

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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 JUSINO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSINO

6 - CPF:
062 711 184 02

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA SANTA RITA

9 - Número:
411

10 - Complemento:
53060-535

11 - Bairro:

JARDIM FRAGOSO

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:
PE

14 - CEP:
53060-535

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
(81) 9 8519 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 Lider 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Sim Não

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (var nascer)?

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

EPC 001 / 002 / 1010

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 - Culposo (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: **MOTOBOMBEIRO** 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)

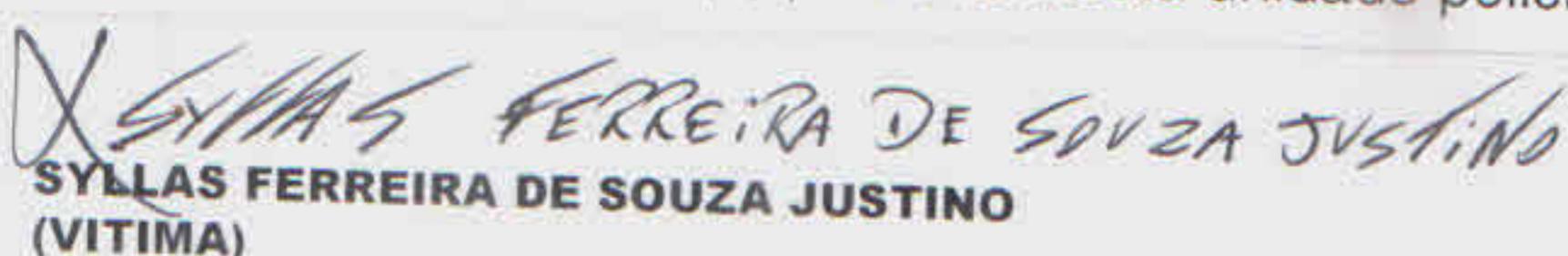
MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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


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 JUSINO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSINO

6 - CPF:
062 711 184 02

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA SANTA RITA

9 - Número:
411

11 - Bairro:

JARDIM FRAGOSO

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:
PE

14 - CEP:
53060-535

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
(81) 9 8519 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 Lider 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim
 Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
nascituro (var 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 Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

EPC 001 / 002 / 1010

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA			
DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA:	ODD. RENAVAM:	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO:
1	590878220	*****	2020
NOME: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO			
OLINDA - PE 0			
CPF / CNPJ:	PLACA:		
062.711.184-02	PGQ6359		
PLACA ANTO. UF:	CHASSI:		
***** /PE	9C2KD0540ER009082		
ESPECIE TIPO: PAS /MOTOCICLETA			
MARCA / MÓDELO: HONDA / NXR150 Bros ESD			
ANO FAB.:	ANO MOD.:		
2013	2014		
DAP / POT / CIL:	CATEGORIA:		
29 / 149 CL	PARTIC		
I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS
P	IPVA 2020 QUITADO		1º *****
V	PAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
A	1	*****	3º *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IPF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
8.10		0.05	12.30
DATA DE PAGAMENTO: 09/01/20			
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA			
OLINDA Roberto Carlos Moreira Fontelle 13/01/20			
Roberto Carlos Moreira Fontelle DIRETOR PRES. 09/01/20			





AD: 95617693



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



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

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

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

	Nome Paciente:	SAME: 116174
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	Paciente SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO
	Sexo:	Nome Social:
	Idade:	Dt Nascimento: 21/05/1987 Registro : 129511
	Senha:	Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA
	Convênio:	Pai:
	Atendimento:	Endereço: RUA SANTA RITA
		Bairro: FRAGOSO
		Cidade: OLINDA
	SAME:	Nº 411

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 FERMENTO PERFORANTE

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:

Enfermeira:

REVISADO
NEON

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

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Prescrição Médica

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência

Transferido: Para _____ Senha: _____

Encaminhado ao setor de Internação

EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo 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 Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo 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()

Lolô() Maconha() Cola() Cocaina() Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Êxtase()

CONDUTA CLINICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Imobilização Tala-Gessada: S() N() 11/2010

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar:

Infusão de Fluídos: S() N() Especificar:

Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Volume de Fluidos Infundido:

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Outras Condutas:

Entubação Orotraqueal: S() N()

Intercorrências:

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

aih Póip 5773707

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:

Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Hora:

Onus AOR
Local e data

LEONARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CRM/PE - 9208
Médico Emergente
INT: 0107

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

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

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
CRM/PE - 13434

Drª 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 SOLICITANTE

HSA

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Silva Ferreira de Souza Júnior

4 - UNIDADE FAMILIAR

CENTRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - NOME PRINCIPAL

661044

7 - UNIDADE FAMILIAR

TO TECASOR TO TECMA

8 - SEXO

MASC

9 - IDADE

3

10 - TELEFONE DE CONTACTO

11 - TELEFONE DE COMUNICAÇÃO

12 - NOME DO MARIDO

13 - NOME DA RESPONSÁVEL

14 - ENDERECO (RUA, N° BARRA)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - CÓDIGO MUNICÍPIO 10 - 07

17 - CID

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SO CITADO ANTERIOR

22 - CODIGO DO PROCEDIMENTO (INTENSO)

23 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / MUDANÇA

24 - CODIGO DO PROCEDIMENTO (MODIFICA)

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CODIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CODIGO DAS ASSOCIAÇÕES

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO (INTENSO)

30 - CODIGO DO PROCEDIMENTO (INTENSO) 0408010185

31 - DESCRICAO DO DIÁRIO DE VIDA E QUIDADE DE VIDA IMPARIGANTE

32 - CODIGO DO PROCEDIMENTO (MODIFICA) 0408060462

DIÁRIA DE VIDA IMPARIGANTE

DIÁRIA DE VIDA

DIÁRIA DE VIDA

DIÁRIA DE VIDA

33 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO (ESPECIAL)

34 - CODIGO DO PROCEDIMENTO (MODIFICA)

04080007 + 040806430

35 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO (ESPECIAL)

36 - CODIGO DO PROCEDIMENTO (MODIFICA)

0702030023 05

37 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO (ESPECIAL)

38 - CODIGO DO PROCEDIMENTO (MODIFICA)

39 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO (ESPECIAL)

40 - CODIGO DO PROCEDIMENTO (MODIFICA)

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente admitido com quadro clínico de dor abdominal aguda, diarreia, sendo submetido a procedimento cirúrgico, sem indicações.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DOCUMENTO

44 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - TENS - 20%

04810398480

46 - S/

47 - S/

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DOCUMENTO

50 - NÚMERO DE EMISSÃO

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - TENS - 10%

53 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

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



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

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. PRISCILLA DE CARVALHO GRECH
CRM: 27539



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 acrômiooclavicular D
Diagnóstico pós-operatório: Luxação acrômiooclavicular D

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de luxação acrômiooclavicular (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 antisepsia.
- 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 acromiooclavicular 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 SOCORRO ALVES 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)

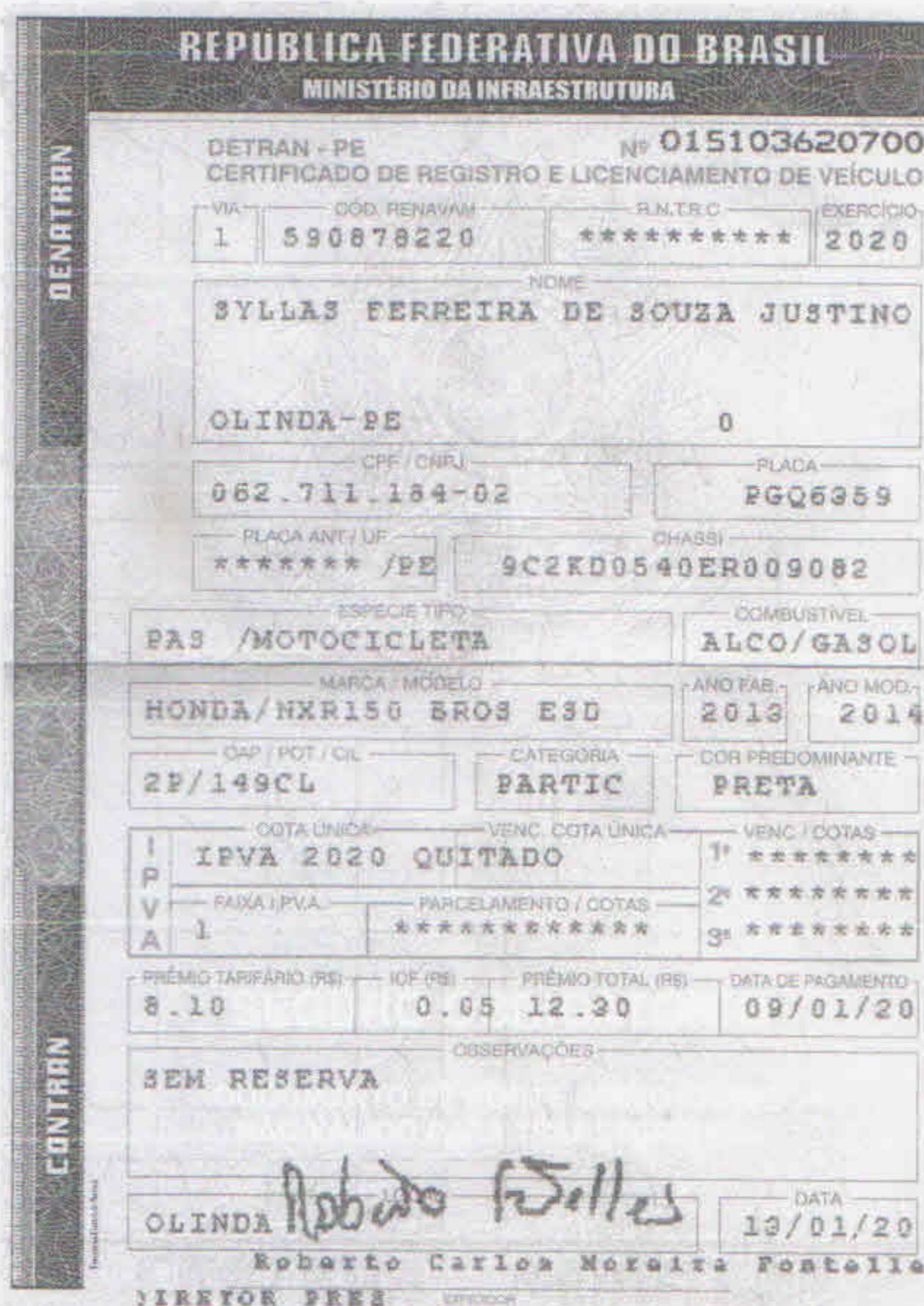
Nome do Paciente: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA

CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019







AD: 95617693



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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059596/20

Vítima: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

CPF: 062.711.184-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2019

Titular do CPF: SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVÍCULAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). 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