



15/10/2020

Número: **0045967-36.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69564031	15/10/2020 14:43	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, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200073526

Vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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 15526204

Pag. 0190001000 - carta_01 - INVALIDEZ

00010976





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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200073526

Vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 0000012527-6

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

Pag. 0162101622 - cart. 15R - INVALIDEZ

00020011



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 062 711 184 02 4 - Nome completo da vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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

5 - Nome completo: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO 6 - CPF: 062 711 184 02
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA SANTA RITA 9 - Número: 411 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM FRAGOSO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53060-535
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98519 1044

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (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: 3220 CONTA: 12527 6 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 5.194/74), 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 nº 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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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 - 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: OLINDA - PE, 10 DE FEVEREIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114001245**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2020** às **10:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PAN NORDESTINA, 01** - Bairro: **FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53140-080**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA** Data de Nascimento: **21/5/1987** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7155835/SDS/PE (RG), 06271118402 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 85191044**

Endereço Residencial: **RUA SANTA RITA, 411 - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL**

NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

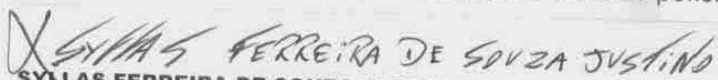


Placa: **PGQ6359** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA CONDUZIA SUA MOTO E UM AUTOMOVEL DE PLACA E CONDUTOR NAO IDENTIFICADO INVADIU A FAIXA DE TRANSITO POR ONDE TRAFEGAVA FAZENDO-O PERDER O EQUILIBRIO E CAIR COM A MOTO PISTA DE ROLAMENTO DA VIA . O NOTICIANTE DECLAROU QUE POPULARES O SOCORRERAM PARA UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFIDO PARA O MIGUEL ARRAES VOLTOU A UPA DE OLINDA E DE LA FORA TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA DE MISERICORDIA.

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


SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
(VITIMA)


B.O. registrado por: **MAURÍCIO FERNANDO ARAÚJO DA SILVA** - Matrícula: **152497-6**
(Liberado em **07/02/2020** às **11:02**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 062 711 184 02 4 - Nome completo da vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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

5 - Nome completo: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO 6 - CPF: 062 711 184 02
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA SANTA RITA 9 - Número: 411 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM FRAGOSO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53060-535
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98519 1044

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3220 CONTA: 12527 6 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 5.194/74), 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 nº 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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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 - 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: OLINDA - PE, 10 DE FEVEREIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000012527-6

Nr. da Autenticação BD86244DE7D26F1F



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTER NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7155835 SDS PE

CPF
062.711.184-02

DATA NASCIMENTO
21/05/1987

FILIAÇÃO
JOAO FERREIRA JUSTINO
MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA

PERMISSÃO
06226556968

VALIDADES
11/09/2024

EXPIRAÇÃO
10/11/2014

OBSERVAÇÕES

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
12/09/2019

Roberto Fontella
Roberto Carlos Moreira Fontella
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

VALIDADES
12/09/2019

EXPIRAÇÃO
10/11/2014

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1928405995

PROIBIDO PLASTIFICAR
1928405995

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº **015103620700**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA
1

DOC. RENAVAM
590878220

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO
2020

NOME
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

OLINDA-PE

CPF / CNPJ
062.711.184-02

PLACA
PGQ6359

PLACA ANT. / UE
******* / PE**

CHASSI
9C2KD0540ER009082

ESPECÍFICO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / NXR150 BROS ESD

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2014

CAP. POT. / CIL.
2P / 149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2020 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1ª *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS
2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TAPISÁRIO (R\$)
8.10

IDF (R\$)
0.05

PRÊMIO TOTAL (R\$)
12.30

DATA DE PAGAMENTO
09/01/20

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

Roberto Fontella
OLINDA

DATA
19/01/20

Roberto Carlos Moreira Fontella
DIRETOR PRES





AD: 90617693



7213512820 25611 00004177893 30 280120



CTC RECIFE PE PL2
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
RUA STA RITA 411 CA
JARDIM FRAGOSO
53060-535 - OLINDA - PE



Senha da Classificação:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

de Emissão CRN:

Queixa Principal: *doente D + Nko D + Corde*
 Ans: *46 anos*

Exame Físico

Exame físico realizado em 28/05/2015 com 100% de sucesso.

Hipótese Diagnóstico: Lesão do A. B. B. (L. B. B. D.) + Febre
Não D. (0407000000)

Conduta Terapeutica 18 + 0,5 mg + 2 tabs + 6,4 mg 600 mg / 1500 mg

Prescrição Médica

Medo - Otim - Otim EU 12/12 SN 24/35

Medo - Otim - Otim EU 06 SN 24/35

Medo - Otim - Otim EU 06 SN 24/35

EDUARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEPE 9208
ST. 07578797-0

Pare: [Signature]

) Residência

Senha:

LEONARDI & O'Brien Machine
Colonel Medico
CREMERE - 4288
121-013621-3 MS

Carimbo/Médico

Gésika Assunção
Nutricionista
CRN6 10715

IMOBILIZAÇÃO



1524411



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/09/2019 20:16

	Nome Paciente:	SILAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32
	Senha:	0354
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 17/09/2019 20:21 - 17/09/2019 20:21

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: RELATA TRAUMA EM MAO D APOS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/09/2019 20:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/09/2019 23:43

	Nome Paciente:	SAME: 116174		
	Cód. Paciente:			
	Data de Nascimento:	Paciente	SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO	
	Sexo:	Nome Social		
	Idade:	Dt Nascimento	21/05/1987	Registro : 129511
	Senha:	Mãe	MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA	
	Convênio:	Pai		
	Atendimento:	Endereço	RUA SANTA RITA	Nº 411
	Bairro	FRAGOSO		
	Cidade	OLINDA		

Período: 18/09/2019 00:11 - 18/09/2019 00:16

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor: ☐ VERDE

Queixa Principal: PACIENTE REFERE DOR EM MSD CLAVICULA E MÃO D. AMESMA C/ LESÃO JÁ SUTURADA

Medicamento(s): NEGA FAZER USO DE MEDICAÇÃO DIARIAMENTE / NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / AVE / CARDIOPATIA / ASMA

Observação: PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA C/ SENHA 5773707/NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / AVE / CARDIOPATIA / ASMA. PACIENTE EM AR AMBIENTE NORMOCORADO C/ QUEIXAS DE DOR EM MSD E MÃO APÓS QUEDA DE MOTO, NEGA VÔMITO E OU DESMAIO.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 2
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 74.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM
- GLICOSE: 101.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.90 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeira

REVISADO
NEPT-HMA

ELABORADO
Felipe Marques

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2019 00:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 495621

Senha da Classificação:

0048

Data e Hora: 18/09/2019 00:25

Paciente: 129511 SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 21/05/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUA SANTA RITA 411 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores musculares no dorso da coluna com início há 10 dias, piorando à noite e com limitação de movimentos.

Exame Físico

Exame físico sem alterações significativas. Membros superiores e inferiores sem alterações.

Hipótese Diagnóstico

Lesão por esforço repetitivo da coluna.

Prescrição Médica

Paracetamol 500mg 3x1. Analgésico de 1ª linha. Encaminhado ao setor de fisioterapia para avaliação e tratamento.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ☒ Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas ☒ Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Loló () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S ☒ N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S ☒ N () Analgesia: S ☒ N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Alta

5773707

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ☒

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Local e data

LEONARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CRM: 9208
MT: 019111111



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 495621 Prontuário: 129511 SAME: 116174 Hora Atend: 00:25 Data Atend: 18/09/2019
Paciente..... : SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO Idade: 32 a
Endereço..... : RUA SANTA RITA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53060535
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários.:
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/09/2019 Hora Saída : 07:20

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





DECLARAÇÃO

- Declaramos para os devidos fins, que o paciente **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**, prontuário nº **1187080**, admitido neste hospital em 19/09/2019 com diagnóstico de Fratura luxação acrômio clavicular direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 25/09/2019.

Recife, 29 de Outubro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
GRUPE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE							
3 - ENDEREÇO							
4 - CIDADE							
5 - ESTADO							
Identificação do Paciente							
6 - NOME DO PACIENTE							
7 - NOME DO RESPONSÁVEL							
8 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA							
10 - DATA DE NASCIMENTO							
11 - SEXO							
12 - TELEFONE DE CONTATO							
13 - TELEFONE DE CONTATO							
14 - CIDADE							
15 - ESTADO							
16 - CIDADE							
17 - ESTADO							
18 - CIDADE							
19 - ESTADO							
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
40 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERIOR							
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
42 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
43 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
44 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
45 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
46 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
47 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
48 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
49 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
50 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
51 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
52 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
53 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
54 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
55 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
56 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
57 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
58 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
59 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
60 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
61 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
62 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
63 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
64 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
65 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
66 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
67 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
68 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
69 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
70 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
71 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
72 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
73 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
74 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
75 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
76 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
77 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
78 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
79 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
80 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
81 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
82 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
83 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
84 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
85 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
86 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
87 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
88 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
89 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
90 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
91 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
92 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
93 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
94 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
95 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
96 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
97 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
99 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
100 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							





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:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32
ANO(S)
Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S431 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular
(COD: 040801018-5) + Tenomiotomia (COD: 040806046-8) + Neurólise (COD:
040302007-7) + Tenomiorrafia (COD: 040806045-0) CÓDIGO: 040801018-5
040806046-8
040302007-7
040806045-0

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular (COD:
040801018-5) + Tenomiotomia (COD: 040806046-8) + Neurólise (COD: 040302007-7) +
Tenomiorrafia (COD: 040806045-0)

CÓDIGO:040801018-5
040806046-8
040302007-7
040806045-0

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:ALVAO COSTA	19793
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:BLOQUEIO DE PLEXO	
5	ANESTESISTA	:MAURO CASADO	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS





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

Registro:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32 ANO(S)

Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA

CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. PRISCILLA DE CARVALHO GRECH
CRM: 27539





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: 661049 Prontuário: 1187080 Data de Nascimento: 21/05/87 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife: 24/09/2019 - 14:49

Diagnóstico pré-operatório: Luxação acrômioclavicular D

Diagnóstico pós-operatório: Luxação acrômioclavicular D

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de luxação acrômioclavicular (COD: 040801018-5) + Tenomiotomia (COD: 040806046-8) + Neurólise (COD: 040302007-7) + Tenomiorrafia (COD: 040806045-0)

Cirurgião: Álvaro Da Costa Lima

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: Mauro

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 em tipo "golpe de sabre" do ombro. Dissecção por planos e hemostasia. Tenomiotomia de trapézio e peitoral maior. Identificado o foco de luxação. Neurólise de nervo supraclavicular. Realizado a redução da luxação e fixação com 01 âncora em base de processo coracóide (carregada com 2 fios de ethibond), e fixação de articulação acromioclavicular com 01 fio de kirschner, com sutura de ligamento acromio-clavicular superior. Tenomiorrafia de músculo peitoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo

MEDICO: Dr. ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA
CRM: 19793

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA. CRM: 19793. Data e Hora: 24/09/2019 14:50:33.





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: 661049 Prontuário: 1187080 Data de Nascimento: 21/05/87 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA, CRM: 19793, Data e Hora: 24/09/2019 14:50:33.





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:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32 ANO(S)
Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA. CRM: 19793. Data e Hora: 24/09/2019 14:50:33.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7155835 SDS PE

CPF
062.711.184-02

DATA NASCIMENTO
21/05/1987

FILIAÇÃO
JOAO FERREIRA JUSTINO
MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA

PERMISSÃO
06226556968

VALIDADEZ
11/09/2024

EXPIRAÇÃO
10/11/2014

OBSERVAÇÕES

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
12/09/2019

Roberto Fontella
Roberto Carlos Moreira Fontella
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

VALIDADEZ
10/24

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1928405995

PROIBIDO PLASTIFICAR
1928405995

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº **015103620700**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA
1

DOC. RENAVAM
590878220

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO
2020

NOME
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

OLINDA-PE

CPF / CNPJ
062.711.184-02

PLACA
PGQ6359

PLACA ANT. / UE
******* / PE**

CHASSI
9C2KD0540ER009082

ESPECÍFICO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / NXR150 BROS ESD

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2014

CAP. POT. / CIL.
2P / 149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2020 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1ª *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS
2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
8.10

IDF (R\$)
0.05

PRÊMIO TOTAL (R\$)
12.30

DATA DE PAGAMENTO
09/01/20

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

Roberto Fontella
OLINDA

DATA
19/01/20

Roberto Carlos Moreira Fontella
DIRETOR PRES





AD: 90617693



CTC RECIFE PE PL2
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
RUA STA RITA 411 CA
JARDIM FRAGOSO
53060-535 - OLINDA - PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059596/20
Vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
CPF: 062.711.184-02
CPF de: Próprio
Data do acidente: 17/09/2019
Titular do CPF: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO : 062.711.184-02

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: 13/02/2020
Nome: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
CPF: 062.711.184-02

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200073526 Cidade: Olinda Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA Data do acidente: 17/09/2019 Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A
 JUSTINO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVÍCULAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos
complementares:

Observações: PÁG.11_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

