
Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038418

Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038418

Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001581

Conta: 0000043019-0

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:

066.934.874-08

4 - Nome completo da vítima:

GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO

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

5 - Nome completo:

GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO

7 - Profissão:

PEDEIREIRO

8 - Endereço:

RUA ANGELO AGOSTINI

6 - CPF:

066.934.874-08

9 - Número:

122

10 - Complemento:

11 - Bairro:

BONGI

12 - Cidade:

RELIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50751-695

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81 98764-4528

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

☐

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 43019

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 do Segurado 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

☐

Viuvo

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:

30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 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:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

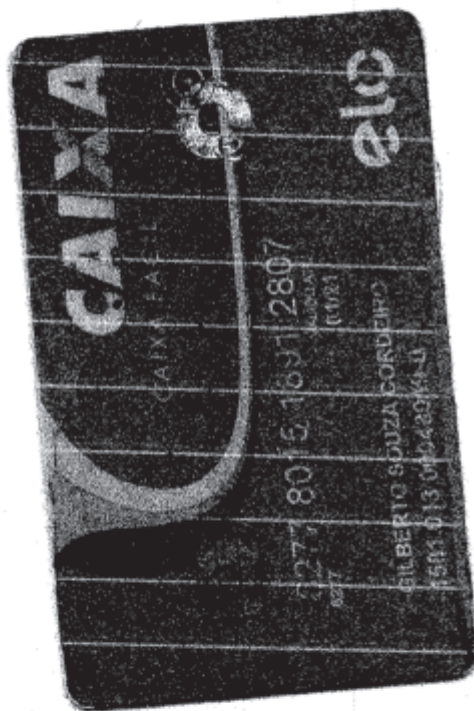
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RELIFE, 17 DE JANEIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





574145
0032441/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0103002074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/09/2019** às **09:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/8/2019** às **23:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA GOMES TABORDA, 1** - Bairro: **ZUMBI** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMO AO BAR DE LEO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SILVA (AUTOR \ AGENTE)
GILBERTO SOUZA CORDEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GILBERTO SOUZA CORDEIRO

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

GILBERTO SOUZA CORDEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Pai: **ABEL MNAOEL CORDEIRO** Data de Nascimento: **7/10/1986** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **210782889427/MEX/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)**
Telefones Celulares: **- 81987644528**

Endereço Residencial: **RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - CEP: 55000-000 - Bairro: BONGI - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO.01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILBERTO SOUZA CORDEIRO, que estava em posse do(a) Sr(a): GILBERTO SOUZA CORDEIRO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE PLACA OYP5530**

VEICULO.02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/IDEA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE PLACA KJU9723**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE NA HORA E DATA CITADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETANO ENDEREÇO CITADO, QUANDO O VEICULO.02 SEM SINALIZAR FEZ UMA MANOBRA COM O INTUITO DE ENTRAR EM UMA RUA. NESSA OCASIAO.

COLIDIU NA LATERAL DIREITA DO VEICULO.02. LOGO APOS, FOI SOCORRIDO PELO O IMPUTADO A UPA DA
CAXANGA. E NADA MAIS DISSE DIGNO DE REGISTRO.

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

GILBERTO SOUZA CORDEIRO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADILAILSON MARCELINO SANTOS DE SOUZA SILVA** - Matrícula: 221.176-9

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:

066.934.874-08

4 - Nome completo da vítima:

GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO

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

5 - Nome completo:

GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO

7 - Profissão:

PEDEIREIRO

8 - Endereço:

RUA ANGELO AGOSTINI

6 - CPF:

066.934.874-08

9 - Número:

122

10 - Complemento:

11 - Bairro:

BONGI

12 - Cidade:

RELIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50751-695

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81 98764-4528

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

☐

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 43019

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 do Segurado 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

☐

Viuvo

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:

30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 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:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RELIFE, 17 DE JANEIRO DE 2020

Gilberto de Sousa Cordeiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-19 00:56:29

	Nome Paciente:	GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
	Cód. Paciente:	476354
	Data de Nascimento:	07/10/1986
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32
	Senha:	OR0001
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1334008 
SAME:		

Período: 2019-08-19 00:56:29 - 2019-08-19 01:19:30

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM CLAVÍCULA DIR. COM PROVAVEL FRATURA, CORTE EM SUPERCÍLIO DIR. E ENTRE DITAIS DE MÃO ESQ., ESCORIAÇÕES EM MID E FLANCO DIR. QUEIXA-SE DE DOR

Observação:

HAS -
DM -
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA
- FRATURA SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5
- CAPNOGRAFIA: 99.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 136.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 96.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 35.00 C°

Acolhido(a) por: THIAGO SALDANHA DOS SANTOS - COREN: 379758 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-09-06 11:39:28

Nome:
476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-987644528

Idade: Nascimento:
32a 10m 07/10/1986

Mãe:
EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA

Endereço:
RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI -
RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO X CARRO
APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS

EXAME FÍSICO:

A-B-C-D SEM ALTERAÇÕES
ECG 15, FC 80, FR 14, PA 7130X90
E- ESCORIAÇÕES EM MMSS, DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA, EDEMA LOCAL
LESÃO CORTANTE EM FACE

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM EMINÊNCIA DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA
LESÃO CORTANTE EM FACE

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. A. Vasconcelos
CRM 11887

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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000043019-0

Nr. da Autenticação 864656E2874466D5



ATENDIMENTO: RUA DA AURORA - NUM. - 00347 - SANTO AMARO RECI
FE PE 50050-000

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE

GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

MATRÍCULA: 58054887 Nov/2019

R ANGELO AGOSTINI, N. 00122 - 0000 - BONGI RECIFE PE 50751-695

INSCRIÇÃO: 347.509.016.0532.000 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 058054887

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
1	1	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TÍPO DE CONSUMO (A/E)	MÉDIA HD / N MEDIDO
A120157587	13/11/2019	13/12/2019		

AGUA:

LEIT. ANT: 276

CONSUMO: 4

ESGOTO:

LEIT. ATU:

RECOR ANOM HD RET

LEIT. ANT:

VOLUME: 4

LEIT. FAT: 280

LEIT. ATU:

LEIT. FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

10/2019 04 /04

09/2019 04 /04

08/2019 04 /04

07/2019 04 /04

06/2019 04 /04

05/2019 04 /04

MÉDIA: 04 /04

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	124	132	131
COR APARENTE	132	132	130
CLORO RESIDUAL	132	132	132
COLIF. TOTAIS	132	132	131
E. COLI	132	132	132

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

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

4 M3

44,08

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DE ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019

4 M3

35,26

1,58

Hipercard

00089746



PC-00

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
AV S PAULO 175
AP 204 BC A - JD S PAULO
50781-600 RECIFE - PE

291019

Postagem: 29/10/2019
Vencimento: 08/11/2019
Emissão: 29/10/2019
Fechamento próxima fatura: 29/11/2019

Titular **PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.3790**

Para que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu PEDRO FERREIRA GUARESMADOS SANTOS inscrito (a) no CPF 042.350.054 / 64
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 066.934.874 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.934.874 / 08, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>AV. SÃO PAULO</u>		<u>175</u>	<u>204-A</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>JARDIM SÃO PAULO</u>	<u>RELIFE</u>	<u>PE</u>	<u>50781-600</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Pedro-jg@Retomax.com</u>			<u>81 98602-1655</u>

RELIFE / 17 de JANEIRO de 2020
Local e Data

Pedro T. D. S.

Assinatura do Declarante

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-19 00:56:29

	Nome Paciente:	GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
	Cód. Paciente:	476354
	Data de Nascimento:	07/10/1986
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32
	Senha:	OR0001
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1334008 
SAME:		

Período: 2019-08-19 00:56:29 - 2019-08-19 01:19:30

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM CLAVÍCULA DIR. COM PROVAVEL FRATURA, CORTE EM SUPERCÍLIO DIR. E ENTRE DITAIS DE MÃO ESQ., ESCORIAÇÕES EM MID E FLANCO DIR. QUEIXA-SE DE DOR

Observação:

HAS -
DM -
ALERGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA
- FRATURA SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5
- CAPNOGRAFIA: 99.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 136.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 96.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 35.00 C°

Acolhido(a) por: THIAGO SALDANHA DOS SANTOS - COREN: 379758 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-09-06 11:39:28

Nome:
476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-987644528

Idade: Nascimento:
32a 10m 07/10/1986

Mãe:
EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA

Endereço:
RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI -
RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO X CARRO
APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS

EXAME FÍSICO:

A-B-C-D SEM ALTERAÇÕES
ECG 15, FC 80, FR 14, PA 7130X90
E- ESCORIAÇÕES EM MMSS, DEFORMIDADE A NÍVEL DE CLAVÍCULA DIREITA, EDEMA LOCAL
LESÃO CORTANTE EM FACE

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM EMINÊNCIA DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA
LESÃO CORTANTE EM FACE

UPA 24h
CAXANGÁ
Dra. Andréa Vasconcelos
Coord. Médica
08/08/2019



Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: Contatos: / 81-987644528
MASCULINO -

Idade: 32a 10m
Nascimento: 07/10/1986

Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA

Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI -
RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019

Prontuário: 00476354

Nº Atendimento: 01334008

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

feito sutura com fio nylon 4.0. Procedimento sem intercorrências.
cd: alta da clínica médica com orientações

UPA 24h
CAXANGÁ
Dra. Andréa Vasconcelos
CRM: 117289

ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719



Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: MASCULINO
Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Idade: 32a 10m
Nascimento: 07/10/1986
Contatos: / 81-987644528
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA COM EMINENICA DE EXPOSIÇÃO OSSEA

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

ANALGESIA

TIPOIA

ENCAMINHO VIA CENTRAL DE LEITOS PARA TTO CIRURGICO

UPA CAXANGÁ
Drs. Ailene Vasconcelos
17/08/2019

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: MASCULINO
Idade: 32a 10m
Nascimento: 07/10/1986
Contatos: / 81-987644528
Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719

Conduta:

sutura + curativo



UPA CAXANGÁ
Dr. Elisa Peri Azevedo
CRM: 25719

ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719



Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Idade: 32a 10m Nascimento: 07/10/1986
Sexo: Contatos: / 81-987644528
MASCULINO -

Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI -
RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019

Prontuário: 00476354

Nº Atendimento: 01334008

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: ELISA PERI AZEVEDO CRM: Nº 25719

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

paciente com lesão em supercílio direito após trauma ontem as 23:20; nega síncope ou emese na hr do trauma. nega outras queixas.
alergia-

EXAME FÍSICO:

BEG, acianótico, anictérico, normocorado, hidratado, afebril, eupneico, consciente e orientado.
AR: MV+ em AHT, s/RA;
ACV: BCNF em 2T, s/sopro;
ABD: plano, flácido, indolor à palpação
EXT: pulsos +; boa perfusão, panturrilhas livres; sinal de homans -;
NEURO: sem rigidez de nuca; ECG 15; Pupilas Isso; Força Grau V; NN Cranianos Sem Alterações
PELE E ANEXOS: Sem alterações

DIAGNÓSTICO:

trauma em face

UPA24h
CAXANGÁ 21h
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
07/11/2019



Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: MASCULINO
Idade: 32a 10m
Nascimento: 07/10/1986
Contatos: / 81-987644528
Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

Conduta:

ANALGESIA
TIPOIA
ENCAMINHO VIA CENTRAL DE LEITOS PARA TTO CIRURGICO
AVALIAÇÃO DA CLINICA PAA TRAUMA EM FACE

[Handwritten signature and stamp]
UPA 24h
CAXANGÁ
19/08/2019

AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 476354-GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO
Sexo: Contatos: MASCULINO - / 81-987644528
Idade: 32a 10m Nascimento: 07/10/1986

Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
Endereço: RUA ANGELO AGOSTINI, 122 - BONGI - RECIFE/ PE - CEP: 50751695

Data do Atendimento: 19/08/2019
Prontuário: 00476354
Nº Atendimento: 01334008
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEGUNDA-FEIRA, 19 DE AGOSTO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA HGV

SENHA: 5752848

QP:

PACIENTE COM HISTORICO DE COLISAO MOTO X CARRO
APRESENTADNO DOR E DEFORMIDADE A NIVEL DE CLAVICULA DIREITA
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VOMITOS,

EVOLUÇÃO:

A-B-C-D SEM ALTERAÇÕES
ECG 15, FC 80, FR 14, PA?130X90
E- ESCORIAÇÕES EM MMSS, DEFORMIDADE A NIVEL DE CLAVICULA DIREITA, EDEMA LOCAL
LESÃO CORTNATE EM FACE

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. Ayrton Vasconcelos
CRM: 11727

MEDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO**, prontuário nº **1183203**, admitido neste hospital em 19/08/2019 com diagnóstico de Fratura de clavícula direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 21/08/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

D^{ra} Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Forma 9/2
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____		
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____		
4 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____		
5 - NOME DO PACIENTE: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO		
6 - NOME DO PACIENTE: _____		
7 - NOME DO PACIENTE: _____		
8 - NOME DO PACIENTE: _____		
9 - NOME DO PACIENTE: _____		
10 - NOME DO PACIENTE: _____		
11 - NOME DO PACIENTE: _____		
12 - NOME DO PACIENTE: _____		
13 - NOME DO PACIENTE: _____		
14 - NOME DO PACIENTE: _____		
15 - NOME DO PACIENTE: _____		
16 - NOME DO PACIENTE: _____		
17 - NOME DO PACIENTE: _____		
18 - NOME DO PACIENTE: _____		
19 - NOME DO PACIENTE: _____		
20 - NOME DO PACIENTE: _____		
21 - NOME DO PACIENTE: _____		
22 - NOME DO PACIENTE: _____		
23 - NOME DO PACIENTE: _____		
24 - NOME DO PACIENTE: _____		
25 - NOME DO PACIENTE: _____		
26 - NOME DO PACIENTE: _____		
27 - NOME DO PACIENTE: _____		
28 - NOME DO PACIENTE: _____		
29 - NOME DO PACIENTE: _____		
30 - NOME DO PACIENTE: _____		
31 - NOME DO PACIENTE: _____		
32 - NOME DO PACIENTE: _____		
33 - NOME DO PACIENTE: _____		
34 - NOME DO PACIENTE: _____		
35 - NOME DO PACIENTE: _____		
36 - NOME DO PACIENTE: _____		
37 - NOME DO PACIENTE: _____		
38 - NOME DO PACIENTE: _____		
39 - NOME DO PACIENTE: _____		
40 - NOME DO PACIENTE: _____		
41 - NOME DO PACIENTE: _____		
42 - NOME DO PACIENTE: _____		
43 - NOME DO PACIENTE: _____		
44 - NOME DO PACIENTE: _____		
45 - NOME DO PACIENTE: _____		
46 - NOME DO PACIENTE: _____		
47 - NOME DO PACIENTE: _____		
48 - NOME DO PACIENTE: _____		
49 - NOME DO PACIENTE: _____		
50 - NOME DO PACIENTE: _____		
51 - NOME DO PACIENTE: _____		
52 - NOME DO PACIENTE: _____		
53 - NOME DO PACIENTE: _____		
54 - NOME DO PACIENTE: _____		
55 - NOME DO PACIENTE: _____		
56 - NOME DO PACIENTE: _____		
57 - NOME DO PACIENTE: _____		
58 - NOME DO PACIENTE: _____		
59 - NOME DO PACIENTE: _____		
60 - NOME DO PACIENTE: _____		
61 - NOME DO PACIENTE: _____		
62 - NOME DO PACIENTE: _____		
63 - NOME DO PACIENTE: _____		
64 - NOME DO PACIENTE: _____		
65 - NOME DO PACIENTE: _____		
66 - NOME DO PACIENTE: _____		
67 - NOME DO PACIENTE: _____		
68 - NOME DO PACIENTE: _____		
69 - NOME DO PACIENTE: _____		
70 - NOME DO PACIENTE: _____		
71 - NOME DO PACIENTE: _____		
72 - NOME DO PACIENTE: _____		
73 - NOME DO PACIENTE: _____		
74 - NOME DO PACIENTE: _____		
75 - NOME DO PACIENTE: _____		
76 - NOME DO PACIENTE: _____		
77 - NOME DO PACIENTE: _____		
78 - NOME DO PACIENTE: _____		
79 - NOME DO PACIENTE: _____		
80 - NOME DO PACIENTE: _____		
81 - NOME DO PACIENTE: _____		
82 - NOME DO PACIENTE: _____		
83 - NOME DO PACIENTE: _____		
84 - NOME DO PACIENTE: _____		
85 - NOME DO PACIENTE: _____		
86 - NOME DO PACIENTE: _____		
87 - NOME DO PACIENTE: _____		
88 - NOME DO PACIENTE: _____		
89 - NOME DO PACIENTE: _____		
90 - NOME DO PACIENTE: _____		
91 - NOME DO PACIENTE: _____		
92 - NOME DO PACIENTE: _____		
93 - NOME DO PACIENTE: _____		
94 - NOME DO PACIENTE: _____		
95 - NOME DO PACIENTE: _____		
96 - NOME DO PACIENTE: _____		
97 - NOME DO PACIENTE: _____		
98 - NOME DO PACIENTE: _____		
99 - NOME DO PACIENTE: _____		
100 - NOME DO PACIENTE: _____		

Registro: 655778 Prontuário: 1183203 Data de Nascimento: 07/10/86 Idade: 32 ANO(S)

Nome do Paciente: **GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA

CPF: 06693487408

Data: 20/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirurgico de Fratura de Clavícula Direita
CÓDIGO: 0408010177

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de Fratura de Clavícula Direita +
Neurolise + Osteotomia CÓDIGO: 0408010177 / 0403020077 / 0408010118

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Ajalmar Amorim	4360
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando em Fratura de Clavícula Direita. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA


Dr. Osvaldo Coimbra
Cirurgião Especialista
20/08/2019


Dr. Ajalmar Amorim
Anestesiologista
20/08/2019



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 3.563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 655778 Prontuário: 1183203 Data de Nascimento: 07/10/86 Idade: 32 ANO(S)

Nome do Paciente: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO Sexo: Masculino

Nome da Mãe: EDILENE MARIA JZIDIO DE SOUZA

CPF: 06693487408

Data: 20/08/2019

MELHORADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

Registro: 655778 Prontuário: 1183203 Data de Nascimento: 07/10/86 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
CPF: 06693487408

Data: 20/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura da clavícula direita
Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia: Neurólise do nervo supraclavicular (cod: 040302007-7) + Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita (cod: 040801017-7) Osteotomia clavícula direita (040801011-8)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Junior

Anestesista: Ajalmar

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão longitudinal em topografia de clavícula direita. Dissecção por planos e hemostasia. Neurólise de nervo sensitivo supraclavicular. Identificado o foco de fratura. Osteotomia de bordas da clavícula e realizada redução da fratura e fixação com placa de reconstrução 3,5 e parafusos corticais. Tenomiorrafia de trapézio e peitoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo
- 8) Tipóia

Recife, 20/08/2019-14:36

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 20/08/2019 14:40:11.

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Geral e Coloprocto
CRM-PE 16658 / 7527 57961



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 655778 Prontuário: 1183203 Data de Nascimento: 07/10/86 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: EDILENE MARIA IZIDIO DE SOUZA
CPF: 06693487408

Data: 20/08/2019

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR, CRM: 16658, Data e Hora: 20/08/2019 14:40:11.

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Otorrinolaringologista / Fonoaudiólogo
Cl. Otorrinolaringologia
CRM: 16658 / TETO: 119551



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

066.934.874-08

Nome

GILBERTO DE SOUSA CORDEIRO

Nascimento

07/10/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032441/20

Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

CPF: 066.934.874-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 042.350.054-64

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO : 066.934.874-08

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: 23/01/2020
Nome: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 042.350.054-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038418 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: OBSERVAÇÃO E ANALGESIA (P4).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038418 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA CLAVÍCULA DIREITA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

Outorgante: Gilberto de Souza Cordeiro, solteiro, pedreiro, portador da cédula de identidade nº 7159202 SDS/PE e do CPF nº 066.934.874-08, residente e domiciliado na Rua Ângelo Agostine, nº 122, Bongi, CEP 50751-695, Recife/PE.

Outorgado: Pedro Ferreira Quaresma Dos Santos, casado, portador do documento de identidade nº 5938981 SSP/PE e do CPF nº 042.350.054-64, residente e domiciliado na Avenida São Paulo, 175, apto204-A, Jardim São Paulo, Recife-PE.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT, enfim, requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, 08 de janeiro de 2020

Outorgante



Gilberto de Souza Cordeiro



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032441/20

Vítima: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

CPF: 066.934.874-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 042.350.054-64

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GILBERTO DE SOUZA CORDEIRO : 066.934.874-08

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: 23/01/2020
Nome: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 042.350.054-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA