTIDADE DE PESSOAS: 1
TIPO DE CONSUMO: RESIDENCIAL

DATA DE LEITURA: 12/05/2019
DATA DE LEITURA ANTERIOR: 15/11/2018
DATA DE VENCIMENTO: 12/05/2019
MÉDIA DO CONSUMO (LITROS POR DIA): 11,58

HISTÓRICO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (L)	VALOR (R\$)
10/2019	04	7,04
09/2019	04	7,04
08/2019	04	7,04
07/2019	04	7,04
06/2019	04	7,04
05/2019	04	7,04
MÉDIA	04	7,04

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/17	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO A LEGIS.
TURBIDEZ	124	132	131
COR APARENTE	132	132	130
CLORO RESIDUAL	132	132	132
COLIF. TOTAIS	132	132	131
E. COLI	132	132	132

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS, AUSÊNCIA DE N.º DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS, CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	4 M3	44,68
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DE ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	4 M3	35,26
MULTA 12/IMPONTUALIDADE 10/2019		1,58



Hipercard

00089746



PC-00

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
AV S PAULO 175
AP 204 BC A - JD S PAULO
50781-600 RECIFE - PE

29/10/19

Postagem: 29/10/2019
Vencimento: 08/11/2019
Fim do prazo: 28/10/2019
Fechamento pré-cadastro: 28/11/2019

Título

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Código

6062.XXX.XXX.3750

Para que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu PEDRO FERREIRA DUARTE DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF 042.350.054 / 64,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 066.934.874 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.934.874 / 08, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. SÃO PAULO</u>		Número <u>175</u>	Complemento <u>204-A</u>
Bairro <u>JARDIM SÃO PAULO</u>	Cidade <u>RELIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50781-600</u>
E-mail <u>Pedro-1990@Ratona.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 98602-1655</u>

RELIFE, 17 de JANEIRO de 2020
Local e Data

Pedro F. D. Santos
Assinatura do Declarante

DLDR.L.001 V001/2017



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-19 00:56:29

Nome Paciente:	GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Cód. Paciente:	476354
Data de Nascimento:	07/10/1986
Sexo:	Masculino
Idade:	32
Senha:	OR0001
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1334008 
SAME:	

Período: 2019-08-19 00:56:29 - 2019-08-19 01:19:30

Prioridade:	URGÊNCIA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM CLAVÍCULA DIR. COM PROVAVEL FRATURA, CORTE EM SUPERCÍLIO DIR. E ENTRE DITAIS DE MÃO ESQ., ESCORIAÇÕES EM MID E FLANCO DIR. QUEIXA-SE DE DOR
Observação:	HAS - DM - ALERGIA -
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA - FRATURA SEM DEFORMIDADE - FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 5 - CAPNOGRAFIA: 99.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 136.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 96.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 35.00 C°

Acolhido(a) por: THIAGO SALDANHA DOS SANTOS - COREN: 379758 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-09-06 11:39:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: Masculino Contatos: 81-987644528
Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Idade: 32a 10m Nascimento: 07/10/1986
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO X CARRO
APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS

EXAME FÍSICO:

A-B-C-D SEM ALTERAÇÕES
ECG 15, FC 80, FR 14, PA 130x90
E- ESCORIAÇÕES EM MMSS, DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA, EDEMA LOCAL
LESAO CORTANTE EM FACE

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM EMINÊNCIA DE EXPOSIÇÃO OSSEA
LESAO CORTANTE EM FACE

UPA 24h
CAXANGÁ
RECIFE/PE
19/08/2019

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000509





Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-987644528

Idade: 32a 10m
Nascimento: 07/10/1986

Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA

Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019

Prontuário: 00476354

Nº Atendimento: 01334008

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

feito sutura com fio nylon 4.0. Procedimento sem intercorrências.
ad: alta da clínica médica com orientações

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. André Vasconcelos
Cirurgião Geral
C.R.M. 11.111
Elisa

ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50960580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: MASCULINO
Idade: 32a 10m
Nascimento: 07/10/1986
Contatos: 81-987644528
Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data de Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA COM EMINENCIA DE EXPOSIÇÃO OSSEA

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

ANALGESIA

TIPOIA

ENCAMINHO VIA CENTRAL DE LEITOS PARA TTO CIRURGICO

UPA 24h
CAXANGÁ
RECIFE/PE
08/09/2020
11:11

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

Sexo: MASCULINO
Contatos: -

/ 81-987644528

Mãe: EDILENE MARIA ZIDIO DE SOUZA

Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Idade: 32a 10m
Nascimento: 07/10/1986

Data do Atendimento: 19/08/2019

Prontuário: 00476354

Nº Atendimento: 01334008

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719

Conduta:

sutura + curativo

UPA 24h
CAXANGÁ
RECIFE - PE
07/10/1986
81-987644528
ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719

ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: Masculino
Idade: 32a 10m
Nascimento: 07/10/1986
Contatos: / 81-987644528

Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

paciente com lesão em supercílio direito após trauma ontem às 23:20; nega síncope ou emese na hr do trauma, nega outras queixas, alergia-

EXAME FÍSICO:

BEG, aclerótico, anictérico, normocorado, hidratado, afebril, eupneico, consciente e orientado.
AR: MV+ em AHT, s/RA;
ACV: BCNF em 2T, s/sopro;
ABD: pleno, flácido, indolor à palpação
EXT: pulsos +; boa perfusão; penturilhas livres; sinal de homans -;
NEURO: sem rigidez de nuca; ECG 15; Pupilas Iso; Força Grau V; NN Cranianos Sem Alterações
PELE E ANEXOS: Sem alterações

DIAGNÓSTICO:

trauma em face

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 219
Dra. Andréia Vasconcelos
CRM 11119

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO Idade: 32a 10m Nascimento: 07/10/1986

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-997644528

Mãe: EDILENE MARIA ZIDIO DE SOUZA Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019

Prontuário: 00476354

Nº Atendimento: 01334008

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

Conduta:

ANALGESIA
TIPOIA
ENCAMINHÓ VIA CENTRAL DE LEITOS PARA TTO CIRURGICO
AVALIAÇÃO DA CLINICA PAA TRAUMA EM FACE

AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: Masculino
Idade: 32a 10m
Nascimento: 07/10/1986
CPF: 61-987644528
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695
Nº: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEGUNDA-FEIRA, 19 DE AGOSTO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA HGV

SENHA: 5752848

QP:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO X CARRO
APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA
MEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS,

EVOLUÇÃO:

A-B-C-D SEM ALTERAÇÕES
ECG 15, FC 80, FR 14, PA 7130X90
E- ESCORIAÇÕES EM MMSS, DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA, EDEMA LOCAL
LESÃO CORTINATE EM FACE

UPA 24h
CAXANGÁ
Rua Angélio Agostini, 122 - Bongi - Recife/PE - CEP: 50751-695
Fone: (51) 3184-4366
Cirurgia Plástica

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

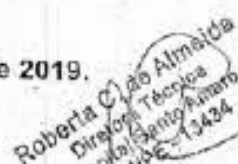
RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO**, prontuário nº **1183203**, admitido neste hospital em 19/08/2019 com diagnóstico de Fratura de clavícula direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 21/08/2019.

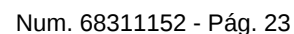
Recife, 18 de Setembro de 2019.


Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabuga, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasa.org.br



CQW 1392



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 655778 Prontuário: 1183203 Data de Nascimento: 07/10/86 Idade: 32 ANO(S)

Nome do Paciente: **GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: **EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA**

CPF: 06693487408

Data: 20/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirurgico de Fratura de Clavícula Direita
CÓDIGO: 0408010177

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de Fratura de Clavícula Direita +
Neurólise + Osteotomia CÓDIGO: 0408010177 / 0403020077 / 0408010118

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Osvaldo Coimbra	16858
2	1.AUX CIRÚRGICO		
3	2.AUX CIRÚRGICO		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Ajalmar Amorim	4360
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando em Fratura da Clavícula Direita. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
20/08/2019

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
20/08/2019





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 3.563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacaserecife.org.br
Site: www.santacaserecife.org.br

Registro: 655778 Prontuário: 1283203 Data de Nascimento: 07/10/86 Idade: 32
ANO(S)
Nome do Paciente: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO Sexo: Masculino
Nome da Mãe: EDILENE MARIA JZINO DE SOUZA
CPF: 06693487408

Data: 20/08/2019

MELHORADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 10531

Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santa-casarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 655778 Prontuário: 1183203 Data de Nascimento: 07/10/86 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: **EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA**
CPF: 06693487408

Data: 20/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura da clavícula direita
Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia: Neurólise do nervo supraclavicular (cod: 040302007-7) + Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita (cod: 040801017-7) Osteotomia clavícula direita (040801011-8)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Junior

Anestesista: Agalmar

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão longitudinal em topografia de clavícula direita. Dissecção por planos e hemostasia. Neurólise de nervo sensitivo supraclavicular. Identificado o foco da fratura. Osteotomia de bordas da clavícula e realizada redução da fratura e fixação com placa de reconstrução 3,5 e parafusos corticais. Tenotomia da trapézio e pectoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo
- 8) Tipóia

Recife, 20/08/2019-14:36

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 20/08/2019 14:40:11


DR. OSVALDO COIMBRA JR.
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 16658-1 TROTT - 3561





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta-casa@saltacasaarecife.org.br
Site: www.saltacasaarecife.org.br

Registro: 655778 Prontuário: 1183203 Data de Nascimento: 07/10/86 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
CPF: 06693487408

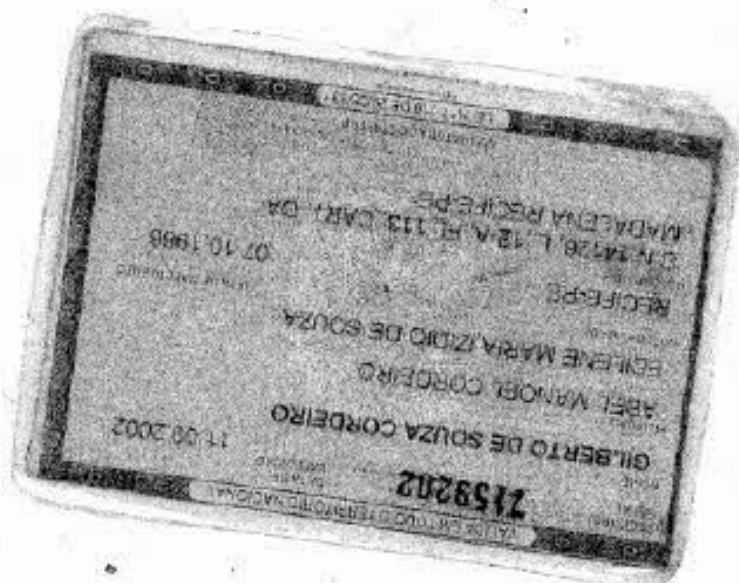
Data: 20/08/2019

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR, CRM: 16658, Data e Hora: 20/08/2019 14:40:11.

Dr. OSVALDO COIMBRA JR
Oncologista / Hematologista
CRM: 16658
R. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015103217280

GILBERTO DE SOUZA GONÇALVES

PAULISTA-EE

056.229.874-00

9122C1650E000569

ALCO/0A800

2014 2015

PRETOS

PARTIC

25/11/2011

04/10/19

09/10/19

10/10/19

10/10/19

10/10/19

10/10/19

10/10/19

PE Nº 015103217280 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

10/10/19

0725530

056.229.874-00

9122C1650E000569

ALCO/0A800

2014 2015

PRETOS

PARTIC

25/11/2011

04/10/19

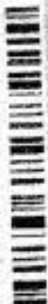
09/10/19

10/10/19

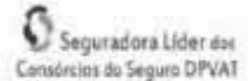
10/10/19

10/10/19

DESTAQUE E GARANTIA O SEGURO DPVAT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032441/20
Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
CPF: 066.934.874-08
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 042.350.054-64

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

GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO : 066,934,874-08

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: 23/01/2020
Nome: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 042.350.054-64

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038418

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

Data do acidente: 18/08/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: OBSERVAÇÃO E ANALGESIA (P4).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa - Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038418

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

Data do acidente: 18/08/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA CLAVÍCULA DIREITA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

Outorgante: Gilberto de Souza Cordeiro, solteiro, pedreiro, portador da cédula de identidade nº 7159202 SDS/PE e do CPF nº 066.934.874-08, residente e domiciliado na Rua Ângelo Agostina, nº 122, Bongi, CEP 50751-695, Recife/PE.

Outorgado: Pedro Ferreira Quaresma Dos Santos, casado, portador do documento de identidade nº 5938981 SSP/PE e do CPF nº 042.350.054-64, residente e domiciliado na Avenida São Paulo, 175, apto204-A, Jardim São Paulo, Recife-PE.

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

Recife, 08 de janeiro de 2020

Outorgante



Gilberto de Souza Cordeiro



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032441/20
Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
CPF: 066.934.874-08
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 042.350.054-64

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

GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO : 066.934.874-08

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 81 89.

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: 23/01/2020
Nome: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 042.350.054-64

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

