

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2016

Carta nº: 9213285

A/C: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Sinistro: 3160183566 ASL-0123831/16
Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Data Acidente: 20/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 0000018138-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Carlos Rodrigues de MeloPORTADOR(A) DO RG Nº 04896676660EXPEDIDO POR Detran PEEM 12/05/14 ECPF 709180904-15 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO desempregado

E RENDA MENSAL DE R\$ milhões - R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Carlos Rodrigues de Melo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0042 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00018138 - E

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2016
LOCAL E DATA

José Carlos Rodrigues de Melo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SAC DPVAT 0800-0221204

3 MAI 2016



603689 0010 01290 0874

JOSE CARLOS R MELO

0048 013 00018138-6 04/16

MasterCard

16/02/2016

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA - DP2ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0092000514**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/02/2016** às **11:05**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
20/12/2015 às **13:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1 - Bairro SANTO AMARO -**

RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

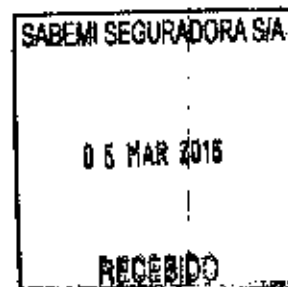
Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE)
JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDOS

Estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS



16/02/2016

Bolém de Curitiba

RODRIGUES DE MELO



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

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA DO CARMO** Pai: **SEVERINO RODRIGUES DE MELO** Data de Nascimento: **19/9/1974** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3776545/SDS/PE (RG), 70910090415 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares:

- 965074202

- 983800278

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ARRUDA (BAIRRO), 456, RUA DAS MOÇAS - BLOCO D APTO 302 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

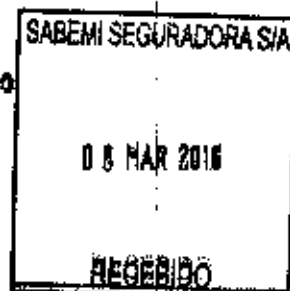
VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE**

CARLOS RODRIGUES DE MELO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA NÃO ANOTADA**

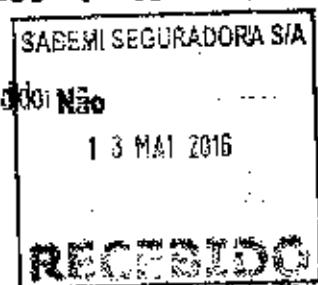


BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO**,

que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**

Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

SEGUNDO O QUEIXOSO, PEDALAVA SUA BICICLETA NA AVENIDA NORTE SENTIDO SANTO AMARO

file:///C:/Users/Policia/Local/Intopolixml/BOEPreview.html

23

16/02/2016

Bolém de Ocorrência

ENCRUZILHADA, QUANDO NA DESCIDA DO VIADUTO UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA, DIRIGIDO POR UM DESCONHECIDO, COLIDIU COM A BICICLETA, O CICLISTA FOI AO CHÃO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU (OCORRÊNCIA 8-98805) PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. O MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL. CASO AFETO A DELEGACIA DA BOA VISTA.

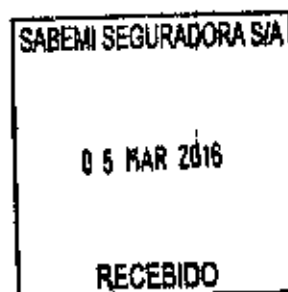
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Carlos Rodrigues de Melo
JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: ELIEZER LIMA DA SILVA FILHO - MAT 221038-0 - Matrícula: 221038-0

Eliezer Lima

Eliezer Lima



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOÃO CARLOS RODRIGUES DE MELLO, portador da carteira de identidade nº 3.772.645 e inscrito no CPF/MF sob o nº 709.180.404-15 residente e domiciliado na Rua das Indústrias, nº 436 Cidade Recife Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

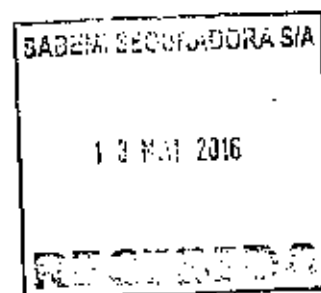
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 01 de março de 2016

Local e data



COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 176.01.2016
EM: 15.02.2016

COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO**, portador da Carteira de Identidade RG nº **3778645** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **709.180.904-15**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº **S-98895**, que no dia 20 de dezembro de 2015, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo ciclista, por volta das 13h40, na Avenida Norte, nas imediações da Equipadora, no bairro de Encruzilhada, Recife - PE e, encaminhado ao Hospital da Restauração, Recife, 15 de fevereiro de 2016.

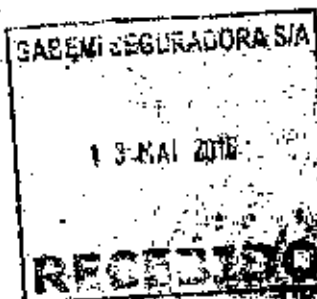
Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano - Recife

Sérgio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

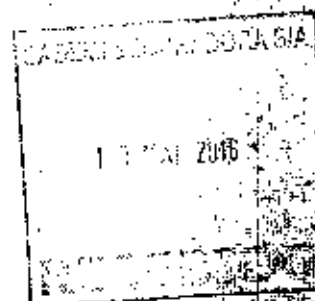
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 176.01.2016
EM: 15.02.2016

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO**, portador da Carteira de Identidade RG nº **3778645** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **709.180.904-15**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº **S-98895**, que no dia 20 de dezembro de 2015, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo ciclista, por volta das 13h40, na Avenida Norte, nas imediações da Equipadora, no bairro de Encruzilhada, Recife - PE e, encaminhado ao Hospital da Restauração, Recife, 15 de fevereiro de 2016.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



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: 09/06/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000018138-6

Nr. da Autenticação 80ACB53E2234345F



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Carlos Rodrigues de Melo

RG nº 3.778.645, data de expedição 10/09/04, Órgão SOS PE

CPF nº 309.180.904 - 15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua das moças</u>
Número	<u>456</u>
Apto / Complemento	<u>Ap. 302, Bloco D</u>
Bairro	<u>Arruda</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>52120-320</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 98507-4202 / (81) 98880-0278</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 01 de maio de 2016

Assinatura do Declarante: José Carlos Rodrigues de Melo



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 28/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA



www.celpe.com.br

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista
Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.832/0001-58 | Insc. Est. 0606413-03

Data da emissão: 01/02/2016

01/02/2016

Total a pagar: R\$ 29,84

29,84

Comercial: 0800 081 0124 | Provedor: 0800 081 0188
Atendimento ao cliente auditivo ou de braille: 0800 201 0142
Ouvidoria Celpe: 0800 282 5509
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727 0187 - Ligação gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187 - Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM MS
Monofase

7015906736

7015906736

DADOS DO CLIENTE

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.150.804-15

NIS: 12531851841

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DAS MOÇAS 656 - H 03 AP-302

BL-D

ARREJADA RECIFE
52120-220 RECIFE PE

NÚMERO DA NOTA FISCAL	DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	DATA DA APRESENTAÇÃO
002463470	20/01/2016	27/01/2016
SÉRIE DA NOTA FISCAL	NÚMERO DO CLIENTE	NÚMERO DA LISTAÇÃO
SÉRIE ÚNICA	2011335510	9859414

Reservado ao Fisco
4B77.04C5.37E0.5330.71FD.D56F.30E4.3E82

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)	PERÍODO DE CANCELAMENTO
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,14258137	JAN 15 - JUL 15
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	68,0000000	0,24444235	DEZ 15 - NOV 15
Acrescimo Bandeira VERMELHA		2,40	OUT 15
Contribuição Iluminação Pública		6,53	SET 15
			AUG 15
			JUL 15
			JUN 15
			MAY 15
			ABR 15
			MAR 15
			FEV 15
			JAN 15

TARIFAS APLICADAS
Consumo Ativo até 30 kWh 0,14258137
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,24444235

TOTAL DA FATURA 29,84

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SIMONE CRISTINA RICARDO HARA,

RG nº 048.032.523-15, data de expedição 27/02/2014, Órgão DETRAN/PR,

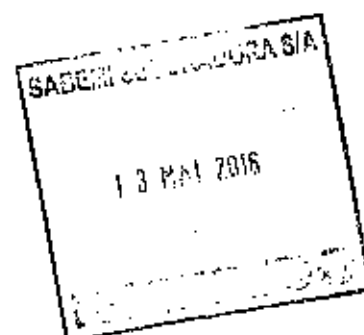
CPF nº 075.400.659-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA NEVADA
Número	670
Apto / Complemento	
Bairro	QUEBEC
Cidade	LONDRINA
Estado	PARANÁ
CEP	86060-238
Telefone de Contato	(43) 3031-2323 / (43) 3031-2327
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ricardo 29/02/2016

Assinatura do Declarante: Simone C.R. HARA





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

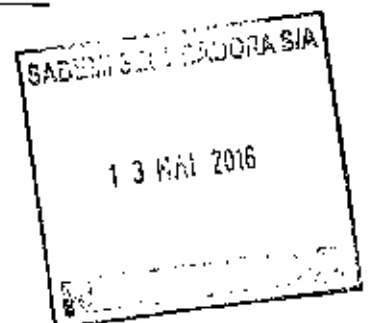
Pelo exposto, eu **SIMONE CRISTINA RICARDO HARA**, portador(a) do RG nº 048.032.523-15, expedido por DETRAN-PR, em 27/02/2014, CPF/CNPJ nº 075.400.659-07, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Carlos Rodrigues de Melo do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima José Carlos Rodrigues de Melo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Auxiliar Administrativo

Renda Mensal: R\$ RECUSOU-SE

Documentos comprobatórios: _____

Simone CR HARA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 579410/2015

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO.

Foi atendido às 13h41 do dia 20.12.2015

Diagnóstico provável: TCE

Fratura de 113 distal de clavícula D
Perdas de corpo-contusos em parafuso amarrado
dentro sem sinais de fratura de face.
(Atropelamento)

Tratamento realizado:

TAC de crânio S/ lesões NCP
TAC coluna cervical sem lesões NCP
Sutura do ferimento
Exames complementares
Trat. de suporte clínico

Obs. Transferido p/ H.M. Jaboatão em 21.12.15

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 10.02.16

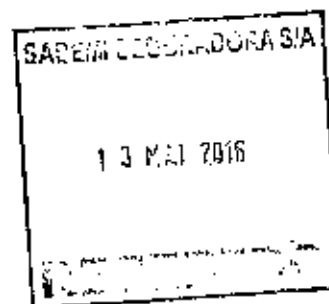
MÉDICO - CRM No.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 1874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 579410/2015

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO.

Foi atendido às 13h41 do dia 20.12.2015

Diagnóstico provável: TCE

Fratura de 113 distal de clavícula D
Ferimentos contusos em pavilhões auriculares
domínio sem sinais de fratura de face.
(Atropelamento)

Tratamento realizado:

TAC de crânio s/ lesões NCR
TAC volume cervical sem lesões NCR
Sutura do ferimento
Exames complementares
Trat. de suporte clínico

Obs. Transferido p/ H.M. Jaboatão em 21.12.15

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

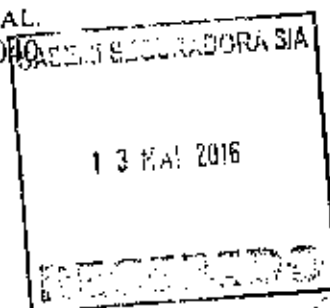
Cópia de Prontuário Médico em 10.02.16

MÉDICO – CRM No.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-000
Fones: 31815451/31815572



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

FAT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

REGISTRO: 423567 DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1974

RG: 3778645 ORGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Rua dos muros n. 456 apt 302 Bloco D

NOME DA MÃE: JOSEDA MARIA DO CARMO

DATA ADMISSÃO: 21/12/2015 DATA ALTA: 29/12/2015

DATA DO PROCEDIMENTO: 28/12/2015 CID: S420

DIAGNÓSTICO: Fratura do 5º metacarpo Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico este arizinte
Fratura do 5º metacarpo Direito

CIRURGIÃO: Leonardo de Lima Silveira

CREMEPE: 6038

JABOATÃO DOS GURARAPES, _____ DE _____ DE _____

Leonardo de Lima Silveira

MÉDICO

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12015 - CRM 16116

LABORADORA S/A

13 MAR 2016

RECEBIDO



Instituto Alcides D'Andrade Lima

Usuário: FAB10MCL

Data: 28/12/15

Hora: 17:50

Relatório Geral de Cirurgias

Dr. JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Registro: 85369
Sexo: Masculino

Prontuário: 723567
Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 02

Histórico Pré Operatório: FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA + 5º METACARPO DIREITO

Operatório:

Cirurgia Realizada: OSTEOSINTESE DO 1/3 DISTAL DA CLAVICULA DIREITA + Frat. 5º Metacarpo D

- 28/12/15

Cirurgião: COD: 16118 DESC: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

Jr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 16.118 - RRT 12.00

1. Auxílio Cirúrgico:

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Instrumentação:

Anestesia: Fleco Braqual

Anestesia:

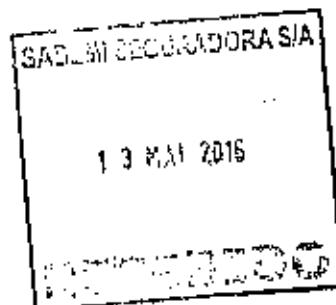
Anestesiista: COD: 15809 DESC: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA
EPSIA E ANTISSEPSIA
INSERÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
MARCAÇÃO SOB TOPOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 02 FIOS K + FIO ETHIBOND
CONFIRMAÇÃO DA REDUÇÃO SOB AUXÍLIO DO RAIO-X
ASPIRAÇÃO COM SORO FISIOLÓGICO
CURATIVO POR PLANOS + CURATIVO

Jr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 16.118 - RRT 12.00

Dr. MARCOS CRISPIM LIMA-CRM - 23113



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA – FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº.

579410

Nome;

CE LUC

Foi atendido às

13:47 h do dia 10.02.11

Diagnóstico provável

CE LUC

data da alta

10.04.11

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO *

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

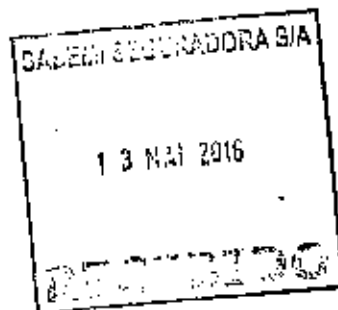
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação:

Primo no
2 dias

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação. Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 85369

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SES - ORTOPEDIA

Cartão SUS:

Responsável:

Observação:

Prontuário: 723587

Hora: 21/12/2015 14:34:21

Naturalidade

Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data de Nascimento: 19/09/1974

Sexo: MASCULINO

Idade: 41 Anos 3 Meses 2 Dias

Profissão:

CPF:

Identidade: 3077645 - SSP/PE

Fone: 86610053

Est. Civil: SOLTEIRO

Cônjuge:

Escolaridade:

Nome do Pai:

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DO CARMO

Endereço: MOÇAS DE 1 A 1271

Bairro: ARRUDA

CEP: 52120320

Cidade: RECIFE

UF:

Médico: MIRELLA PATRICIO RODRIGUES

CRM: 21971

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

Data: 29/12/15 - Hora de Saída: - h - Médico:

Rua Doutor Luis Regueira, 774 - Prazeres - CEP: 54160-594 - Jaboatão dos Guararapes -

Telefone: (81) 3461.5300 - www.hmgpe.org

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Jaboatão
Rua 15, 114 - Bloco 12, 903

SASIM SEGURADORA S/A
13 MAI 2016
RECIBIDO



FICHA DE ATENDIMENTO - ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

CONVÊNIO: SES - ORTOPEDIA	ATENDIMENTO: 00085369
RESPONSÁVEL:	CARTÃO SUS:
OBSERVAÇÃO:	

PRONTUÁRIO: 00723567	HORA ATENDIMENTO: 14:34	DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1974
NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO		
SEXO: Masculino	IDADE: 41 Anos, 3 Meses e 2 Dias	PROFISSÃO: OUTROS
CPF:	IDENTIDADE: 3077645	FONE:
ESCOLARIDADE:	ESTADO CIVIL: Solteiro	CÔNJUGE:
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE: JOSEFA MARIA DO CARMO		
ENDEREÇO: MOCAS DE 1 A 1271, 457		BAIRRO: ARRUDA
CEP: 52120320	CIDADE: RECIFE	UF: PE

MÉDICO: MIRELLA PATRÍCIO RODRIGUES - CRM: 21971	CID:
UNIDADE INTERNAÇÃO: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA, LEITO 02	

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HA 1 DIA. ENCAMINHADO DO HR PARA TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS:

NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, A.A.A. CONSCIENTE ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR, 2T, BNF SEM SOPRO

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT SEM RA

ABDOMEN:

NDN

GENITO - URINÁRIO:

NDN

OUTROS:

ESCORIAÇÕES DIFUSAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVÍCULA D

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

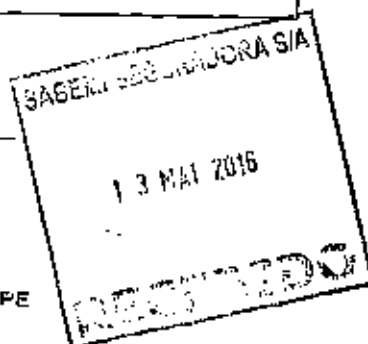
CONDIÇÃO DE ALTA:

DATA: 29/12/15

HORA DE SAÍDA:

Dr. Mirella P. Rodrigues
CRM: 21971

MIRELLA PATRÍCIO RODRIGUES - CRM - 21971





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO

2 - CNES
5 3 5 6 0 6 7

4 - CNES
5 3 5 6 0 6 7

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Carlos Rodrigues de Melo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/09/1971

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Josefa M. de Jesus

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Josefa M. de Jesus

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Mecenas de 1 a 1271

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Aracaju - Recife

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

PE 52120320

19 - CEP

PE 52120320

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura de clavícula ① e 5º metacarpo direito submetido em 1º tempo à artroscopia da clavícula. Recusa de novo procedimento cirúrgico

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ex clínico + Rx

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

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura 5º metacarpo

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/12/2015

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CDR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Jairo Pizanes
Médico
CREMEPE-2327

21/12/2015

Nome do paciente: Jose Carlos Rodrigues de MeloClínica: OrtopediaEnfermaria: 12Leito: 2Nº prontuário: 723567

Nº AIH:

Diagnóstico inicial (constante no laudo médico):

Fratura de clavícula

CID:

Procedimento solicitado:

Código:

Tempo de permanência previsto:

Procedimento realizado:

Código:

Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	<u>Leonardo Silveira</u>	<u>16118</u>
02	1. Auxílio cirúrgico		
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesiistas	<u>Diana Souza</u>	<u>15809</u>
07	Clínico		
08	Clínico		

Procedimentos especiais

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mudança de procedimento | <input type="checkbox"/> Uso de prótese óssea |
| <input type="checkbox"/> Diária de UTI | <input type="checkbox"/> Uso de fatores de coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti-Rh | <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Resumo do caso

PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.

Diagnóstico principal:

CID:

Diagnóstico secundário:

CID:

Motivo da alta: MELHORADO

Internação:

21 / 12 / 15

Alta:

29 / 12 / 15

Dias de hospitalização:

SABEM SEGURADORA S/A
13 MAI 2016

Dr. Jairo Prazeres
Médico
CRM/PE-2427



Instituto Alcides D'Andrade Lima

Usuário: FABIOMCL

Data: 28/12/15

Hora: 17:48

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Atendimento: 85369

Sexo: Masculino

Prontuário: 723567

Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 02

Diagnóstico Pré Operatório: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO

Risco Operatório:

Cirurgia Realizada: OSTEOSINTESE FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO

Data: 28/12/15

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
RM 15.18 - SROT 12.00

01. Cirurgião: COD: 16116 DESC: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA
02. 1. Auxílio Cirúrgico:
03. 2. Auxílio Cirúrgico:
04. 3. Instrumentador:
05. Anestesia: Flexo Braquial
06. Anestesia:
07. Anestesista: COD: 15809 DESC: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

ENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
INCISÃO SOB TOPOGRAFIA DO 5º METACARPO DIREITO
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 02 FIOS K
VERIFICAÇÃO DA REDUÇÃO SOB AUXILIO DO RAO-X
LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO
SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
RM 15.18 - SROT 12.00

FABIO MARCOS CRISPIM LIMA-CRM - 23113



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO – (AO INSS – PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S 42.0

DATA DE INTERNAMENTO: 21/12/2015

DATA DO PROCEDIMENTO: 28/12/2015

DATA DE ALTA: 29/12/2015

CONSULTA DE RETORNO: 11/01/2016 AS 7H

MÉDICO ASSISTENTE: DR LEONARDO SILVEIRA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 29/12/2015

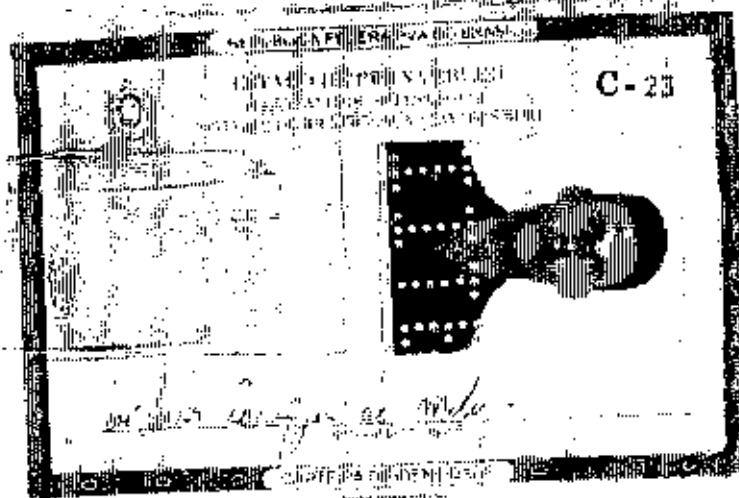
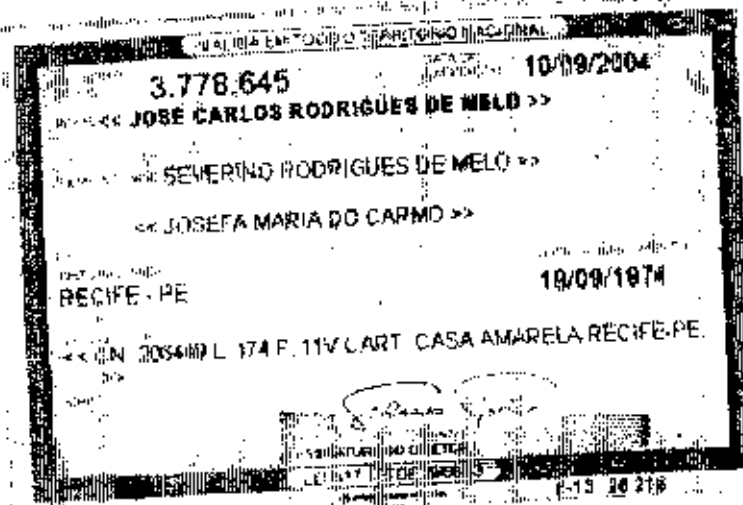
Fábio Santos Erisolim Lima
MÉDICO
CRM-PE-23.113

MÉDICO (A)

SABEM SEGURADORA S/A

13 MAI 2016

RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
 FUNDAÇÃO NACIONAL DE REABILITAÇÃO

NOME
 JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

DOC. IDENTIDADE / ORDEMADOR
 3778645 BRS BR

CPF
 702.180.204-15

DATA NASCIMENTO
 19/03/1974

RAÇÃO
 BEVERLEO RODRIGUES DE
 MELO
 JOSEFA MARIA DO CAIMO

PERMANÊNCIA
 AD

AD
 AD

Nº REGISTRO
 04696675840

VIGÊNCIA
 03/04/2019

Nº HABILITAÇÃO
 10/03/2010

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada

Jo Carlos Rodrigues de Melo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 12/05/2014

P. A.
 ASSINATURA DO CARIÓTIPO

05615660999
 28059879770

DETRAN - PE - CERNANBUCCI

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 873584645

PROIBIDO PLASTIFICAR
 873584645

SABEM-EM-ORÇAMENTO
 13 MAI 2016



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **709.180.904-15**

Nome da Pessoa Física: **JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO**

Data de Nascimento: **19/09/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:39:23** do dia **01/03/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B43F.E8D8.E76F.01E4**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO



NOME
SIMONE CRISTINA RICARDO HARA



DOC IDENTIDADE CIVIL (CPF/CNPJ)
8220553-5 CESP PR

CPF 075.400.659-07 DATA NASCIMENTO 03/10/1990

ENDEREÇO
SERGIO TOMIO HARA
ROSELY RICARDO HARA

PERMISSÃO 00000000000000000000

Nº REGISTRO 08470000000000000000 DATA 09/11/2000

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
856069372



PROIBIDA PLASTIFICAR
856069372

COMENTÁRIOS
A

LOCAL LONDRINA, PR DATA 27/02/2014

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO
[Signature]

58823046360
PR906914263



CABEÇA DE MÁQUINA SIA
13 MAR 2016

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160183566

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do acidente: 20/12/2015

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico leve. Ferida corto-contusa em pavilhão auricular direito. Fratura de 5º metacarpo direito. Fratura de clavícula direita.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere parestesia na hemiface direita, cefaleia, dor e diminuição de força na mão direita, dificuldade de movimentos do ombro direito. Refere ainda uso de antidepressivo e ansiolítico devido a quadro depressivo ocorrido após o acidente. Ao exame apresenta cicatriz em região auricular direita, deformidade no 5º quirodáctilo direito por consolidação viciosa de fratura do 5º metacarpo, diminuição da preensão palmar direita, bloqueio articular parcial do ombro direito com limitação dos movimentos de rotação e abdução do ombro.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento clínico de suporte e realização de exames complementares para o traumatismo crânio encefálico. Foi submetido a sutura de ferida em pavilhão auricular direito. Foi submetida a tratamento cirúrgico: osteossíntese de 5º metacarpo direito com fixação por fios de Kirschner, redução da fratura de clavícula direita e fixação por fios de Kirschner. A vítima não apresentou boa evolução clínica, com consolidação viciosa em ambas as fraturas e prejuízo da mobilidade das articulações envolvidas.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcão

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

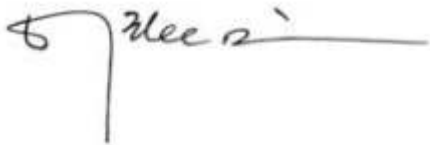
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160183566 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO **Data do acidente:** 20/12/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE,FRATURA DE CLAVICULA DIREITA,5° METACARPO DIREITO E FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, profissão desempregado
Documento de Identificação CNH, nº 04896676660, data de
expedição 12/05/2014, CPF/MF nº 709.120.904-15, residente e domiciliado(a)
à Rua das Mexas, Nº 456, Cidade de Recife,
Estado Pernambuco, CEP: 52120-320, Telefone: 43 3031-2323, 43 3031-2327

OUTORGADO: MARCIO RODRIGO CANTONI, CPF sob o nº 017.358.559-01 e RG sob o nº 7.041.403-1, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: JOÃO CARLOS THEODOROWICZ, CPF sob o nº 787.533.259-15 e RG sob o nº 5.859.889-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA, CPF sob o nº 075.400.659-07 e RG sob o nº 8.220.553-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: DAVID JUNIOR BRAS DOS REIS, CPF sob o nº 005.829.209-81 e RG sob o nº 8.236.406-4, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: FLAVIA FERREIRA DUARTE, CPF sob o nº 066.889.459-83 e RG sob o nº 10.111.047-8, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar e entregar documentos referente a pedidos de indenizações do Seguro DPVAT junto as Seguradoras credenciadas à Líder em todas as naturezas (INVALIDEZ, ÓBITO e DAMS), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela Líder, realizar contestações junto à Líder e a SUSEP.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Recife, 29 de Fevereiro de 20 16

Jose Carlos Rodrigues de Melo,
OUTORGANTE

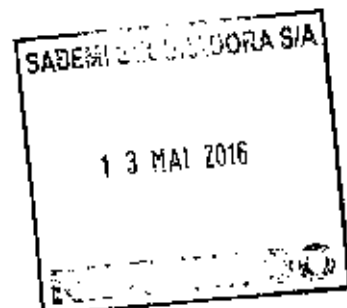


TABELIONATO JOSAPHAT ALBUQUERQUE - 2º SERVIÇO NOTARIAL
Bd. Josépratt Vieira de Albuquerque - TITULAR
Rua Búna de Pernambuco, 90 - CEP: 50010-300 - Recife - PE
Fones: Fone (51) 3045.1502 / 3444.3004 - E-mail: josepratt@tabnet.com.br

NOTAS: Escrituras, Testamentos, Procurações, Reconhecimento de Fitas e Autenticações de Cópias



Atestamos Por Autenticidade a firma de JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
em 29/02/2016 às 15:19:32, JOSE BONIFACIO FALCAO - Tabelião
CPF: 0073747.LAN1201501.33063 TOTAL: R\$ 4,364 OP. 6
CONFIRMAÇÃO AUTENTICIDADE DO SELO EM WWW.TABNET.COM.BR/SELODIGITAL



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO** Sinistro: **3160183566** Data: **20/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua das Moças, 456 - Arruda - Recife - PE - CEP 52120-320**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **3778645**

Data local do exame: [**06/06/2016**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Traumatismo crânio encefálico leve. Ferida corto-contusa em pavilhão auricular direito. Fratura de 5º metacarpo direito. Fratura de clavícula direita. Vítima refere parestesia na hemiface direita, cefaleia, dor e diminuição de força na mão direita, dificuldade de movimentos do ombro direito. Refere ainda uso de antidepressivo e ansiolítico devido a quadro depressivo ocorrido após o acidente. Ao exame apresenta cicatriz em região auricular direita, deformidade no 5º quirodáctilo direito por consolidação viciosa de fratura do 5º metacarpo, diminuição da preensão palmar direita, bloqueio articular parcial do ombro direito com limitação dos movimentos de rotação e abdução do ombro.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

A vítima foi submetida a tratamento clínico de suporte e realização de exames complementares para o traumatismo crânio encefálico. Foi submetido a sutura de ferida em pavilhão auricular direito. Foi submetida a tratamento cirúrgico: osteossíntese de 5º metacarpo direito com fixação por fios de Kirschner, redução da fratura de clavícula direita e fixação por fios de Kirschner. A vítima não apresentou boa evolução clínica, com consolidação viciosa em ambas as fraturas e prejuízo da mobilidade das articulações envolvidas.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Ana Falcão
Dra. Ana Maria Barros Falcão
CRM: 25.095.8/PE-12
CRM: 8978/PE

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE