

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: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000090701-7

Nr. da Autenticação C1C878D58149CE3B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127263 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO- LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL(P.8)
LESÃO DO TENDÃO FLEXOR DO 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO DE COLLES- OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER- 1º DEDO (P.8,9,19)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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 DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127263

Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGOR FERREIRA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127263

Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR FERREIRA DA SILVA

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\$ 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

Recebedor: **IGOR FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000090701-7**

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 Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 7105620452 3 - CPF da vítima: 7105620452 4 - Nome completo da vítima: Igor Ferreira da Silva

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

5 - Nome completo: Igor Ferreira da Silva 6 - CPF: 7105620452
7 - Profissão: recusou-se a informar 8 - Endereço: Rua Nova Capangas 9 - Número: 07 10 - Complemento:
11 - Bairro: Capangas 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: PR 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 83 16 - Tel. (DDD): 992609528

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:
☒ RECURSO 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)
AGÊNCIA: 0392 CONTA: 00701
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 nascido (vai nascer)? ☐ 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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome CO.

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0181000008**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/01/2020** às **11:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2019** às **23:50**

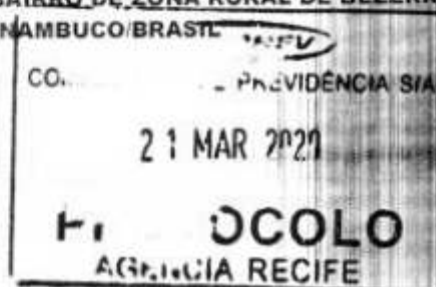
Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA NOVA, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoas envolvidas na ocorrência:

AUTOR (AGENTE)
IGOR FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **IGOR FERREIRA DA SILVA**



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

IGOR FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA HELENA DA SILVA** Pai: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/7/1998** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **101123612/SDS/PE (RG) 71056201452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **994303465**

Endereço: **SÍTIO LAGOA NOVA, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS**

(não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

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

MOTO CICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IGOR FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IGOR FERREIRA DA SILVA**

Detalhamento: **MOTOCICLETA HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Identificação: **PCX0084 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **108349031** Chassi: **9C2KC1670FR012817**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

MOTOCICLETA HONDA / CG 150 START

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA, QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA SUPRACITADA, PELO ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA, DEVIDO ESTÁ CHOVENDO E CAIU, SOFRENDO LACORAÇÕES E TRAUMAS, FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, INICIALMENTE PARA A UNIDADE LISTA LOCAL E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CARUARU-PE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, CONFORME LAUDO MÉDICO DAS UNIDADES HOSPITALARES RESPECTIVAS.

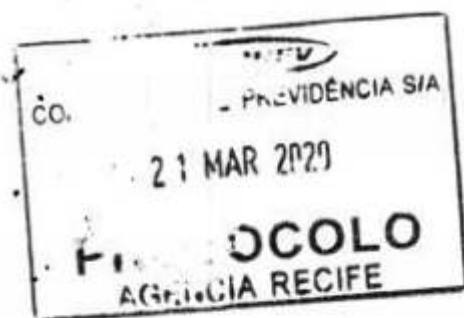
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Igor Ferreira da Silva

IGOR FERREIRA DA SILVA

(VÍTIMA)

Assinado por: JOSE MANOEL DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula: 221483-0



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: 7105620452 3 - CPF da vítima: 07 4 - Nome completo da vítima: Igor Ferreira da Silva

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

5 - Nome completo: Igor Ferreira da Silva 6 - CPF: 7105620452
7 - Profissão: recusou-se a informar 8 - Endereço: Rua Nova Capangas 9 - Número: 07 10 - Complemento:
11 - Bairro: Capangas 12 - Cidade: Suzano 13 - Estado: SP 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 932603528

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:
☒ RECURSO 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)
AGÊNCIA: 0392 CONTA: 00701
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 nascido (vai nascer)? ☐ 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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CO.

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Suzano - SP, 28.03.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU

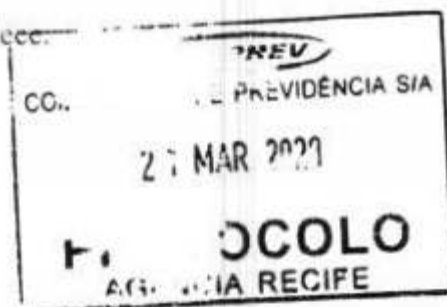


SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. IGOR FERREIRA DA SILVA, Identidade: 10.123.612 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, número da ocorrência -6092, no dia 16 de dezembro de 2019, às 00 h e 16 min., com queixa de queda de Moto, na Sítio lagoa, Município de Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradeço.



Bezerros, 03 de Janeiro de 2020.

Regina Moraes
Coord. de Ent. do Samu Bezerros
CORE - 2524

REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE

Igor Ferreira da Silva

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

[illegible]

CAIXA		
CONTA CAIXA		
NOME: <i>Lygia Ferreira</i>		
AGÊNCIA	OPERAÇÃO	CONTA
<i>2192</i>	<i>013</i>	<i>90701-7</i>
GRACRED		


 CONTA CAIXA PREVIDÊNCIA S/A
 21 MAR 2021
F. COLO
 AGÊNCIA RECIFE



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



SAM

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 9177 183
DATA: 12-12-19		HORA: 13:22		TELEFONE: 341430-3362
NOME: <i>Paula F. de S. Silva</i>		IDADE: 21 anos		
NOME DA MÃE: <i>Marlene H. de S. Silva</i>				
DATA DE NASCIMENTO: 10/11/1998		ACOMPANHANTE: <i>Mãe</i>		
END: <i>Av. ...</i>		BAIRRO: <i>... Rural</i>		N.º
CIDADE: <i>...</i>		SINAIS VITAIS		
PA: <i>130/80</i> mmHg	HGT: <i>98</i> mg/dL	T: <i>36.5</i> °C	PESO: <i>...</i> kg	Téc. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC <50 ou >140bpm ☐ FR <10 ou >32 lpm
- ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
- ☐ PAS <80 ou >200mmHg ☐ PAD <40 ou >130 mmHg ☐ HGT <40 ou >HI mg/dl ☐ Convulsão no momento
- ☐ Politraumatismo/Glasgow <12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
- ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

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

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

CLASSIFICAR COMO VERDE

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

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

CLASSIFICAR COMO AZUL

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

CLASSIFICAÇÃO

☐ Vermelho
☐ Amarelo

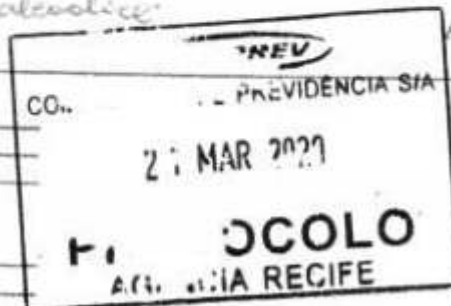
☒ Verde

☐ Azul

Paciente trazido pelo SAMU vítima de queda de moto com queixa de dor + febre. Exame no H. SE + exames de urina, referiu ingestão bebida alcoólica.

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES



Alergias: (x) NÃO () SIM, à

Paula F. de S. Silva
COREN 380.672/2019

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

DATA DE ATRIBUIÇÃO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Observações:

Paciente retorna de acidente de trânsito, Suco de um Pêlo de
com fratura exposta no M.E. Concomitante e fratura do
do 1º dedo do dedo / dedos / dedos / dedos.

Exame físico:

Bom estado geral e sinais vitais.

Exame:

Fratura - Fratura do pé

CONDUTA/REAVLIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO

1. SFB 97. 200ml, sorvido

2. Fraturas 100mg + SFB 97. 100mg, v.

CO. PREVIDÊNCIA SIA

21 MAR 2021

COLO

Atividade RECIFE

Tipo de Consulta	Motivo da Alta	Óbito	Atestado
Consulta simples	Melhora	Data: / /	SIM () NÃO () Dias:
Consulta c/ Observação	Suficiência	Hora: / /	
Indicação (Internamento)	Transferência		
	Indicação		
		Médico: GREMEPE (Carimbo)	

CO. HRA, SENS 5333673



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

HRA

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5338675

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: **IGOR PERREIRA DO SILVA** Idade: **21**

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Cervo de Passado () Motociclista ()
Aceleração: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel: Colisão: Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Sem Afogamento/Sumersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus-Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Teseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: **vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta,**
com fratura exposta no MSE. Sem TCE. Consciente e Orientado,
sem dor, náuseas, vômitos ou convulsões. ECG: IS.
Hipótese Diagnóstica: **FRATURA EXPOSTA**

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.O.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Disposição S () N () Tiragem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () S.A.N.: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de pele: S () N () Retração Xifoide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Criblofonéticas () PREVIDÊNCIA S/A
Pulso: Rímico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração de Pele: Normocrada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Intenç: S () N ()

FR: RN 36-60
< 1 ano 30-60
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Crianças 80-110
Adulto 60-100

PROCOLO
RECIFE

21 MAR 2021

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alena () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () (Inesponsável ())

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULARAbertura 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 Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Desorientação 3
Descoordenação 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE LeveSinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()**NATUREZA DA LESÃO**Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()**USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS**Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hábito Alcoolico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Jeu outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lópi () Maconha () Coca () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()**CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**Imobilização de Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Teto Gessada: S () N ()
Anticoagulação: S () N () Especificar: _____
Oxigenoterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade: _____
FIO2: _____Reanimação Cardiorpulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Conduas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA*Dor no abdômen.***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

UMSO, 16/12/19

Local e data

Médico Assessor

COMANDO DE PREVIDÊNCIA SIA

21 MAR 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE
RECEITUÁRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

EVOLUÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Lesão do plexo braquial esquerdo + fratura exposta do rádio distal esquerdo + lesão do tendão flexor do 1º quírodoáctilo esquerdo

PACIENTE APRESENTANDO-SE NO MOMENTO DO INTERNAMENTO SEM OUTRAS QUEIXAS

CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM SINAIS DE ACOMETIMENTO NEUROVASCULAR OU SINAIS DE TROMBOEMBOLISMO

CONDUTA: AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO

DATA ter, 17 de dezembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20817 // TEOT 14909

SOLICITO RADIOGRAFIAS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Lesão do plexo braquial esquerdo + fratura exposta do rádio distal esquerdo + lesão do tendão flexor do 1º quírodoáctilo esquerdo

☐ COLUNA CERVICAL AP/PERFIL	☐ CLAVÍCULA AP/ZANCA	☐ QUADRIL AP/LÖWENSTEIN
☐ COLUNA DORSAL AP/PERFIL	☐ OMBRO AP/AXILAR E P. ESCAP	☐ COXA AP/PERFIL
☐ COLUNA LOMBAR AP/PERFIL	☐ BRAÇO AP/PERFIL	☐ JOELHO AP/PERFIL/AXIAL PATELA
☐ BACIA AP/LÖWENSTEIN	☐ COTOVELO AP/PERFIL	☐ PERNÁ AP/PERFIL
☐ BACIA ALAR/OBTURATRIZ	☐ ANTEBRAÇO AP/PERFIL	☐ TORNOZELO AP/PERFIL/MORTISE
☐ TÓRAX AP/PERFIL	☒ PUNHO AP/PERFIL	☐ PÉ AP/OBLIQUO
☐ ARCOS COSTAIS AP/OBLIQUO	☒ MÃO AP/OBLIQUO	☐ CALCANHAR PERFIL

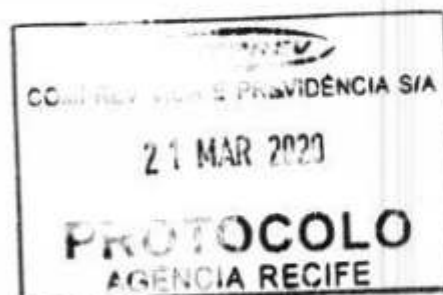
INCIDÊNCIAS ESPECIAIS:

DATA ter, 17 de dezembro de 2019 ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20817 // TEOT 14909

☐ TALA CRUROPÓDICA	☐ TALA ANTEBRAQUIOMANUAL	☐ IMOBILIZAÇÃO CLAVÍCULA (OITO)
☐ TALA SUROPÓDICA	☐ TALA BRAQUIOPALMAR	☐ TIPOIA
OUTRA IMOBILIZAÇÃO:		

DATA ter, 17 de dezembro de 2019 ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RÊGO FILHO CRM-PE 20817 // TEOT 14909

SE NECESSÁRIO DESTACAR AQUI





SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 43755

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <u>Ignor Jansen</u>		PRONTUÁRIO: <u>31008</u>
DATA: <u>16.12.2019</u>	SEXO: ☒ M ☐ F	IDADE: <u>1</u>
NASCIMENTO: <u>1</u>		CONVENIO: <u>1</u>
PROCEDIMENTO REALIZADO:		

Índice Aldrete Kroulick	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
9	2	2	2	1	2	S.O.							
						15 min.							
						30 min.							
9	2	2	2	4	2	60 min.							
						2h							
						3h							

RESPIRAÇÃO

2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA
0 CIANÓTICO

CIRCULAÇÃO

2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO
0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO
0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO

SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO

0 SpO₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O₂
1 PRECISA RECEBER O₂ PARA SpO₂ > 90%
2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE

ATIVIDADE MUSCULAR

2 APTO MOVER 4 EXT
1 APTO MOVER 2 EXT
0 APTO MOVER 1 EXT

CONSCIÊNCIA

2 DESPERTO TOTALMENTE
1 DESPERTO AO CHAMAR
0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

Retirado
cd. ult. SRPA

Dr. Sebastião Tarciso
Anestesiologista
CRM-PE 18.718 / RQE: 3822

COOPAGRESTE - PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Carimbo e assinatura:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Teófilo Fagundes de Almeida Nº do Registro:

Clínica: Ortopedia Nº do Leito:

Operador: Dr. Cleiton

1º Assistente:

Instrumentador: Ronaldo Anestesiologista:

Anestesia: Músculo Duração:

Data da Operação: 16/12/19 Início: Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Lesão flexão braquial E +
Fratura Externa do úmero E + Luxo.

Diagnóstico Pós-Operatório: em x-ports e laço de tendão flexor E QDIE

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Primeira do I-QDIE F. Exatela
Atorno Colom

CC

EVIDENCIA SIA

2 MAR 2020

F. COLO

IA RECIFE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Refo am DDH, sob relaxação do músculo braquial flexor E

Articulação + A. braquial + A. pericárdica com

no círculo de A. braquial

A. braquial com A. braquial + A. braquial

com A. braquial

Exatela externa colom no punho

de A. braquial

Pick 15 no I-QDIE sob fluoroscopia

Autóclava, curativo

A. braquial

Dr. Cleiton Anestesiologista

16 DEZ. 2019

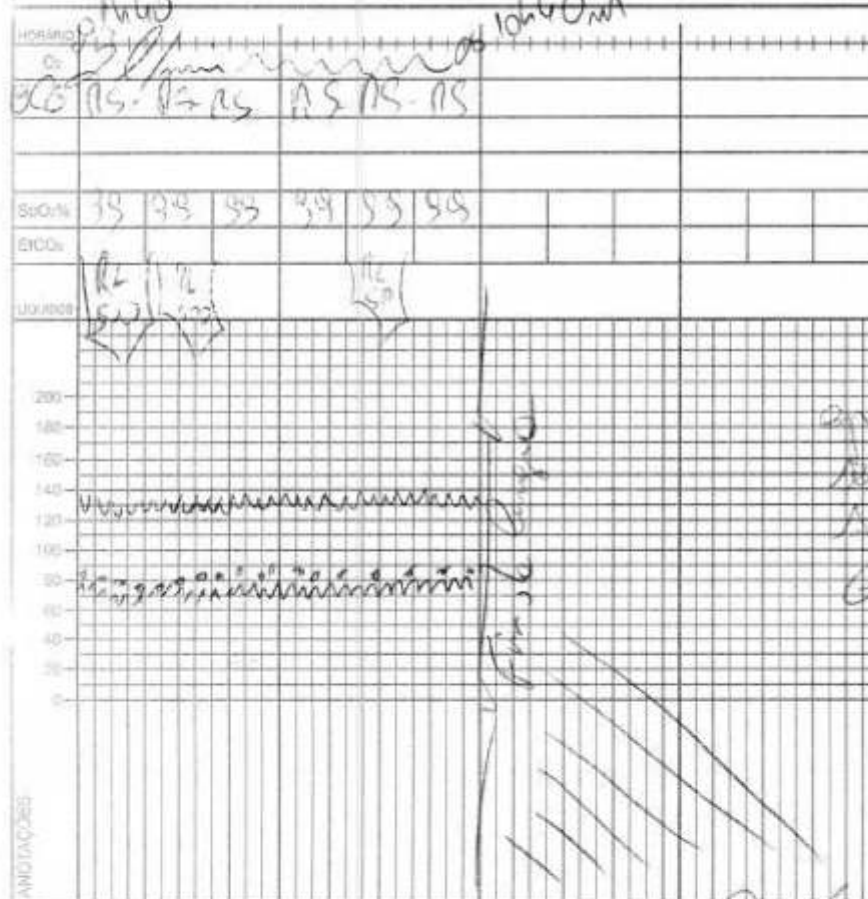


Nº 10340

FICHA DE ANESTESIA

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

NOME: <i>João Carlos de S. Silva</i>		REGISTRO: <i>355003</i>	CATEGORIA: <i>SUS</i>
HISTÓRICO: <i>João Carlos de S. Silva</i>		SEXO: ☒ M ☐ F	COR: ☒ B ☐ P ☐ N
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Tratamento de 1.º SG - Fita apêndice com de</i>		IDADE: <i>012 08h40m</i>	HORÁRIO: <i>16/02/2019</i>
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <i>Quase</i>		PESO: <i>30</i> Kg	PA: <i>140x80</i>
		FC: <i>30</i> BPM	RESERVAÇÃO: <i>17</i> IRPM
		CÓDIGO CIRURGIA:	PORTE: %
OPERAÇÃO PROPOSTA: <i>Tratamento de fístula apêndice de intestino ©;</i>			
OPERAÇÃO REALIZADA: <i>Apêndice</i>			



CO. *COLO*
2. MAR 2019
IA REGIFE

+ Fístula apêndice com de
apêndice de fístula e
fístula no tubo apêndice
superior. Apêndice com
de fístula em ambos ©.
HD. Fístula de fístula apêndice?
Apêndice apêndice apêndice.

AGENTES: <i>João Carlos de S. Silva</i>	CONC: <i>100%</i>	QUANTIDADE: <i>100%</i>	TÉCNICA ANESTÉSICA: <i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>
<i>João Carlos de S. Silva</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>
<i>João Carlos de S. Silva</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>
<i>João Carlos de S. Silva</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>
<i>João Carlos de S. Silva</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>
<i>João Carlos de S. Silva</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>
<i>João Carlos de S. Silva</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>
<i>João Carlos de S. Silva</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>
<i>João Carlos de S. Silva</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>
<i>João Carlos de S. Silva</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Apêndice de fístula apêndice, fístula de fístula e fístula de fístula</i>

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO A.J. 54239							
PACIENTE: <u>Igor Ferreira da Silva</u>				REGISTRO Nº <u>351008</u>			
SALA CIRÚRGICA Nº <u>07</u>				DATA <u>16/12/19</u>			
CIRURGIA: <u>Int. Exp. Pênis</u>				CIRURGIÃO: <u>Dr. Maurício</u>			
ANESTESIA: <u>Sedação</u>				ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Jefferson</u>			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
5	Oxigênio			17	Agulha Descartável		
04	Água Destilada				Agulha para Pendura		
03	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
an	Cefazolina 1g <u>Rocex</u>				Atadura Crepom		
	Clonidina			1	Cateter para Oxigênio		
1	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
1	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			5	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
1	Metoclopramida			1	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
1	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
17	Soro Fisiológico			17	Fio de Nylon 30	1	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			08	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			1	Lâmina de Bisturi 11		
1	<u>fen tomit</u>			1	Luvas Estéreis 7.5		
1	<u>midazolam</u>			17	Luvas Estéreis 8.5		
					Seringa 5ml		
				17	Seringa 10ml		
				1	Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				1	Tubo para Aspiração		
				1	<u>pac. comp. EST. e 15</u>		
					<u>und. co.</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			


 COM. REV. E PREVIDÊNCIA SIA
 21 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

RG-351008

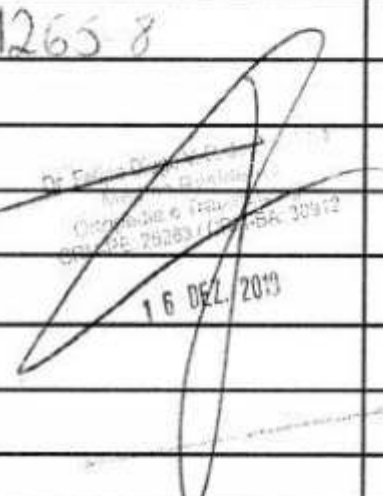
**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 061960

2º Via Cliente

Hospital: HRA Convênio: TAC Cidade: CARUARU
Nome do Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA Data da Cirurgia: 16 e 17 19
Médico: Dr. Mauricio Pires Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
FIXADOR EXTERNO TIPO COLLES		01	
010203091-4 EF 1912658			
			
			DÉCIMA S/A
			MAR 2020
			COLO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	Lote: 026155 Código: AF35 3 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 X T	Lote: 029035 Código: F02 1 363 SISTEMA DE FIXACAO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL
	QUANT.	Feb.:14/09/2019 Val.:08/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138	Feb.:23/09/2019 Val.:09/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
	QUANT.		
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	Lote: 029685 Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 X T	
	QUANT.	Feb.:23/09/2019 Val.:09/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138	
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br	
	QUANT.		
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº		
	QUANT.		
	LOTE		

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: M. IGOR



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 REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leon Corrêa de Melo

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

292004193544119160797

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

351008

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Helena da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Lagoa Nova

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bezerros

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doriformidade no punho e polegar

0408020407

29
5525

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadrilg. Simpliciter

PREV
CO. REVENHA E PREVIDÊNCIA SIA
21 MAR 2020
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

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

Rx + Arrombado + ER

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Exatidão Exports Radiol. virt. K

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cirúrgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

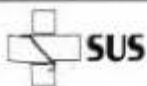
() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

261910414629-6



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 REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Igor Ferreira do Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

992004193544119160112

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

351010806

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Helena da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura exposta de osso de antebraço e
luxação de FQ de 1º C.D.C.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fr. exposta de osso de antebraço e
luxação de FQ de 1º C.D.C.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

02308757309

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/12/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA

Data Nasc.: 16/07/1998

Idade: 21

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898004193544119

Endereço: SÍTIO LAGOA NOVA

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BEZERROS

Estado: PE

CEP: 55660000

Fone: 994303465

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA HELENA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 571385

Prontuário: 351008

2 - ATENDIMENTO

Data: 16/12/2019 02:27

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

VÍTIMA DO ACIDENTE DO MOTO QUILÔMETRO
15 DO KM DO BR 108 OFC.

Exame Físico:

trauma em M.E.

PA:

FC:

FR:

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2020

Diag. Provisório:

CONDICIONAMENTO M.E.

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

NE TÓRAX AP, CERVICAL, PÊNIS, BACA AP
NE BR 108 OFC AP/PÊNIS, ANTEBRAZOS OFC AP/PÊNIS
NE MÃO OFC AP/OBSTRUÇÃO.

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

H Ortopedia 03:21

Paciente vítima de acidente de moto
com trauma em M.E.
Queixa de dor Torácica.

Rx: fratura exposta de osso de
antebraço esquerdo + luxação de FD de 1º COC

CD: 1) Substituição Avaliação do cir. Geral por
Trauma Torácica

2) Após Avaliação do cirurgião Geral,
Ao bloco cirúrgico.

3) SAT5000 W.I.M

4) uplasto 2g + ADP



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

03:42h C. Geral - História de acidente motociclístico.
Verbalizando. M.F. Bilateral. Estável.
Abdomen indolor a palpação, pelve estável.
Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotoneúrgicas.
Radiografias de tórax e pelve sem fraturas, sem hemo/
pneumotórax. CD. Alta da C. Geral.

Dr. R. R. Pinheiro
CRM-PE: 28014

Dr. R. R. Pinheiro
CRM-PE: 28014

Dr. R. R. Pinheiro
CRM-PE: 28014

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ CC: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

☒ Paciente ☐ Familiar

RG: _____
CC: _____
Tel.: _____
21 MAR 2020
PROTOCOLO
ASSINATURA RECIFE

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

Data e hora retirada: 16/12/2019 02:15

Nº do Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA
Du. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0004
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/12/2019 02:17 - 16/12/2019 02:19

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ALCOOLIZADO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO
DOR + LIMITAÇÃO EM MSE
HD: FRATURA EXPOSTA MSE

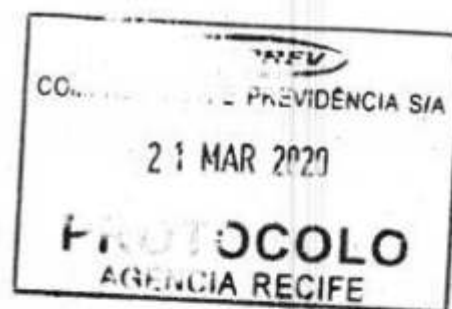
Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5838675

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?
- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/12/2019 02:19

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Fernando da Silva

Prontuário: 351258

Data: 16 / 12 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Lesões em ASIS

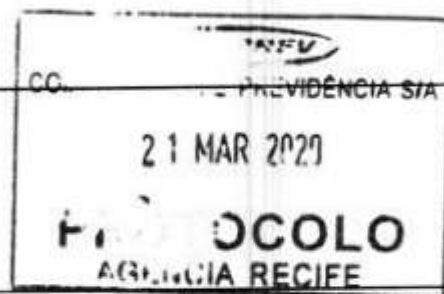
AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retirada de ASIS de Anterior. Anterior e de

em 70 de

TRATAMENTO REALIZADO:

Ampliação de



Alta Hospitalar: Data: 14 / 12 / 19

Hora: _____

Dr. Marcos Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.760

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Igor Ferreira da Silva*

*Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 16/12/2019 a
19/12/2019*

Registro: 351008

Diagnostico: Lesão em MSE.

Tratamento: Conservador + Acompanhamento Ambulatorial.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S62 CID: M66.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 02 de Janeiro de 2020

F09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
Km 23 - Km 130
Indianópolis - Caruaru - PE
setor de arquivo (SAME)

CO.	PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR 2020	
F. COLO	
AGÊNCIA RECIFE	

IGOR FERREIRA DA SILVA
ID: 351008
Male
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Punto - 2 vistas
Ac. Nb:
Acq.: 16/12/2019
Acq.: 17:11:50



10 cm

ESQ

PERFIL

P

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 13.87%

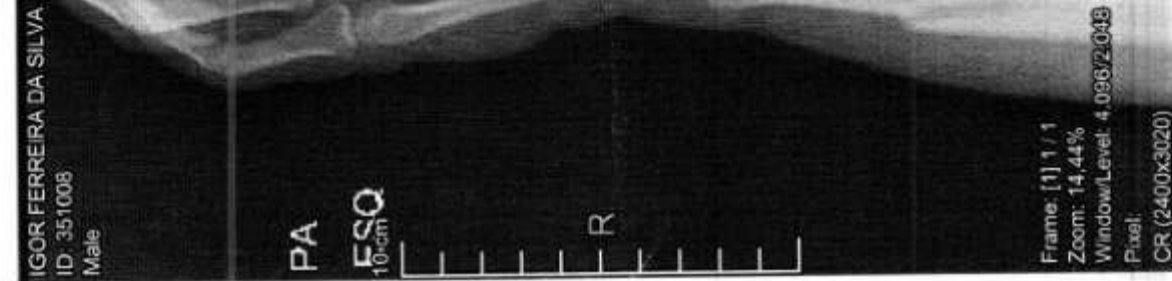
Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR: (1792;2392)

Series Nb: 1
Lateral

IGOR FERREIRA DA SILVA
ID: 351008
Male
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Punto - 2 vistas
Ac. Nb:
Acq.: 16/12/2019
Acq.: 17:17:51



PA

ESQ
10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 14.44%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR: (2400x3020)

Series Nb: 2
PA

21 MAR 2020

FILIPPO COLO
AGENCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09R17

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIHL



POLEGAR DIREITO



Igor Ferreira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

10.123.612

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/07/2016

NOME

<< IGOR FERREIRA DA SILVA >>

FILIAÇÃO

<< SEVERINO FERREIRA DA SILVA >>

<< MARIA HELENA DA SILVA >>

NATURALIDADE

BEZERROS - PE

DATA DE NASCIMENTO

16/07/1998

DOC ORIGEM

<< 075655 01 55 1998 1 00004 060

0003920 35 BEZERROS

CPF

710.562.014-62

Assinatura do Diretor
Escola de Ensino Fundamental II B

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CO.

PREV

PROVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2023

COLO

AG. IA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014959637290
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COT. RESERVA 1083490319 RENTR 0000000000 EXERCÍCIO 2019

IGOR FERREIRA DA SILVA

BEZERROS-PE

710.562.014-52

PLACA PCX0084

PLACANTUE 9C2KC1670FR012817

PAS-MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 3TART

ANO FAB 2016 ANO MOD 2015

CAP/POT/CIL 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO 1ª *****

TAXA IPVA 1 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 60.11 COTA ÚNICA 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 60.43 DATA DE PAGAMENTO 27/02/19

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLES

BEZERROS-PE

DATA 21/11/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014959637290 BILHETE DE SEGURO DPVAT
IGOR FERREIRA DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1254

BEZERROS-PE

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 21/11/19

VIA 1 OFF / CNPJ 710.562.014-52

PLACA PCX0084

RENDA 1062490319

MARCA / MODELO HONDA / CG150 3TART

ANO FAB 2016

PLACANTUE 9C2KC1670FR012817

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRG (R\$) 26.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 TOP (R\$) 0.32 COTA ÚNICA 0.32

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA REQUITACAO 27/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.245.800/0001-02

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

CO.

PROVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2020

F. COLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127263 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO- LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL(P.8)
LESÃO DO TENDÃO FLEXOR DO 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO DE COLLES- OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER- 1º DEDO (P.8,9,19)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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 DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100461/20

Vítima: IGOR FERREIRA DA SILVA

CPF: 710.562.014-52

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IGOR FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IGOR FERREIRA DA SILVA : 710.562.014-52

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: 21/03/2020
Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA
CPF: 710.562.014-52

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

IGOR FERREIRA DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA