

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190418162 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 2

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190418162

Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO JOSE DAS NEVES

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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190418162

Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO JOSE DAS NEVES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: MARCELO JOSE DAS NEVES

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 0000051

Conta: 0000033095-7

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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

089.458.734-06 Marcelo José das Neves

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Marcelo José das Neves 089.458.734-06 Recusou-se R. Waldemar Moraes 165 casa Bot. Vique Vique Caruaru PE 55000-000 (81) 9668-4814

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 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: 51 CONTA: 33095 7 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 09 JUL 2019 PROTOCOLO AGENCIA RECIFE

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

22/02/2019 09:20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC
DINTER1/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0180000451**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/02/2019 às 09:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 20/1/2019 às 13:45

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE SAPUCARAMA DE BEZERROS, PROXIMO A VILA BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS**
Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARCELO JOSE DAS NEVES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a):
MARCELO JOSE DAS NEVES



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

MARCELO JOSE DAS NEVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA NEVES** Pai: **JOSE LAMARTINE DAS NEVES** Data de Nascimento: **16/6/1991** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7381837/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SUPERVISOR** Telefones Celulares: **997964100**

Residência: **AVENIDA TANCREDO NEVES - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SAIRE, 67, COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**

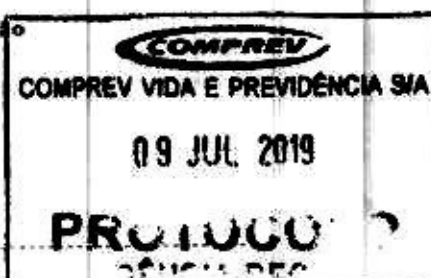
INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO JOSE DAS NEVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO JOSE DAS NEVES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR8340 (PERNAMBUCO/CARUARU)** Chassi: **9C2KD0550ER345191**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação



INFORMA O QUEIXOSO QUE SEGUIA GUIANDO SEU VEICULO NO LOCAL DO FATO SENTIDO VILA DE SAPUCARANA QUANDO FOI DESVIAR DE OUTRO VEICULO QUE VINHA A SUA FRENTE COLIDIU COM UMA PEDRA E CAIU NA IA, FOI SOCORRIDO POR UM FAMILIAR PARA A UPA ESTADUA 24H, SOFREU FRATURA NO 5º METACARPO DA MÃO ESQUERDA, ESCORIAÇÕES NA PERNA ESQUERDA.

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

Marcelo José das Neves

MARCELO JOSE DAS NEVES
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUCIANO SOARES DOS SANTOS - Matrícula: 221470-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

089.458.734-06 Marcelo José das Neves

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Marcelo José das Neves 089.458.734-06 165 casa PE 55000-000 (81) 9668-4814

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 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: 51 CONTA: 33095 7 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 09 JUL 2019 PROTOCOLO AGENCIA RECIFE

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO JOSE DAS NEVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000033095-7

Nr. da Autenticação 6A85970AB174F261



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **MARCELO JOSE DAS NEVES**

Data Nascimento: 16/06/1991

Idade: 27 Anos, 7 Meses e 4 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01197359

Prontuário: 00161456

Senha N.º: **0097**

Data e Hora: 20/01/2019 17:50h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR E EDEMA + FERIMENTO EM MAO ESQ E ESCORIAÇÕES EM MIE APOS SOFRER QUEDA DE MOTO HOJE

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM E HAS

DOC: CNH

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica:

P.A Diastólica:

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

QPD / HDA:

DOR EM MAO ESQ APOS TRAUMA

Exame Físico:

FERIMENTO MAO ESQ

Exames complementares:

RX

HD:

FRATURA 5 MTC FECHADA

Conduta:

IMOBILIZAÇÃO; AO HRA

Evolução:

Dr. Leonardo A. Lins
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 23458

Ass. do Médico

Dr(a): **LEONARDO ARAUJO LINS**
CRM - 23458

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
09 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUN - 00152 - MAURICIO DE NASS
AU CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 107291851 Fev/2019														
MARCELO JOSE DAS NEVES																
R VALDECIR MORAES, N. 00165 - RESIDENCIAL XIQUE XIQUE - LOT. X																
IQUE-XIQUE - BOA VISTA CARUARU PE 55000-000																
INSCRIÇÃO: 041.923.090.0030.000 GRUPO: 18 DEB. AUTOMATICO: 107291851																
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA													
HIDRÔMETRO A16N011056	DATA LEIT. ANTERIOR 13/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 16/03/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD / N MEDIDO													
ÁGUA:		ESGOTO:														
LEIT ANT: 160	CONSUMO: 3	LEIT ANT:	VOLUME: 8													
LEIT ATU:	RECORRENCIA TAXA M	LEIT ATU:														
LEIT FAT: 170		LEIT FAT:														
HISTÓRICO DE CONSUMO																
REFERENCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS														
01/2019 06 /06		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS												
12/2018 08 /08	TURBIDEZ	10	10	10												
11/2018 08 /08	COR APARENTE	10	10	10												
10/2018 11 /11	COLOR RESIDUAL	10	10	10												
09/2018 08 /08	COLIF. TOTAIS	10	10	10												
08/2018 08 /08	E. COLI	10	10	10												
MÉDIA: 08 /08	Qualidade de Água: www.compesa.com.br															
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA																
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)													
ÁGUA																
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																
CONSUMO DE ÁGUA		8 M3	41,30													
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DE ÁGUA																
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																
CONSUMO DE ESGOTO		8 M3	33,04													
<table border="1"><tr><td>TRIBUTOS</td><td>BASE DE CÁLCULO</td><td>PERCENTUAL</td><td>VALOR DO IMPORTE</td></tr><tr><td>PIS</td><td>74,34</td><td>1,65</td><td>1,23</td></tr><tr><td>COPINS</td><td>74,34</td><td>7,60</td><td>5,65</td></tr></table>					TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL	VALOR DO IMPORTE	PIS	74,34	1,65	1,23	COPINS	74,34	7,60	5,65
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL	VALOR DO IMPORTE													
PIS	74,34	1,65	1,23													
COPINS	74,34	7,60	5,65													

VENCIMENTO: 25/03/2019

TOTAL A PAGAR: 74,34

MENSAGEM:



FICHA DE ATENDIMENTO

Nome do Paciente MARCELO JOSE DAS NEVES		Prontuário 39136		Registro 92122		Sexo Masculino	
Nascimento 16/06/1991 27a 7m 7d		Telefone 81997964100		Identidade 7381837		Data/Hora Atendimento 23/01/2019 08:12	
Endereço VALDECI MORAES		Complemento 165		Bairro BOA VISTA		Cidade CARUARU	
CEP 55000000		Plano PARTICULAR (SAO GABRIEL) HSG		Matrícula 711511001		Guia	
Atendimento 23/01/2019		Médico LEONARDO A. LINS		C.R.M. 23458			

Tipo de Atendimento.: PEQUENA CIRURGIA

RETORNO: Nao

HDA e Exame Físico PA X Temp Peso
VITIMAS DE ACIDENTE DE CARRO, SEM
LESÃO E DEFORMIDADE MTO GRA.

Exames Complementares.:

Hipótese Diagnóstica.: Fratura 5 - mtc

CID
CID

Conduta.: Tratamento Cirurgico no 5 - mto

Prescrição Médica.:

Evolução de Enfermagem.: As 09:40. HRS. Paciente admitido na S. de Pequena
Procedimento para realizar T.O. Cirurgico do 5º Dito da Mão Esquerda
Cap. EGR. Paciente acordado, hipossensível a supinação, reflexo
reflexo de extensão do 5º. m. Dr. Ribeiro, iniciando o procedimento
As 10:50. HRS. Realizada a procedimento cirurgico de Redução
cirurgica. Com Fixação + Suturas + Curativos. Volução na mão
deitada + Tala gessada + Sinais. Paciente sem queixas.
Atendido por Jorden Mônica.

Marcos José da Silva
Assinatura Paciente / Responsável

Leandro F. M. da Silva
Assinatura Médico - Carimbo
23 JAN. 2019

DATA / HORA ATENDIMENTO 23/01/2019 08:12

USUÁRIO ATENDIMENTO
COMPREV
 COMPROVAÇÃO E PREVIDENCIA SIA
 09 JUL 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

OPERAÇÃO REALIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

DATA:

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR(A):

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

1 - PREPARO DO CAMPO

4 - TÉCNICA E TÁTICA

2 - VIA DE ACESSO

5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA)

3 - ORGÃOS E LESÕES

6 - DRENO E SONTA (PENROSE, KERH, ETC.)

7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

8 - GRÁFICO DA CIRURGIA

9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1 - PUT EM DDA DO ANESTESIA
- 2 - ANESTESIA + ANTIDRENO + CANTO BLENDA
- 3 - ACESSO EM 5 NTC + DIFECÇÃO + REDUÇÃO +
Fixação da FIO K1
- 4 - LAVAGEM ABUNDANTE COM SRO 0,9.
- 5 - REALIZAÇÃO DE HEMOSTASIA + SUTURA da mylon + clusura

CRM: 23458

22 JAN. 2019

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
09 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE
HAEMACEL OU SIMILAR

DATA	HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA (cada evolução deve ser assinada)
		Por Ewton JEN, CLINICIANTE JEN INTERCONSULTAR Dr. ALTA (H) DITADA  H. Leonardo A. Lins Otorrinolaringologista CRM 23458 23 JAN. 2019

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

me 15/

PACIENTE	Marcos L. J. dos Neves	REGISTRO	92192	DATA	23.01.19
CONVÊNIO	Particular	PROCEDIMENTO	Maturação de 5º D. de M. do Esquadrão		
CIRURGIÃO	Dr. Roberto L. Almeida	ANESTESISTA			
1º AUXILIAR		2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR		INÍCIO	09:40	TERMINO	10:50
ANESTESIA	Loc. al	CIRCULANTE	Luizinho Cruz - 629618		

Medicamento	Quant.
Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml	
Água destilada sol. inj. 1000ml	
Água destilada sol. inj. 10ml	
Atropina sol. inj. 0,544mg/ml - amp 5ml	
Bupivacaína sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml	
Bupivacaína + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Bupivacaína Isobárica sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Cefazolin sol. inj. 1g - fr/amp	
Cefazolin sol. inj. 2g - fr/amp	
Cetoprofeno sol. inj. IM 50mg/ml - amp 2ml	
Cetoprofeno sol. inj. IV 100mg - fr/amp	
Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml	
Cisatracurio sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml	
Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 1ml	
Cloro de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml	1.000
Cloro de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml	
Cloro de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml	
Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml	
Dextroscopolina sol. inj. 50mg/ml - TAXA	
Efedrina sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	
Efedrina sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml	
Efedrina sol. inj. 40mg - seringa 0,4ml	
Efedrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Efedrina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Etomidato sol. inj. 2mg - amp 10ml	
Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA	
Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml	
Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml	
Heptalina sol. inj. 5,000UI - TAXA	
Hidrocortisona sol. inj. 300mg - fr/amp	
Hidrocortisona sol. inj. 500mg - fr/amp	
Hidrocortisona + Dipirone sol. inj. - amp 5ml	
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% C/V - TAXA	
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% S/V - TAXA	
Lidocaina sol. inj. 2% C/V - Fr/Amp - TAXA	
Lidocaina sol. inj. 2% S/V - Fr/Amp - TAXA	
Metronidazol sol. inj. 5mg/ml - Bula 100ml	
Mistura de Sol. inj. 5mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Nalbutina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Naloxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml	
Necostigmina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml	
Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp	
Ondasetrona sol. inj. 4mg - amp 2ml	
Ondasetrona sol. inj. 8mg - amp 2ml	
Petidina sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml	
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml	
Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml	
Romifentanila sol. inj. 2mg - fr/amp	
Ringer com Lactato sol. inj. - fr 500ml	
Ricubol sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml	
Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml	
Sedpflurano sol. p/inalação 1mg/ml - TAXA	
Sufentanila sol. inj. 5mcg/ml - amp 2ml	
Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp	

Material Médico Hospitalar	Quant.
Agulha descartável nº	
Agulha Gingival	
Agulha para Raquí nº	
Agulha Peridural nº 18	
Algodão catgut nº 10	1
Atadura de Crepe nº	10
Atadura gessada nº	10
Cateter para Oxigênio	
Cateter para venopuncção nº	
Cera para Osso	
Coletor Sistema Aberto	
Coletor Sistema Fechado	
Compressa de gaze 7,5 x 7,5	1
Dreno	
Eletrodo	
Equipo macro com injetor	
Equipo para hemoderivados	
Escova para degermação	
Esparradrapo	
Luva estéril nº 7/2 - 7.0	40
Máscara descartável	1
Microscópio	
Palito	
Sapatilha descartável	
Scalp nº	
Seringa 10ml	1
Seringa 1ml	
Seringa 20ml	
Seringa 3ml	
Seringa 5ml	
Seringa 60ml	
Seringa Perda de Resistência	
Sonda de Foley 02 vias nº	
Sonda de Foley 03 vias nº	
Sonda endotraqueal nº	
Sonda nasogástrica curta nº	
Sonda nasogástrica longa nº	
Sonda uretral nº 10 - 08	1
Stimuplex	
Torneira de 03 vias	
Touca descartável	1
Tubo de silicone	
Trasolix	1
Jonx. Sogomant 200ml	
Fio de Hirschberg 2-0	1
Lamina B. 15	1
Alcool 70	50 ul

Fios de Sutura	Quant.
Algodão c/agulha nº	
Algodão s/agulha	
Caprotyl nº	
Catgut Cromado nº	
Catgut Simples nº	
Ethibond nº	
Fio de Aço nº	
Kit Catarata	
Monocryl nº	
Nylon nº 2-0	11
PDS nº	
Prolene nº	
Seda nº	
Vicryl nº	
Fio de cerclagem nº	
Fio de Kirschner nº	

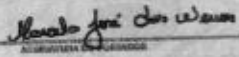
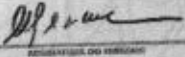
OPME	Quant.
Liga Clip	
Tela de Polipropileno	

Líquidos	Quant.
Clorexidina degermante 2%	
Água oxigenada	
Álcool 70º	
Clorexidina alcoólica 0,5%	
Álcool Iodado	
PVPi Degermante	
PVPi Tópico	

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
09 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TERMINO
Taxa de aparelho de anestesia		
Taxa de Aspirador		
Taxa de Rastur Elétrico		
Taxa de Microscópio		
Taxa de Monitor Cardíaco		
Taxa de Motor		
Taxa de Oxímetro de Pulso		
Taxa de Sala		
Taxa de Videolaparoscopia		

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TERMINO
Taxa de Capnógrafo		
Taxa de Intensificador		
GAZES		
Ar comprimido		
CO²		
Oxigênio		
Nitrogênio		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
	NOME
	MARCELO JOSE DAS NEVES
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
	7381837 SDS PE
	CPF
089.458.734-06	
DATA NASCIMENTO	
16/06/1992	
FLUXO	
JOSE LAMARTINE DAS NEVES	
MARIA DO SOCORRO DA SILVA NEVES	
POSSESSÃO	
NCC	
CAT. NBS	
AD	
INSCRIÇÃO	
04879287335	
VALIDADE	
01/06/2023	
HABILITAÇÃO	
10/02/2010	
OBSERVAÇÕES	
sem observações	
	
LOCAL	
CARUARU - PE	
DATA EMISSÃO	
02/06/2016	
	
00885086482	
PE072354933	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014082899100

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - RNTC - EXERCÍCIO
1 1020836001 ***** 2018

NOME
MARCELO JOSE DAS NEVES

CARUARU-PE

PLACA - OFICINA - PLACA
089.458.734-06 OYR5340

CHASSI - COMBUSTÍVEL
9C2KD0550ER345191 ALCO/GASOL

PAZ MOTOCICLETA - ANO FAB - ANO MOD
HONDA/NXR150 BRO3 E3 2014 2014

CAP/POT/CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2E/149CL 222TIC VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC/COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
2º *****
3º *****

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

DETRAN - PE

Charles Anderson Sousa Ribeiro

21/07/18

DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR COLISÃO CAUSADOS POR VEICULOS
COM MOTORISTA E PASSAGEIRO, QUE POR SUA CARGA, APRESENTA
TRANSPORTE DAS OBRIGADORIAS DO SEGURO DPVAT

PE Nº 014082899100 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCELO JOSE DAS NEVES

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 822 1204

CARUARU-PE

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2018 21/07/18

OPF / CNPJ - PLACA
089.458.734-06 OYR5340

RENAVAM - MARCA / MODELO
1020836005 HONDA/NXR150 BRO3 E3

ANO FAB - ANO TRAF - Nº CHASSI
2014 09 9C2KD0550ER345191

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL DO BILHETE (R\$)

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.508/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

FEV-2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190418162 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 2

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230903/19

Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES

CPF: 089.458.734-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/01/2019

Titular do CPF: MARCELO JOSE DAS NEVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCELO JOSE DAS NEVES : 089.458.734-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/07/2019
Nome: MARCELO JOSE DAS NEVES
CPF: 089.458.734-06

MARCELO JOSE DAS NEVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS