
Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200073526

Vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200073526

Vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 0000012527-6

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: 062 711 184 02 4 - Nome completo da vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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

5 - Nome completo: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO 6 - CPF: 062 711 184 02
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA SANTA RITA 9 - Número: 411 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM FRAGOSO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53060-535
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98519 1044

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: 3220 CONTA: 12527 6
(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, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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

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, OLINDA-PE, 10 DE FEVEREIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114001245**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2020** às **10:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PAN NORDESTINA, 01** - Bairro: **FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53140-080**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA** Data de Nascimento: **21/5/1987** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7155835/SDS/PE (RG) 06271118402 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 85191044**

Endereço Residencial: **RUA SANTA RITA, 411 - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL**

NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGQ6359** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA CONDUZIA SUA MOTO E UM AUTOMOVEL DE PLACA E CONDUTOR NAO IDENTIFICADO INVADIU A FAIXA DE TRANSITO POR ONDE TRAFEGAVA FAZENDO-O PERDER O EQUILIBRIO E CAIR COM A MOTO PISTA DE ROLAMENTO DA VIA . O NOTICIANTE DECLAROU QUE POPULARES O SOCORRERAM PARA UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFIDO PARA O MIGUEL ARRAES VOLTOU A UPA DE OLINDA E DE LA FORA TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA DE MISERICORDIA.

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

X *SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO*
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *MAURÍCIO FERNANDO ARAÚJO DA SILVA* - Matrícula: **152497-6**
(Liberado em **07/02/2020** às **11:02**)



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: 062 711 184 02 4 - Nome completo da vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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

5 - Nome completo: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO 6 - CPF: 062 711 184 02
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA SANTA RITA 9 - Número: 411 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: JARDIM FRAGOSO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53060-535
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 98519 1044

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: 3220 CONTA: 12527 6
(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, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou 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

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, OLINDA-PE, 10 DE FEVEREIRO DE 2020

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
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: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000012527-6

Nr. da Autenticação BD86244DE7D26F1F

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **7155835 SDS PE**

CPF: **062.711.184-02** DATA NASCIMENTO: **21/05/1987**

FILIAÇÃO: **JOAO FERREIRA JUSTINO**
MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA

PERMISSÃO: **A** ACC: **A** CAT. HAB: **A**

IP REGISTRO: **06226555968** VALIDADE: **12/09/2024** EXPIRAÇÃO: **10/11/2014**

OBSERVAÇÕES:

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **OLINDA, PE** DATA EMISSÃO: **12/09/2019**

Roberto Fontella
Roberto Carlos Moreira Fontella
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1928405995

PROIBIDO PLASTIFICAR
1928405995

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA

DETRAN - PE Nº **015103620700**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **1** COD. RENAVAM: **590878220** R.M.T.R.C.: ********* EXERCÍCIO: **2020**

NOME: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**

OLINDA-PE **0**

CPF / CNPJ: **062.711.184-02** PLACA: **PGQ6359**

PLACA ANT. / UF: ******* / PE** CHASSI: **9C2KD0540ER009082**

ESPECIE TIPO: **PAS / MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL: **ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO: **HONDA/NXR150 BROS ESD** ANO FAB: **2013** ANO MOD: **2014**

CAP. POT. / CL: **2P/149CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA ÚNICA: **IPVA 2020 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA: **1º *******
2º *****
3º *****

FAIXA / PVA: **1** PARCELAMENTO / COTAS: *********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **8.10** IOF (R\$): **0.05** PRÊMIO TOTAL (R\$): **12.30** DATA DE PAGAMENTO: **09/01/20**

OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA**

Roberto Fontella
OLINDA DATA: **13/01/20**
Roberto Carlos Moreira Fontella
DIRETOR PRES





GTC RECIFE PE PL2
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
RUA STA RITA 411 CA
JARDIM FRAGOSO
53060-535 - OLINDA - PE



7213512820 25611 00004177693 30 280120

AD: 96617693

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/09/2019 20:16

	Nome Paciente:	SILAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32
	Senha:	0354
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 17/09/2019 20:21 - 17/09/2019 20:21

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATA TRAUMA EM MAO D APOS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/09/2019 20:21

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/09/2019 23:43



Nome Paciente:

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Senha:

Convênio:

Atendimento:

SAME:

SAME: 116174

Paciente SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO

Nome Social

Dt Nascimento 21/05/1987

Registro : 129511

Mãe MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA

Pai

Endereço RUA SANTA RITA

Nº 411

Bairro FRAGOSO

Cidade OLINDA

Período: 18/09/2019 00:11 - 18/09/2019 00:16

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE REFERE DOR EM MSD CLAVICULA E MÃO D AMESMA C/ LESÃO JÁ SUTURADA

Medicamento(s):

NEGA FAZER USO DE MEDICAÇÃO DIARIAMENTE /NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / AVE / CARDIOPATIA / ASMA

Observação:

PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA C/ SENHA 5773707/NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / AVE / CARDIOPATIA / ASMA . PACIENTE EM AR AMBIENTE NORMOCORADO C/ QUEIXAS DE DOR EM MSD E MÃO APÓS QUEDA DE MOTO , NEGA VÔMITO E OU DESMAIO .

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 2
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 74.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM
- GLICOSE: 101.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.90 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

REVISADO
NEP-HMA

FATURADO
Felipe Marques

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2019 00:17

Atendimento: 495621

Senha da Classificação:

0048

Data e Hora: 18/09/2019 00:25

Paciente: 129511 SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/05/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA SANTA RITA

411

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queixa principal de dor no membro superior direito, com início há alguns dias, caracterizada por dor aguda, constante, que piora com o movimento de flexão e extensão do cotovelo. Não há inchaço, vermelhidão ou febre.

Exame Físico

Inspeção: Membro superior direito com dor à palpação no antebraço. Não há edema, vermelhidão ou deformidade. Força muscular preservada.

Hipotese Diagnostico

Lesão no membro superior direito - suspeita de lesão ligamentar.

Prescrição Médica

Prescrição de analgésico para controle da dor. Encaminhado ao setor de fisioterapia para avaliação e tratamento. Solicitar exames de imagem para avaliação da lesão.

Dr. [Assinatura]

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

EXAME REUROLÓGICOAvaliação Primária: Alerta ☒ Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas ☒ Anisocóricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Loló () Maconha () Cola () Cocaina () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N () Não
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIAUHT 10105773707**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ☒

Ons 17/09/19

Local e data

LEONARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEPE - 9208
MT: 01071111

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 495621 Prontuário: 129511 SAME: 116174 Hora Atend: 00:25 Data Atend: 18/09/2019
Paciente..... : SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO Idade: 32 a
Endereço..... : RUA SANTA RITA
Bairro..... : FRAGOSO UF.: PE CEP: 53060535
Cidade..... : OLINDA Plano...: PLANO UNICO
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... :
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/09/2019 Hora Saída : 07:20

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



DECLARAÇÃO

- Declaramos para os devidos fins, que o paciente **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**, prontuário nº **1187080**, admitido neste hospital em 19/09/2019 com diagnóstico de Fratura luxação acrômio clavicular direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 25/09/2019.

Recife, 29 de Outubro de 2019.

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

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO RECEBEDOR

HSA

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Syllas Ferreira de Souza Junior

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - SEXO

MULHER

7 - FEM

3

8 - NÚMERO IDENTIFICADOR

661049

9 - TIPO DE PACIENTE

10 - TIPO DE PACIENTE

11 - NOME DO PAI

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - TELEFONE DE CONTATO

17 - CID - CID-10

18 - CID-10

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - INTERIOR

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID-10 PRINCIPAL

25 - CID-10 SECUNDÁRIO

26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Lusaca acromioclavicular + Tenomiotomia

28 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0408010185

29 - SOLICITAÇÃO DE VARIANTE (SE FOR O CASO) DE ACOMPANHANTE

30 - DATA DE ACOMPANHANTE

31 - DATA DE ACOMPANHANTE

32 - DATA DE ACOMPANHANTE

33 - DATA DE ACOMPANHANTE

040302001 + 0408060430

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Ancora

35 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

070203002303

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente admitido com Lusaca acromioclavicular direito, sendo submetido a procedimento cirúrgico, sem início de cicatrizes.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Alvaro Gonçalves da Costa Lima

39 - DOCUMENTO

40 - DOCUMENTO (CÓPIA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA

43 - DATA

04810398480

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DATA DE EMISSÃO

46 - DATA DE EMISSÃO

47 - DOCUMENTO

48 - DOCUMENTO (CÓPIA) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA

51 - DATA

Registro:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32 ANO(S)

Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA

CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S431 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento cirúrgico de luxação acrômioclavicular
(COD: 040801018-5) + Tenomiotomia (COD: 040806046-8) + Neurólise (COD:
040302007-7) + Tenomiorrafia (COD: 040806045-0) CÓDIGO: 040801018-5
040806046-8
040302007-7
040806045-0

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de luxação acrômioclavicular (COD:
040801018-5) + Tenomiotomia (COD: 040806046-8) + Neurólise (COD: 040302007-7) +
Tenomiorrafia (COD: 040806045-0)

CÓDIGO:040801018-5
040806046-8
040302007-7
040806045-0

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:ALVAO COSTA	19793
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:BLOQUEIO DE PLEXO	
5	ANESTESISTA	:MAURO CASADO	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS





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:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32 ANO(S)

Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA

CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. PRISCILLA DE CARVALHO GRECH
CRM: 27539





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: 661049 Prontuário: 1187080 Data de Nascimento: 21/05/87 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife: 24/09/2019 - 14:49

Diagnóstico pré-operatório: Luxação acrômioclavicular D

Diagnóstico pós-operatório: Luxação acrômioclavicular D

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de luxação acrômioclavicular (COD: 040801018-5) + Tenomiotomia (COD: 040806046-8) + Neurólise (COD: 040302007-7) + Tenomiorrafia (COD: 040806045-0)

Cirurgião: Álvaro Da Costa Lima

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: Mauro

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 em tipo "golpe de sabre" do ombro. Dissecção por planos e hemostasia. Tenomiotomia de trapézio e peitoral maior. Identificado o foco de luxação. Neurólise de nervo supraclavicular. Realizado a redução da luxação e fixação com 01 âncora em base de processo coracóide (carregada com 2 fios de ethibond), e fixação de articulação acromioclavicular com 01 fio de kirschner, com sutura de ligamento acromio-clavicular superior. Tenomiorrafia de músculo peitoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo

MEDICO: Dr. ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA
CRM: 19793



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:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32 ANO(S)
Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019



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:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32 ANO(S)
Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **7155835 SDS PE**

CPF: **062.711.184-02** DATA NASCIMENTO: **21/05/1987**

FILIAÇÃO: **JOAO FERREIRA JUSTINO**
MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA

PERMISSÃO: **A** ACC: **A** CAT. HAB: **A**

IP REGISTRO: **06226555968** VALIDADE: **12/09/2024** EXPIRAÇÃO: **10/11/2014**

OBSERVAÇÕES:

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **OLINDA, PE** DATA EMISSÃO: **12/09/2019**

Roberto Fontella
Roberto Carlos Moreira Fontella
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1928405995

PROIBIDO PLASTIFICAR
1928405995

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA

DETRAN - PE Nº **015103620700**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **1** COD. RENAVAM: **590878220** R.M.T.R.C.: ********* EXERCÍCIO: **2020**

NOME: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**

OLINDA-PE **0**

CPF / CNPJ: **062.711.184-02** PLACA: **PGQ6359**

PLACA ANT. / UF: ******* / PE** CHASSI: **9C2KD0540ER009082**

ESPECIE TIPO: **PAS / MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL: **ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO: **HONDA/NXR150 BROS ESD** ANO FAB: **2013** ANO MOD: **2014**

CAP. POT. / CL: **2P/149CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA ÚNICA: **IPVA 2020 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA: **1º *******
2º *****
3º *****

FAIXA / PVA: **1** PARCELAMENTO / COTAS: *********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **8.10** IOF (R\$): **0.05** PRÊMIO TOTAL (R\$): **12.30** DATA DE PAGAMENTO: **09/01/20**

OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA**

Roberto Fontella
OLINDA DATA: **13/01/20**
Roberto Carlos Moreira Fontella
DIRETOR PRES





GTC RECIFE PE PL2
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
RUA STA RITA 411 CA
JARDIM FRAGOSO
53060-535 - OLINDA - PE



7213512820 25611 00004177693 30 280120

AD: 96617693

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059596/20

Vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

CPF: 062.711.184-02

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/09/2019

Titular do CPF: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO : 062.711.184-02

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: 13/02/2020
Nome: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
CPF: 062.711.184-02

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200073526 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 17/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A
JUSTINO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVÍCULAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

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 DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.11_CIRURGIA.

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