

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6591716

A/C: JOSE EDILBERTO DE MENEZES

Sinistro: 3150252824
Vitima: JOSE EDILBERTO DE MENEZES
Data Acidente: 27/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2015

Carta nº: 6722906

A/C: JOSE EDILBERTO DE MENEZES

Sinistro: 3150252824
Vítima: JOSE EDILBERTO DE MENEZES
Data Acidente: 27/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 EDILBERTO DE MENEZES

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000004875

Conta: 000001732-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 =

R\$ 5.062,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 5.062,50

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



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: 01/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDILBERTO DE MENEZES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04875

CONTA: 000000001732-0

Nr. da Autenticação 1166BD473613BDD9



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, JOSE EDILBERTO DE MENEZES
 PORTADOR(A) DO RG Nº 813.784 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 22/11/2011
 CPF 438890775-87 / (CNPJ) _____, PROFISSÃO MOTOTAXI
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE EDILBERTO DE MENEZES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR DEPÓSITOS EM QUALQUER CONTA BANCÁRIA EM NOMES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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 PREVIDENCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, para o titular e/ou beneficiário com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, para a qual não se propõe este pagamento, mesmo que 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) 4879 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1732-0

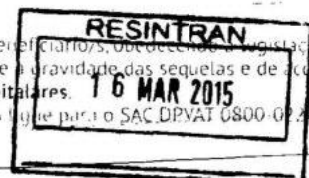
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INSCRIÇÕES DESTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E FIZO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

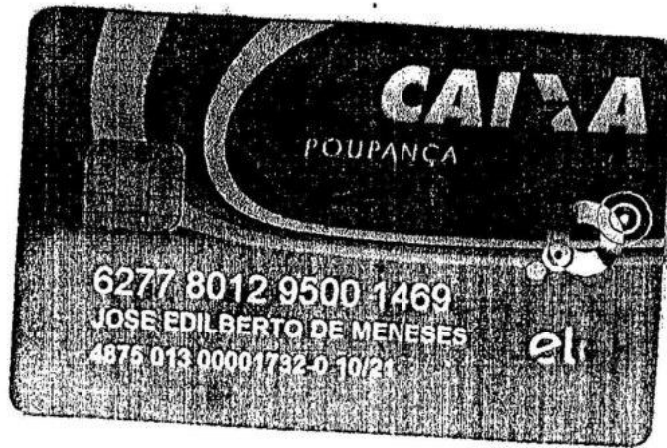
Jose Edilberto de Menezes de 04 de Março de 2012 Jose Edilberto de Menezes
 LOCAL DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a 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 indenização e pedido de regularização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-00.21.204.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSE EDILBERTO DE MENEZES, portador da carteira de identidade nº 813.784 e inscrito no CPF/MF sob o nº 438.890.775-87, residente e domiciliado na RUA COSMO VIEIRA nº 817, Cidade CAPELA, Estado SERGIPE, 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:

☒ (X) 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

☐ () 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.

Dedaro 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.

Jose Edilberto de Menezes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J. São. Chris. Dares. SE 04.03.2015

Local e data



RESINTRAN
16 MAR 2015

Atgħallura

DETRAN - SE Nº 011/70/2260/

VIA
CASA BENJAMIN HANCOCK EXERCICIO
6500 OCEANOGRAPHY DRIVE E-714

ROLE EFFECTS OF THE NEGES

此乃本行所製之藥，凡患此症者，服之立見奇效。此藥乃本行所製之藥，凡患此症者，服之立見奇效。此藥乃本行所製之藥，凡患此症者，服之立見奇效。

43119-7
DEL REI

5506088503207

AND ELECTRICALLY ALLOY GRADIENT

1980-1981

150/14700
FBI
DEPT OF JUSTICE

VEN: 10014 UNK A 5 kg. NEW YORK

一、在社会主义条件下，生产力的发展，生产关系的变革，上层建筑的改革，都要由人民群众来完成。因此，必须充分调动人民群众的积极性、主动性、创造性，使人民群众成为推动社会发展的主力军。

SECRET

DESERVAÇÕES[illegible]

SEM RESTRICTIONS/PA 11 ~~W/SEB~~ 100000

DAVID A. SE
22 NOV 72

● 2007年12月10日

0007

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE SUA TERRESTRE, QUANDO SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO-SEGUNDO D'PIAT

SE Nº 011743752207 BILHETE DE SEGURO DPVAT

WWW.DPVATSEGURDOPRANSITO.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

2014-10-20

RECEIVED 1950.7.5-87

60-972764 HUNDA WOLF BORN 1950

SECRET
REF ID: A66055

PRÊMIO TARIFÁRIO

129.05	117.25	142.27
--------	--------	--------

11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
www.seguradordalder.com.br

A black and white photograph of a Brazilian identification card (Carteira de Identidade). The card is framed by a thick black border. On the left side, vertical text reads: "ESTADO DO PARANÁ", "SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA", "CONCESSIONÁRIA GERAL DO PARANÁ", and "INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CARLOS MENEGES". In the center, there is a dark silhouette of a man's head and shoulders. Below this, the text "POLÍCIA RIBEIRO" is printed above a large, detailed fingerprint. On the right side, the name "Spence Williams de Menezes" is written in a large, cursive script. At the bottom right, there is a small, partially visible stamp that appears to say "CARTERA DE IDENTIDADE".

RESINTRAN
16 MAR 2015

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

INTERNAMENTO:

PS ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente sofreu acidente motociclístico sobressa moto/moto, sem perda de consciência, com fraturas expostas no pé esquerdo, em 1º 2º 3º 4º metacarpo esquerdo. Fraturas do 4º e 5º metacarpo esquerdos, deas do tendão extensor 2º metacarpo esquerdo. Realizado bloqueio cirúrgico ortopédico. Saíu de alta hospitalar com orientações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Bloqueio cirúrgico ortopédico dos fraturas.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias
Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Thiago F. Nascimento
Dr. Renato Teixeira
Dr. Paulo Sérgio O. Nunes

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (x) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 02 de Fevereiro de 2015

Dr. Rosemaria Amarante Bispo

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Rosemary Amarante Bispo
Clínica Médica



2

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

=====

X

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 97996
Numero do CNS.....: 126171697680002
Nome.....: JOSE EDILBERTO DE MENEZES
Documento.....: 813784 Tipo :
Data de Nascimento: 8/07/1966 Idade: 48 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JUAREZ ROCHA DE MENEZES
Nome da Mae.....: MARIA JULIETA DE MENEZES
Endereço.....: RUA COSMO VIEIRA 817
Bairro.....: CENTRO Cep.: 00000-000
Telefone.....: 79-96434801
Município.....: 2801306 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1030066
Clínica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0195
Data da Internacao: 27/07/2014
Hora da Internacao: 19:24
Medico Solicitante: 024.586.685-00 - THIAGO FERNANDO DA SILVA ALMEIDA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnóstico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador..: CASFONTES

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

not



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: José Clifauto de Menezes Leito: 97996
Origem: CURATIA N° do Registro: 97996
Idade: 48 Sexo: M Peso: Tel:

Diagnóstico:

Fratura de metacarpo do
pe. direito e metacarpo 2°

Data da Prescrição:

28.07.14

Tempo de internação:

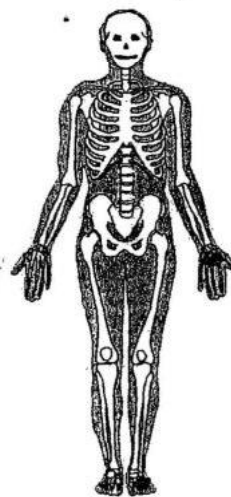
02 dias

Evolução de hoje:

sem sinais

Continuação Vide Verso

1- Dieta: <u>oral livre</u>	Horários
2- Acesso venoso hidrolisado	
3- <u>ROCTINE 1g EV de 12/12 hr</u>	<u>18-06</u>
4- <u>CHLORANNE 20mg</u>	<u>20</u>
5- Dipirona 2 ml - AD 18 ml SF EV de 6/6 horas SN :	<u>SOS</u>
6- Omeprazol 40 mg - 01 amp EV 01 vez ao dia	<u>06</u>
7- Cetoprofeno (Profenid) 100 mg - AD 100 ml SF de 12/12 horas, EV SN	<u>18-08</u>
8- Tramadol (Tramal) 100 mg-AD 100 ml SF de 8/8 horas EV se referir dor intensa	
9- Metoclopramida (Plasil) amp de 2 ml - AD 18 ml de SF EV de 6/6 horas SN	<u>SOS</u>
10- Insulina Regular (sub-cutânea): esquema conforme resultado da glicemia capilar (mg/dl) de 6 em 6 horas antes das refeições : 70 a 150 = zero UI, 151 a 200 = 2 UI, 201 a 250 = 4 UI, 251 a 300 = 6 UI, 301 a 350 = 8 UI, 351 a 400 = 10 UI. Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).	<u>24/06/12/18</u> <u>04</u> <u>05</u>
11- Captopril comp. 25 mg VO, se TA máxima > 160 e ou TA mínima > 100 mmHg	
12- .	
13- Fisioterapia: Motora () Respiratória ()	
14- Controle dos dados vitais	
15- Curativo diário das lesões	<u>2780</u>
16- Limpeza rigorosa das hastes do Fixador Externo	<u>23/07</u>
<u>19-07-14 - Alta hospitalar com curativos de plantão ambulatorial</u>	



Ventral



Dorsal

Obs : EV = Endovenosa, - AD = Adicionar, - SF = Sol. Fisiológica a 0,9%, - SN = Se necessário, TA = Tensão Arterial.

Checkagem de exames Guia de Transf. para 2º tempo cirúrgico

		Solicitação	Resultado	
Imagem de controle	Rx	<u>1/1</u>	<u>28.07.14</u>	☐
Laboratoriais	Pré-operatório	<u>1/1</u>	<u>1/1</u>	☐
Exames gráficos	ECG	<u>1/1</u>	<u>1/1</u>	☐
Guia de Transferência	Emitida	<u>1/1</u>	<u>1/1</u>	☐

Paulo Sérgio Nunes
Clínica Médica - CREMESP 1143
Lic. 2º em Publ. Políticas e Gestão em Saúde

Dr. Paulo Sérgio Nunes
CREMESP 1143

Horário	TA (mmHg)	Temp °C	Pulso	FC - Frequência Cardíaca	Glicemia

Soueto

Rx de ypi E um 2 yuicau

Rx de mao E um 2 D

Av. or to yu dia

Alto de cunhas geral

Dr. Katherine Caetano
Cirurgia Geral
CRM 4788



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1030066 DATA: 27/07/2014 HORA: 13:10 USUARIO: LBSANTOS
CNS: 126171697680002 SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSE EDILBERTO DE MENEZES
IDADE: 48 ANOS NASC: 08/07/1966
ENDERECO: RUA COSMO VIEIRA
COMPLEMENTO: BAIRO: CENTRO
MUNICIPIO: CAPELA UF: SE CEP: -
NOME PAI/MAE: JUAREZ ROCHA DE MENEZES /MARIA JULIETA DE MENEZES
RESPONSAVEL: SAMU TEL: 79-964348
PROCEDENCIA: SAMU - SOCORRIDO PELO SAMU
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DIGITADO
DOC 813784
SEXO: MASCULINO
NUMERO: 81

PA: [X] mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: *paciente com trauma de colisão no tórax* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

uso de cinto de segurança. Negro por do de consciência ou lesão
Negro das contusões no tórax e no abdômen

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *ABC P: 0 alterações*

E: Amputação distal de 3º PDE, hemorragia por 2º, 3º, 4º PDE
De uma lesão de mão e de um local

DIAGNOSTICO: *fratura exposta do 3º PDE com lesão de 2º, 3º, 4º PDE*PRESCRICAO *Medic 3º PDE* HORARIO DA MEDICACAO

① RL 1000 ml IV

② Insulina 400 mg IV

③ KCl 2g IV

④ SRT 5000 UI IM

RADIOLOGIA IMHEE
14:25Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
EVOLUÇÃO MÉDICA

5
Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente: JOSÉ EDUARDO DE MENEZES

Leito: _____

Nº Prontuário/FAE: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____

Data	Hora	Evolução
		270714
		Operado
		Furto 6 x 10 no 1º E
		Furto 1º/2: /3: /4: / PDE
		Furto 4: /5: M + E
		Lesão extensor 2: PDE
		Furto 10 x 10 no 1º E
		Lesão 10 x 10 no 1º E
		Dr. Thiago R. Nascimento Ortopedia e Traumatologia CRM 30210
		RESINTRAN 16 MAR 2015

7

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		  Fundação Hospital de São Paulo	
PACIENTE: José Edilberto de Menezes			REGISTRO:		
UNIDADE: C.C.		MÉDICO: _____		LEITO:	
CIRURGIA PROGRAMADA		CIRURGIA REALIZADA		DATA	
Tórax e membros de fraturas em pl. exp.		_____		27/07/14	
ANESTESIOLOGISTA		TÉCNICA ANESTÉSICA		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	
Marta F. Santiago		Régimen anestésico		_____	
CIRURGIÃO		AUXILIAR		ASA	
Tiago (Ortopedia)		_____		EFIE (A80)	
HORA DE INÍCIO	HORA DE TÉRMINO	ACESSO VENOSO	POSIÇÃO		
21:45		J180	D14		

								15		30		45		15		30		45		15		30		45	
AGENTES INALATORIOS	O ₂																								
	ECG	R _S	R _S	R _S	R _S	R _S	R _S																		
	Spo ₂	98	98	98	98	98	98																		
FLUIDOS	RI	1000ml																							
CEC OUTROS		(H) (3 HRS)																							
MONITORIZAÇÃO												CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA													
MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	☒		PVC																					
	PA INVASIVA			TEMPERATURA																					
	ELETROCARDIOGRAFIA	☒		DIURESE																					
	OXIMETRIA	☒		VENTILAÇÃO																					
	CAPNOGRAFIA			PAM																					
AGENTES ANESTÉSICOS												DOSE		ANTIBIOTICO PROFILAXIA											
Paciente negra com doenças crônicas, hipertensão, diabetes, cardiopulmonar, jejum > 8h. ACU e AD = Fisiológica.																NOME:									
Requis: Anticoagulante de dose 50%, Durex Medica, unio, Quimela 50, 1k3-1g, Feb 1+2, HPH.																1ª Dose as: horas									
Julho Ep → SLTA Monitorizar.																2ª Dose as: horas									
																3ª Dose as: horas									
																OBSERVAÇÕES									
																CAM 3400									
																ENCAMINHADO PARA () UTI (X) UNIDADE									

- ① Bupiv 0.5% Prescp 10mg.
- ② Morfin sp 80mg.
- ③ Bortip — 40mg
- ④ Nilperidol — 100/5, Aug.
- ⑤ Dexmetorone — 10mg.
- ⑥



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: JOSE EDILMARIO DE FENETES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fraturas expostas em PE (E)

CIRURGIA REALIZADA: fixação de PE (E) + tendão de

CIRURGIÃO: YHAGO NASCIMENTO

AUXILIARES:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

(X) CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Ponte em DDW de antebraço

2. Antebraço e mão fixa + curvatura

3. Desbridamento de tecido contaminado

4. Lavagem com SF

5. Oclusão do punho por 3 PNE

6. Redução da fratura 2: PNE + fixação com fios K de

1: / 2: / 3: / 4: / 5: PNE + 4: / 5: PNE

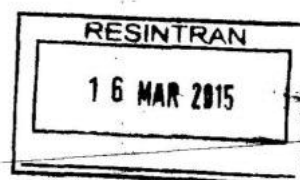
7. Identificação e sutura de tendão + curativo

DATA: 27/07/14



Dr. Thiago P. Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3702
Assinatura do Cirurgião

ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGAS ML 20, 05	UND	☒
ÁLCOOL 70%	ML	20	SONDA DE ALÍVIO Nº	UND	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	UND		SONDA NASOGÁSTRICA Nº	UND	
ATAD. CREPOM	UND	11	SONDA NELATON Nº	UND	
ATAD. GESSADA	UND		SONDA DE FOLLEY Nº	UND	
BARRA DE ERICK	UND		TRAQUEÓSTOMO Nº	UND	
BOLSA DE COLOSTOMIA	UND		TORNEIRINHA 3 VIAS	UND	
CAPA P/ MICROSCÓPIO	UND		TUBO ARAMADO Nº	UND	
CATETER FORGATY Nº	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	UND	
CATETER. DE OXIGENIO Nº	UND		FILTRO DE BARREIRA	UNID	
CERA P/ OSSO	UND		FIOS		
CIMENTO ORTOPÉDICO	UND		ACIFLEX Nº	UND	
CLOREXIDINA 4000000	ML	50	ALGODÃO C/AG Nº	UND	
COLETOR DE URINA	UND		ALGODÃO S/AG Nº	UND	
COMPRESSAS GR	UND	1	CAT GUT CROMADO S/AG Nº	UND	
COMPRESSAS PQ	UND		CAT GUT SIMPLES C/AG Nº	UND	
COTONETE	UND		CAT. GUT CROMADO C/AG Nº	UND	
DRENO DE KHER Nº	UND		CAT. GUT SIMPLES S/AG Nº	UND	
DRENO DE PENROSE Nº	UND		FITA CARDÍACA Nº	UND	
DRENO DE SUCÇÃO Nº	UND		MONONYLON Nº	UND	
DRENO DE TORAX Nº	UND		MONONYLON Nº 20/13-0	UND	
ELETRODOS	UND	8	PROLENE Nº	UND	
EQUIPO	UND		VICRYL Nº	UND	
EQUIPO DE SANGUE	UND				
ESCALPE Nº	UND		EQUIPAMENTOS	USO	
ESCOVA DESCART.	UND	111	BISTURI ELÉTRICO	USO	
ESPARADRAPO	CM	50	CAPINÓGRAFO	USO	
ESTENSOR	UND		CARRO DE ANESTESIA	USO	
ÉTER	ML		DESFIBILADOR	USO	
FORMOL 10%	ML		FURADEIRA	USO	OK
GASE ALGODOADA	UND		FOCO CIRÚRGICO	USO	OK
GASE SIMPLES	UND	☒	INTENSIFICADOR (X) RX (	USO	OK
GASE VASELINADA	UND		MONITOR CARDÍACO	USO	OK
GELCO Nº	UND		MICROSCÓPIO	USO	
GEOFOAN	UND		NEGATOSCÓPIO	USO	
INTRA-CATH Nº	UND		OXÍMETRO DE PULSO	USO	OK
LÂMINA DE BISTURI Nº 23	UND	1			
LATÉX	UND		GASOTERAPIA		
LUVAS ESTER Nº 7 7,5 8 8,5	UND	111	AR COMPRIMIDO	USO	
LUVAS PROCED	UND	X	NITROGÊNIO	USO	
MICROPORE	CM		OXIGÊNIO	USO	
PVPI DEGERMANTE	ML		PROTOXITO DE AZONIO	USO	
PVPI TÓPICO	ML		VÁCUO	USO	



RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS
CONSUMO DO HJAF/HUSE

PACIENTE: Jose Edilberto de Menezes RG 97996 DATA: 24/07/19

CIRURGIÃO: Dr. Thiago

CIRURGIA: TTO Cirurgico de Fratura exposta de Pe (E)

ANESTESIOLOGISTA: Dra. Maria Santiago ANESTESIA: Raque CIRCULANTE: Joselo

ANTAK	AMP	POMADA SULFA	TB	
ADRENALINA	AMP	POMADA COLAGENASE	TB	
ATROPINA	AMP	POMADA OFTÁLMICA	TB	
ÁGUA DESTILADA	AMP	PLASIL	AMP	
AMINOFILINA	AMP	REVIVAN	AMP	
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	ROCEFIM	FR	
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	SORO RINGER LACTATO	UND	☒ ☒
CLORETO DE SÓDIO	AMP	SORO FISIOLÓGICO	UND	
COLÍRIO	GTS	SORO GLICOFISIOLÓGICO	UND	
CEDILANIDE	AMP	SORO GLICOSADO	UND	
CLINDAMICINA	AMP	TRASAMIN	AMP	
CIPROFLOXACINO	UND	TRAMAL	AMP	
DECADRON	AMP	PROFENID	AMP	
DIPIRONA	AMP			
DIAZEPAN	AMP	<u>Ver ficha Antiespasmódica</u>		
DIMORF	AMP	ANESTESICOS		
DOLANTINA	AMP	ESMERON	FR	
DORMONID	AMP	ETOMIDATO	AMP	
EFORTIL	AMP	FENTANIL	FR	
EDRINA	AMP	ISOFLURANO	ML	
FERNEGAN	AMP	PROPOFOL	AMP	
FLAGYL	UND	PAVULON	AMP	
GARAMICINA	AMP	QUELICIN	FR	
GLICOSE	AMP	KETALAR	FR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP	TRACRIUM	AMP	
HEPARINA	UND	MARCAÍNA 0,5% C/V	FR	
HIDROCORTIZONA	FR	MARCAÍNA 0,5% S/V	FR	
HIPOGLÓS	TB	NEOCAÍNA PESADA	FR	
HISOCEL	UND	XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
KEFLIN	FR	XILOCAÍNA 1% C/V	FR	
LASIX	AMP	XILOCAÍNA 2% S/V	FR	
MANITOL 20%	UND	XILOCAÍNA 2% C/V	FR	
NARCAN	AMP	XILOCAÍNA GELÉIA	TB	
NILPERIDOL	AMP	XILOCAÍNA SPRAY	DOS	
ÁGUA OXIGENADA	ML	SERINGAS ML	UND	
AGULHA DE RAQUE Nº	UND	SERRA DE GIGLE	UND	
AGULHA DESCARTÁVEL Nº	UND	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	UND	



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mose Edilberto de Menezes
RG nº 213.784, data de expedição 22/11/2011, Órgão SSP/SE, portador
do CPF nº 438.890.775-83, com domicílio na cidade de Capela, no
Estado de Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua como Lúcio nº 817, complemento casa, declaro, sob as penas
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima Mose Edilberto de Menezes

Veículo: Moto
Ano: 2013
Modelo: Honda CG 150 FAN
Placa: DEL 881
Chassi: 9C2KC1680E K009055
Data do Acidente: 27-07-2014

Local e Data: J. Sra das Dores - SE 03-03-2015

Mose Edilberto de Menezes
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Reconheço a(s) Firma(s) Selo de
José Crisbaldo de Menezes

Dou fé em Test. [Assinatura] da Verdade,
Capela-SE, 03 de 03 de 2015

[Assinatura]
Iago Carvalho dos Santos
Escrivente





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MOSE EDILBERTO DE MENEZES,

RG nº 813.784, data de expedição 22/11/2011 Órgão SSP/SE,

CPF nº 438.890775.37, 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. COSMEVEIRA DE SOUZA</u>
Número	<u>817</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CAPELA-SE</u>
Estado	<u>SERGIPE</u>
CEP	<u>49.700.000</u>
Telefone de Contato	<u>79.9985.8036 - 79.9941-3661</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: f. São. dos Reis

Assinatura do Declarante: Mose Edilberto de Menezes



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CAPELA

Rua da Caixa d'água, 242 - Centro - Capela/SE

Cep: 49700-000 - CNPJ: 13.233.184/0001-81

Fone: (79) 3263-1241 - E-mail: saacap@infonet.com.br

INSCRIÇÃO / DEB. CONTA: 0005543.7 CLASSE: PAR R-1 TARIFA: 01 ECONOMIAS: 002052 HIDROMETRO: 01/2015

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ROSELI MARIA SANTOS DE MENESES
RUA COSME VIEIRA DE SOUZA 317, CENTRO
CAPELA-SE
CEP: 49.700-000

LOCALIZAÇÃO
00.00.05.0000001730

SERVIÇOS E TARIFAS

COD.	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
01	ÁGUA		22,30
16	MULTA POR ATRASO - 12/2014		0,49
17	ENCARGOS (12/2014) 2 DIAS		0,02

HIDROMETRIA

DATA INST.: 02/06/03
ANTERIOR.: 1385
DT ANTER.: 21/01/15
ATUAL.: 1400
DT ATUAL.: 19/02/15
CONSUMO.: 15
DIAS CON.: 29
OCOR.: 00

ÚLTIMOS CONSUMOS

MES	CONS	DIAS
07/14	14	28
08/14	15	33
09/14	13	29
10/14	15	30
11/14	12	27
12/14	16	34
01/15	15	29



MEDIA: 14 (M3)

Jul Ago Set Out Nov Dez Jan

PARAMETRO	FECHADO	TOTAL ANALISE	VALOR MEDIO
RESERVATORIO	Cor ate 15H	01	2,55
01- RIACHO LAGART.	pH 6 a 9	01	7,00
PERIODO DE ANALISE	Cloro ate 5 m	01	0,05
28/01/15 A 31/12/15	Turbidez ate 5UT	01	1,00
	C Total Ausente	01	100,00%

PARABENS! O SAAE AGRAECE SUA PONTUALIDADE

FATURA: 150018121 VENCIMENTO: 26/02/2015 VALOR R\$: 22,81

MENSAGENS:

QUE NOSSA SENHORA DA PURIFICACAO INTERCEDA COM SUAS BENCAOS
TODOS OS LARES CAPELENSES

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CAPELA
Rua da Caixa d'água, 242 - Centro - Capela/SE
Cep: 49700-000 - CNPJ: 13.233.184/0001-81
Fone: (79) 3263-1241 - E-mail: saacap@infonet.com.br

INSCRIÇÃO: 0005543.7 NOME: ROSELI MARIA SANTOS DE MENESES MES/FAT: 01/2015

FATURA: 150018121 VENCIMENTO: 26/02/2015 VALOR R\$: 22,81

SAAE

NÃO RASURE *

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

0005543.01.15.150018121
8268000000-0 22810188000-0 55430115150-8 01812100002-2



RESINTRAN

16 MAR 2015

RELATÓRIO 0501 / 2014 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1407270218/ SR – SAMU

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **09h29min** do dia **27 de Julho de 2014**, para atendimento a vítima identificada como **José Edilberto de Meneses**, com relato de **trauma no trânsito**, no município de Nossa Senhora das Dores.

A equipe da **Unidade de Suporte Avançado** do município de Capela, removeu a vítima para o **Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE**, onde deixou a vítima aos cuidados da equipe.

Aracaju, 04 de Setembro de 2014.



Saullo Otavio Cruz Sales

Coordenador Médico

SAMU 192 SERGIPE





"0001"



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

AV. MONSENHOR ERALDO BARBOSA, CENTRO FONE: (0) 3263-1242

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2014/06536.0-000373

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Endereço: AV. MONSENHOR ERALDO BARBOSA, CENTRO FONE: (0) 3263-1242

FATO

Data e Hora do Fato: 27/07/2014 - 09:00 até 27/07/2014 - 09:00

Endereço: POV. SAPÉ Número: Complemento: CEP: 49700-000

Bairro: POVOADO SAPÉ Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSÉ EDILBERTO DE MENESES

Nome do pai: JUAERZ ROCHA DE MENESES Nome da mãe: MARIA JULIETA DE MENESES

Pessoa: Física CPF/CGC: 438.890.775-87 RG: 8137846 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: CAPELA Data de nascimento: 08/07/1996 Sexo: Masculino Cor da cútis: Parda

Profissão: MOTOTÁXI Estado civil: Convivente Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA COSME VIEIRA Número: 817 Complemento:

CEP: 49.700-000 Bairro: CENTRO Cidade: CAPELA UF: SE

Proximidades: Telefone: 9838-1327

HISTÓRICO

AUZ O NOTICIANTE QUE NO DIA, LOCAL E HORA ACIMA CITADOS TRANSITAVA POV. SAPÉ/NOSSA SENHORA DAS DORES, CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA (HONDA/CG 150 FAN ESDI, ANO/MODELO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA OEL7881/SE, CHASSI 9C2KC1680ER009055, RENAVAM 603427766, REGISTRADA EM NOME DO NOTICIANTE); QUE SE DEPAROU COM OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA ULTRAPASSANDO EM SENTIDO CONTRÁRIO; QUE TENTOU EVITAR O CHOQUE MAS COMO A OUTRA MOTOCICLETA VINHA EM ALTA VELOCIDADE NÃO TEVE COMO DESVIAR E ACABOU SE CHOCANDO DE FRENTE; QUE SOFREU VARIAS LESÕES PELO CORPO, ENTRE ELAS 03 (TRÊS) DEDOS DA MÃO E PÉ ESQUERDO QUEBRADOS, 01 (UM) DEDO DO PÉ ESQUERDO AMPUTADO, ALÉM DE DIVERSAS OUTRAS ESCORIAÇÕES; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE NA CIDADE DE ARACAJU, ONDE PERMANECEU INTERNADO POR 03 (TRÊS) DIAS; QUE DEVIDO AO ACIDENTE O NOTICIANTE DEVERÁ SE AFASTAR DAS SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 (TRINTA) DIAS. DIANTE DOS FATOS SOLICITA DA AUTORIDADE COMPETENTE AS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER.

Data e hora da comunicação: 05/08/2014 às 11:49

Última Alteração: 05/08/2014 às 11:49.

José Edilberto de Menezes
JOSE EDILBERTO DE MENESES
Responsável pela comunicação

Janio de Andrade Silva
Responsável pelo preenchimento



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150252824 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDILBERTO DE MENEZES **Data do acidente:** 27/07/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEQÜELA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE E LIMITAÇÃO AVANÇADA DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PÉ ESQUERDO 75%

Documentos complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LUIZ CLAUDIO CORREA CANAAN

CRM do médico: 52.48068-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

