Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/06/2020

Número: **0017950-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **02/04/2020**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IGOR FERREIRA DA SILVA (AUTOR)	**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)** **CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63941919	29/06/2020 11:03	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Seguradora LÍDER

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**

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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01839/01840 - carta_01 - INVALIDEZ

00010920

Carta nº 15646582

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

Rio de Janeiro, 05 de 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

Pag. 00603/00604 - carta_15R - INVALIDEZ

00020302

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LÍDER

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

1 - Nº do sinistro ou AS | 3 - CPF da vítima | 4 - Nome completo da vítima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo | 6 - CPF

7 - Endereço | 8 - Endereço | 9 - Número | 10 - Complemento

11 - Bairro | 12 - Cidade | 13 - Estado

14 - CEP | 15 - DDD

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

17 - Nome do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal | 19 - Data de Nascimento do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, [illegible] **(ANEXAR CÓPIA)**

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☐ [illegible] | ☐ R$ [illegible] A R$ [illegible] | ☐ R$ [illegible] A R$ [illegible]
☐ SEM RENDA | ☐ R$ [illegible] ATÉ R$ [illegible] | ☐ ACIMA DE R$ [illegible]

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA [illegible] ☐ CONTA CORRENTE [illegible]

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (informar dígito se existir) CONTA: ☐ (número e dígito verificador) AGÊNCIA: ☐ (informar dígito se existir) CONTA: ☐ (informar dígito se existir)

Autorizo [illegible]

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

INVALIDEZ PERMANENTE

☒ **Declaro**: [illegible]

- Na falta do IML que atende a região do acidente ou da minha residência [illegible]
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT [illegible]
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido

[illegible]

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 - A vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27 - A vítima deixou companheiro(a) [illegible]

28 - A vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tiver informar: Vivos / Falecidos | 30 - A vítima deixou [illegible]? ☐ Sim ☐ Não | 31 - A vítima teve [illegible]? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tiver informar: Vivos / Falecidos | 33 - A vítima deixou [illegible]? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34 [illegible]

35 - Nome legível de quem assinou a pedido da [illegible]

36 - CPF legível de quem assinou a pedido da [illegible]

37 - Assinatura de quem assinou a pedido da [illegible]

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome [illegible] CPF [illegible]

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome [illegible] CPF [illegible]

Assinatura da testemunha

CO. PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR 2022
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Local e Data: [illegible]

40 - Assinatura do vítima/beneficiário declarante

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

[illegible] VER 2/2019

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

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. **20E0181000008**

[illegible] nesta unidade policial no dia **02/01/2020** às **11:46**

[illegible] TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia [illegible] 23:50

[illegible] **SITIO LAGOA NOVA, PROXIMO A CAJAZEIRAS** - [illegible] PERNAMBUCO BRASIL [illegible] **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1** [illegible] DE BEZERROS **BEZERROS PERNAMBUCO BRASIL** [illegible]
VIA PUBLICA

CC. [illegible] PREVIDÊNCIA SOCIAL
21 MAR 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

[illegible] IGOR FERREIRA DA [illegible]

[illegible] da [illegible] pessoa(s) envolvida(s)

[illegible] FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - [illegible] **Masculino** [illegible] MARIA HELENA DA SILVA Pai [illegible] FERREIRA DA SILVA [illegible] **16/7/1998** [illegible] **BEZERROS PERNAMBUCO** [illegible]
101123612 SDS PE (RG) 71056201452 (CPF) [illegible] **SOLTEIRO(A)** Escolaridade **1º. GRAU** [illegible] **OUTRAS PROFISSOES** [illegible]
[illegible] 65

[illegible] **LAGOA NOVA, PROXIMO A CAJAZEIRAS - BEZERROS PERNAMBUCO BRASIL** Proximo a [illegible] **RURAL DE BEZERROS, 1** - CEP: 0 - Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS** [illegible] **PERNAMBUCO BRASIL, PROXIMO A CAJAZEIRAS**

[illegible] plantao) [illegible] **Desconhecido** [illegible] **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO BRASIL**

[illegible] envolvido(s)

VEICULO: [illegible] **IGOR FERREIRA DA SILVA** que estava em posse do(a) [illegible] **FERREIRA DA SILVA**
MOTOCICLETA HONDA CG 150 [illegible] **Nao**
[illegible] **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

[illegible] **108349031** [illegible] **9C2KC1670FR012817**
[illegible] **2013 2015** [illegible] **ALCO GASOL**

...ICLETA HONDA CG 150 START

...o Observacao

...QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA SUPRACITADA, PELO ENDEREÇO ACIMA ...NDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA, DEVIDO ESTA CHOVENDO E CAIU, SOFRENDO ... TRAUMAS. FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU INICIALMENTE PARA A UNIDADE ...M SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CARUARU ...AVIDADE DAS LESOES, CONFORME LAUDO MEDICO DAS UNIDADES HOSPITALARES

...presente nesta um caso policial

...DA SILVA

...OSE MANOEL DOS SANTOS JUNIOR ... 221483-0

...PREVIDÊNCIA SIA
21 MAR 2029
...OCOLO
...IA RECIFE

02.01.2020 12:04

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LÍDER

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

1 - Nº do sinistro ou AS | 3 - CPF da vítima | 4 - Nome completo da vítima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo | 6 - CPF

7 - Endereço | 8 - Endereço | 9 - Número | 10 - Complemento

11 - Bairro | 12 - Cidade | 13 - Estado

14 - CEP | 15 - DDD

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

17 - Nome do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal | 19 - Data de Nascimento do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, [illegible] **(ANEXAR CÓPIA)**

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☐ [illegible] | ☐ R$ [illegible] A R$ [illegible] | ☐ R$ [illegible] A R$ [illegible]
☐ SEM RENDA | ☐ R$ [illegible] ATÉ R$ [illegible] | ☐ ACIMA DE R$ [illegible]

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA [illegible] ☐ CONTA CORRENTE [illegible]

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (informar dígito se existir) CONTA: ☐ (informar dígito se existir) AGÊNCIA: ☐ (informar dígito se existir) CONTA: ☐ (informar dígito se existir)

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ **Declaro**: [illegible]

- Na cidade [illegible] não existe IML que atende a região do acidente ou da minha residência [illegible]
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT [illegible]
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido

[illegible]

MORTE

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 - A vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27 - A vítima deixou companheiro(a) [illegible]

28 - A vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tiver informar: Vivos / Falecidos | 30 - A vítima deixou [illegible]? ☐ Sim ☐ Não | 31 - A vítima teve [illegible]? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tiver informar: Vivos / Falecidos | 33 - A vítima deixou [illegible]? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assinou a pedido da vítima

35 - CPF legível de quem assinou a pedido da vítima

36 - Assinatura de quem assinou a pedido da vítima

TESTEMUNHAS

37 - Nome | CPF

Assinatura da testemunha

38 - Nome | CPF

Assinatura da testemunha

CO. PREVIDÊNCIA SA
21 MAR 2022
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Local e Data: _____

39 - Assinatura do(a) vítima/beneficiário(a) declarante

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

APS (BC) VER 2/2019

DECLARAÇÃO

Acrescentamos para os devidos fins, em atenção ao pedido [illegible] Ficha de Atendimento [illegible] 125.612 SDS-PE, que constam dos registros [illegible] atendido por este serviço ao mesmo número da [illegible] com queixa de queda de Moto, na [illegible] UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO [illegible] encaminhada para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, de de [illegible] agradece.

PREFEITURA
CONTROLADORIA GERAL E PREVIDÊNCIA S/A
27 MAR 2020
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

Bezerros, 03 de Janeiro de 2020

REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE

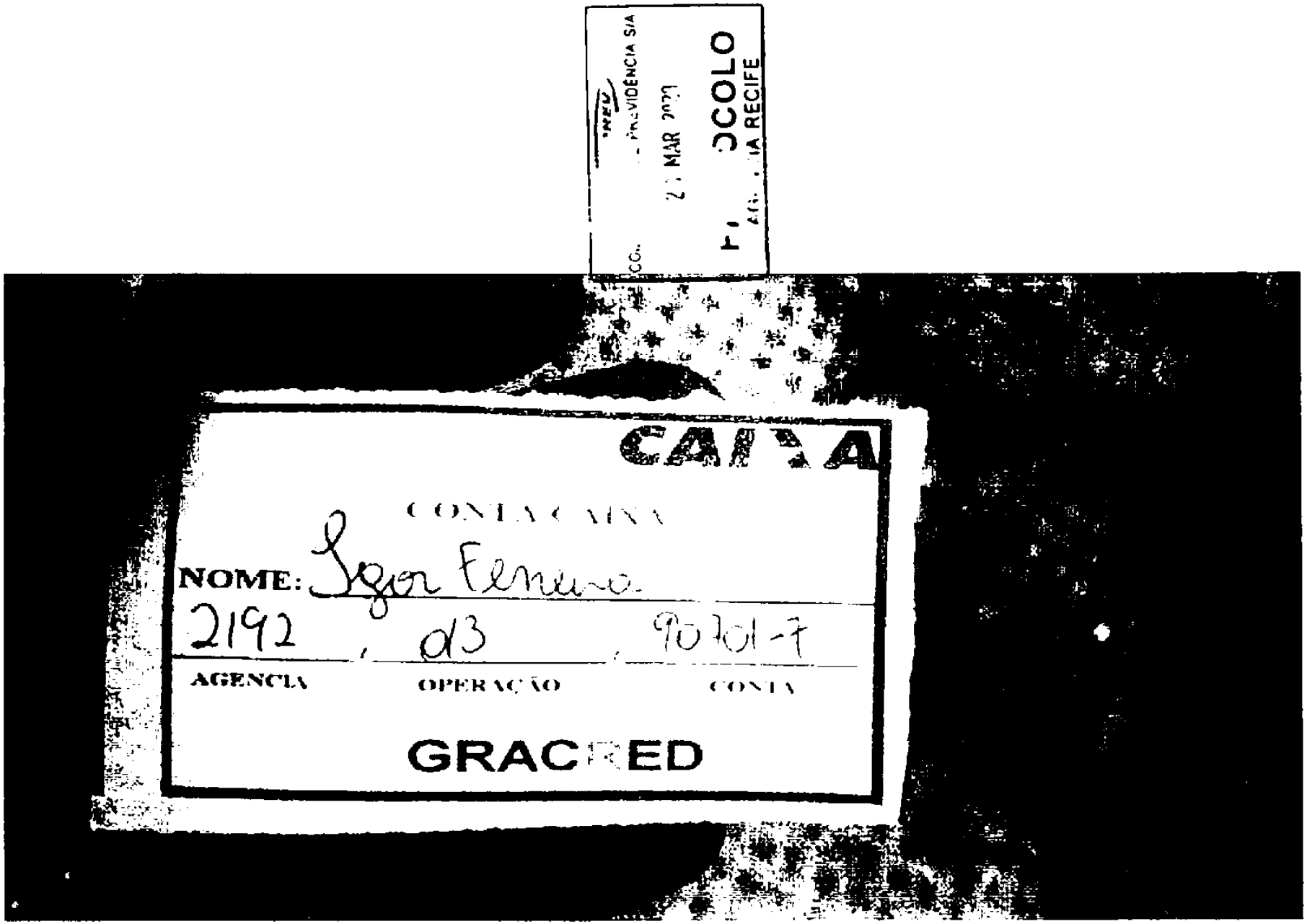
CELPE

PREVIDÊNCIA S/A

MAR 2000

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



CC... PREVIDENCIA SIA

2 MAR 2019

PROTOCOLO

... RECIFE

HRA

5338675

IGOR FERREIRA DA SILVA 21

Vítima de acidente de trânsito. Guiador de motocicleta com fratura exposta no MSE. Sem TCE. Consciente e orientado. Nega alergia, náusea, vômitos ou comorbidades. ECG: 15.

FRATURA EXPOSTA?

Documento Quarto

R 20

UNSJ, 16/12/19

...NDÊNCIA SIA

2 . MAR 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Unidade de saúde: [illegible]

Paciente: [illegible]

[illegible]

PRESSÃO ARTERIAL [illegible]

Unidade desejada

[illegible]

INICIAMENTE ESTABELECIDA [illegible]

CONSULTA ESPECIALIZADA [illegible]

Aracaju, 17 de dezembro de 2019

[illegible]

PRESSÃO ARTERIAL [illegible]

Unidade desejada

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

NEFROLOGIA ESPECIAL

Aracaju, 17 de dezembro de [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Aracaju, 17 de dezembro de [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] DÊNCIA S/A

2 MAR 2020

[illegible] OCOLO

[illegible] A RECIFE

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 43755

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME				PRONTUÁRIO
IDADE	SEXO M ☐ F ☐	PESO		CONVÊNIO
PROCEDIMENTO REALIZADO				

Hora	Respiração	Circulação	SpO2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Diurese	Retorno

RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO
PARTICIPA RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR OBSERVA DIFICULDADE RESPIRAÇÃO LIMITADA [illegible]	[illegible]

SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO	ATIVIDADE MUSCULAR	CONSCIÊNCIA
[illegible] PRECISA RECEBER [illegible] PARA SEGURANÇA SATISFAÇÃO [illegible] RECEBENDO AR AMBIENTE	[illegible] [illegible] [illegible]	[illegible] [illegible] [illegible]

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

[illegible]

[illegible] DE 2022

[illegible]IDÊNCIA SIA

[illegible] 2022

[illegible]OCOLO

[illegible]A RECIFE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: [illegible] Registro:

Clínica: [illegible] Nº do Leito:

Operação: [illegible]

1º Auxiliar: 2º Assistente:

Instrumentador: [illegible] Anestesista:

Anestesia: [illegible] Duração:

Data da Operação: [illegible] Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: [illegible]

Diagnóstico Pós-Operatório: [illegible]

Operação Proposta: [illegible]

Operação Realizada: [illegible]

CC — EMERGÊNCIA STA
7 MAR 2019
PROTOCOLO
[illegible] A RECIFE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

[illegible]

[illegible] 2019

FICHA DE ANESTESIA

Nº 10340

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO AIH 54239

PACIENTE: Maria Teresa da Silva REGISTRO N 350008

SALA CIRURGICA Nº 07 DATA 16/7/19

CIRURGIA: Mast. Cat. Fem. Esq. CIRURGIÃO: Dr. Marcelo

ANESTESIA: Sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Jefferson

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
1	Oxigênio			1	Agulha descartável		
04	Água Destilada				Agulha para Peridural		
03	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Máscara de oxigênio		
04	Tolazolina 1g Pulvo				Máscara Ortopédica		
	Cloropidina			1	Cateter para Oxigênio		
1	Dexametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
1	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Efedrina				Sondas		
	Glicose 50%			5	Eletrodo de Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Soro		
1	Metoclopramida			1	Equipo para Bomba		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
1	Ringer c/ Lactato				Fio de Algodão		
1	Soro Fisiológico			1	Fio de Náylon 3.0	1	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Tiopental sódico			05	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			1	Jaleco de Estudante	11	
1	Fentanil			1	Luvas Esterais	6.5	
1	Midazolam				Luvas Esterais 7,5		
				1	Luvas Esterais	8.5	
					Seringa 5ml		
				1	Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda de Aspiração		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretral		
				1	Fita para Hospitalização		
	Luva cirúrgica clínica 8½			1	Cont. Campo Est. 45/5 Cirúrgico		
	Luva cirúrgica 7½						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificados

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

PREVIDÊNCIA SIA
21 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Ortomédica
COMERCIO 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

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA (RQ-06)

№ 061960

2ª Via Cliente

Hospital: [illegible] Convênio: [illegible] Cidade: [illegible]

Nome do Paciente: [illegible] Data da Cirurgia: [illegible]

Medico: [illegible] Membro Operado: [illegible]

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	LOTE
[illegible]		11	
[illegible]			
			[illegible]ENCIA S/A
			[illegible]
			COLO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	Lote: 026155 Código: AF35 5 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 X T			
	QUANT.				
	LOTE	Fab.:14 09 2019 Val.:08 2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F139			
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	Lote: 029035 Código: F02 1 365 SISTEMA DE FIXACAO OSSEO SARTORI COLLES 140 - ESTERIL Fab.:23 09 2019 Val.:09 2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX ALUMINIO		
	QUANT.				
	LOTE		Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623 0001-00 - Rio Claro SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br		
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	Lote: 029685 Código: AF35 5 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 X T			
	QUANT.				
	LOTE	Fab.: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			
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: [illegible]

SUS Sistema Unico de Saude | Ministério da Saude

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saude

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA 2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇAO

CC PREVIDÊNCIA SIA
21 MAR 2020
PROTOCOLO
RECIFE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

1 ACIDENTE DE TRÂNSITO

AUTORIZAÇÃO

SUS — Sistema Unico de Saude — Ministerio da Saude

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saude

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA — 2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

Igor Ferreira da Silva — 35/10/98

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

pós-operatório de cirurgia de artroplastia por indicação de FDA de 1º GDC.

CONFERIDO — PREVIDÊNCIA SIA — 21 MAR 2020 — PROTOCOLO — AGENCIA RECIFE

pós-operatório de cirurgia de artroplastia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

acompanhamento transoperatório

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 ( ) ACIDENTE DE TRANSITO

37 ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPICO

38 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

AUTORIZAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento 571385 **Prontuário:** 351038

Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA
Data Nasc.: 16/07/1998 **Idade:** 21 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:** 898003419354419
Endereço: S TIO LAGOA NOVA **Nº:** 0
Bairro: ZONA RURAL **Cidade:** BEZERROS **Estado:** PE
CEP: 55560000 **Fone:** 994313485 **Profissão**
Nome da Mae: MARIA HELENA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clinica: ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO **Data:** 16/12/2019 02:27 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico: PA: FC: FR:

CO. PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Diag. Provisorio:

Prescrição: Dieta:

Data Horario

11 ortopedia 03 21

Paciente vítima de acidente de moto com trauma em MSE.
Queixa de dor [illegible].
Ex físico: espasmo de ossos de antebraço esquerdo + luxação [illegible]

1) Solicito Avaliação do cirurgião geral por trauma [illegible]
2) Após Avaliação do cirurgião geral, ao bloco cirúrgico.
3) [illegible]
4) [illegible]

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

[illegible]

Dra. [illegible] Cirurgia Geral CRM-PE [illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente ( ) Familiar

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

Nome: _____ RG. _____

Endereço: _____ Tel: _____

Data ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento ( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ CC: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

PREVIDÊNCIA SIA
23 MAR 2020
Fl. OCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido

( ) Transferência: _____ ( ) Internamento _____

Condição do Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Obito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Medico: _____ CRM: _____

[illegible] 10:32:28:48
1 de 2

Usuario do Atendimento
ROSANGELASSB

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

Nome do paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA
Nome do Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: [illegible]
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	**URGÊNTE**
	AMARELO
Queixa Principal	PACIENTE ALCOOLIZADO VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO EM MSE FEC FRATURA EXPOSTA MSE
Medicamentosa	NEGA ALERGIAS
Observação	SENHA: 503875
Exame Físico/Sintoma	PROBLEMAS NOS MEMBROS
Discriminadores	- DOR MODERADA FRATURA EXPOSTA
Especialidade	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CC.
- PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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: [illegible]

Prontuário: [illegible]

Data: [illegible] / [illegible] / [illegible] Hora: [illegible]

DIAGNÓSTICO:

[illegible]

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

[illegible]

TRATAMENTO REALIZADO:

[illegible]

PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Alta Hospitalar Data: 1[illegible] / [illegible] / 19 Hora: [illegible]

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

[illegible] DE DO ESTADO DE [illegible] RN [illegible]
[illegible] DO ATESTE DR [illegible]

[illegible] PAÇÃO

[illegible] fins que se [illegible] erem necessario que
[illegible]

Esteve [illegible] hospitalar, [illegible] dia [illegible] 2019 [illegible]
19/12/2019

Registro [illegible]

Diagnost[illegible]

Tratamento: [illegible] ent: Ambulatorial.

OBS: [illegible] CID: [illegible] CID: [illegible]

ESSAS INFORMAÇÕES [illegible] NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

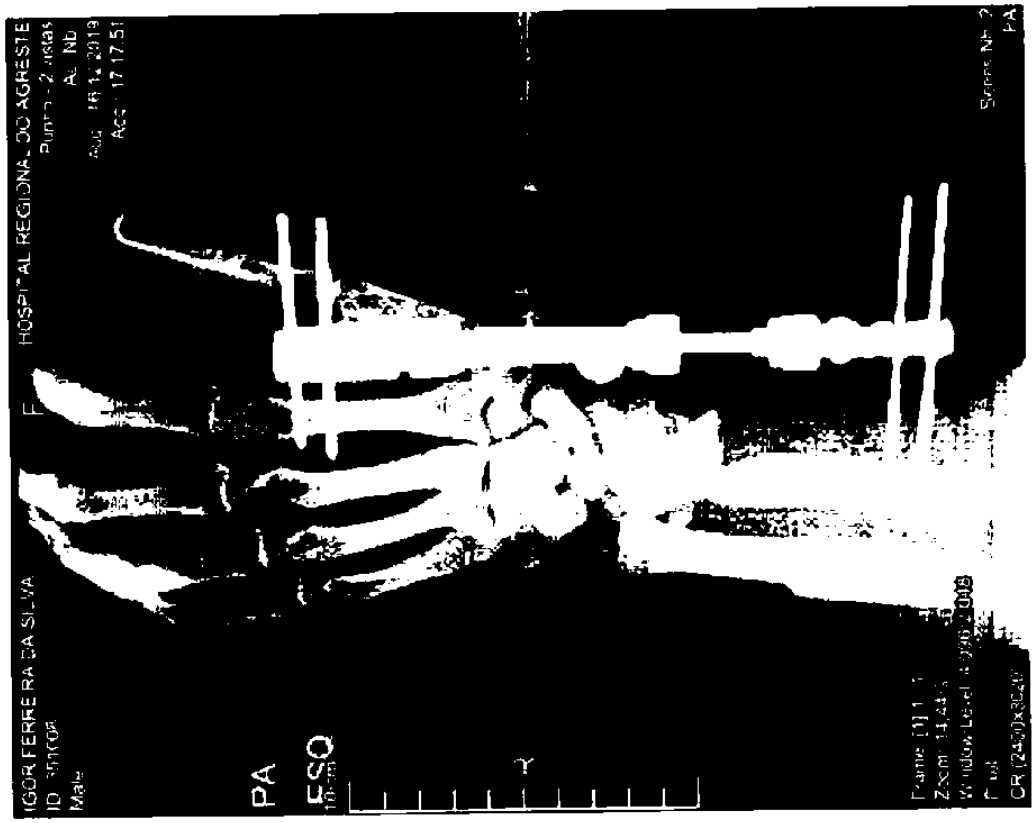
Caruaru, 02 de janeiro de 2020

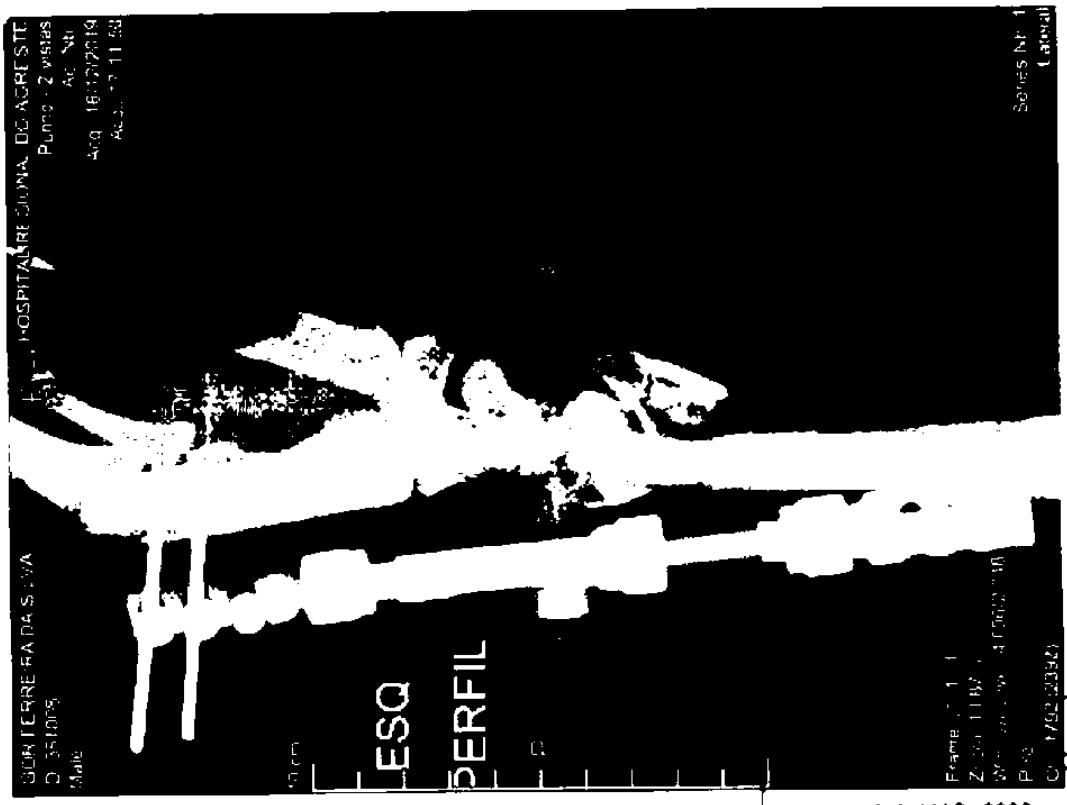
[illegible]

Antonio [illegible] SANTOS

CC. [illegible] PREVIDÊNCIA S/A
23 MAR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

[illegible] 13 - Bairro [illegible]
[illegible] 100
[illegible] 0xx [illegible] 3719 93[illegible] 3719 9[illegible] SANTOS





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
10.123.612
IGOR FERREIRA DA SILVA
FILIAÇÃO
NATURALIDADE

PREVIDÊNCIA SIA
MAR 2020
OCOLO
RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

014959637290

Roberto Fontelles

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR DEPARTAMENTO DETRAN/SP

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

014959637290

JUL-2019

CO. PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR 2022
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

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 **Data do acidente:** 16/12/2019

CPF: 710.562.014-52 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** IGOR FERREIRA DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

IGOR FERREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA