

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, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

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, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

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, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000049655-1

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,





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107ªCIRC
DINTER1/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **20E0197000294**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/04/2020** às **12:22**

Complemento o BO Número: **20E0197000293**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **27/1/2020** às **19:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, AVENIDA CLETO CAMPELO** - Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR / AGENTE)
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (OUTRO)
JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**

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

JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DE SOUZA** Data de Nascimento: **15/2/2002** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLIN FIDELIS DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

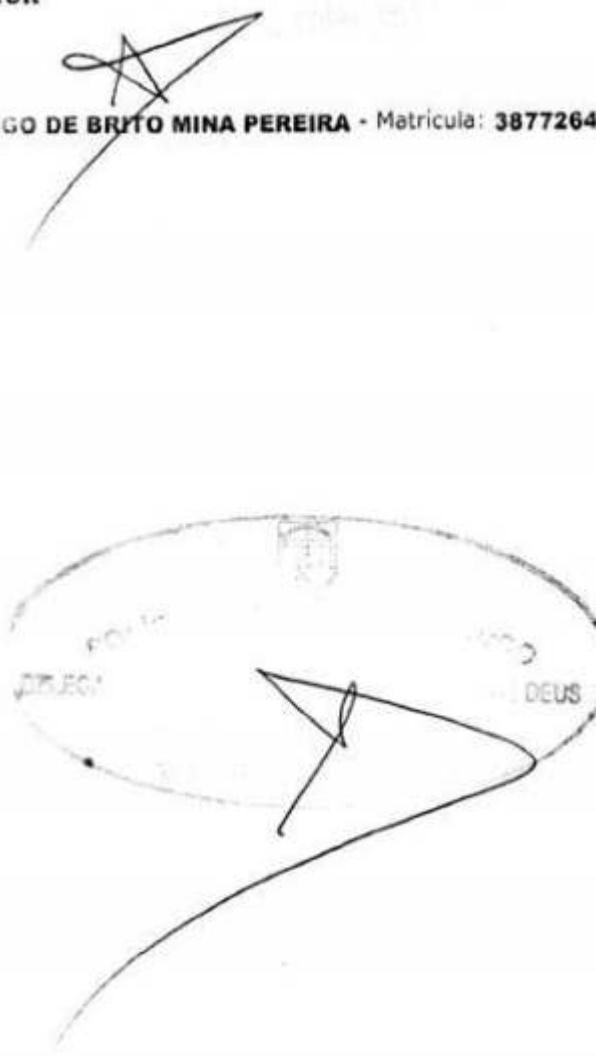
Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO. A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVICULA E O NUMERO DO PRONTUARIO DA UPA MESTRE CAMARA CONFIRMANDO O FATO É O 764118.

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

JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA - Matricula: 3877264



Bandeira do Estado
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS -
DP107ªCIRC DINTER1/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0197000315

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/05/2020 às 15:18**

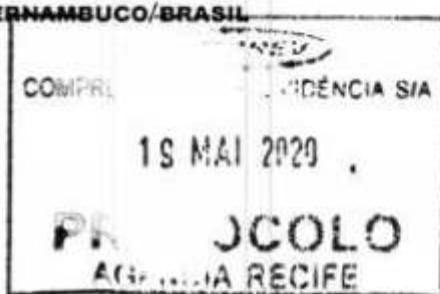
Complementa o BO Número: **20E0197000294**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 27/1/2020 às 19:05

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, AVENIDA CLETO CAMPELO** - Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR / AGENTE)
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (OUTRO)
JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**

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

JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DE SOUZA** Data de Nascimento: **15/2/2002** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLIN FIDELIS DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEE4070** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **397588887** Chassi: **9C2ND0910BR220622**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

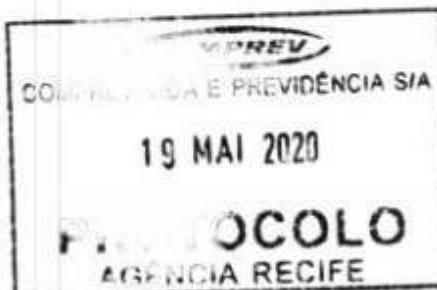
Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO. A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVÍCULA E O NUMERO DO PRONTUARIO DA UPA MESTRE CAMARAQO CONFIRMANDO O FATO É O 764118.

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

**JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA** - Matrícula: **3877264**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **20E0197000293**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/04/2020** às **12:15**

Complementado pelo BO Número: **20E0197000294**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **27/1/2020** às **19:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA BERENICE ARAUJO - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR \ AGENTE)
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (OUTRO)
J.M.B.J. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): J.M.B.J. (Menor de Idade)

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

J.M.B.J. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DE SOUZA** Data de Nascimento: **15/2/2002** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLIN FIDELIS DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

REV CO	PREVIDÊNCIA SIA 19 MAI 2020
OCOLO <small>AC. RECIFE</small>	

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO. A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVICULA E O NUMERO DO PRONTUARIO DA UPA MESTRE CAMARA CONFIRMANDO O FATO É O 764118.

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

**J.M.B.J. (Menor de Idade)
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA - Matrícula: 3877264**



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: 12/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000049655-1

Nr. da Autenticação CFFDE9F8B8D7E8F1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

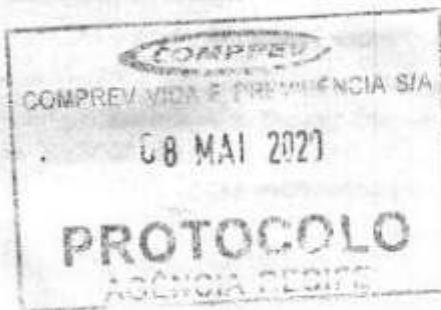
Brejo da Madre de Deus , 15 de fevereiro de 2020.

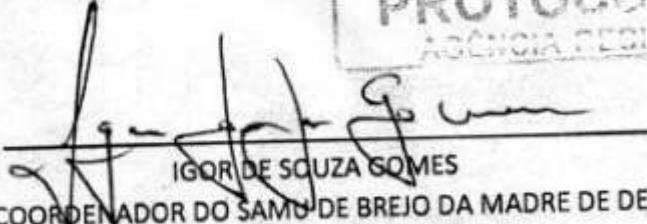
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins , em atenção a pedido dos familiares do senhor José messias bezerra junior , portador do RG: 10.421.392-SDS e do CPF: 130.701.494-13, que consta nos registros de ocorrências do SAMU, base descentralizada, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, com ID: 0227, no dia 27/01/2020, ás 17H:05 min, na RUA cleto campelo , Bairro centro , Brejo da Madre de Deus, vítima de acidente de moto, tendo sido enviado a USB , que prestou atendimento a vítima no local , transportando o mesmo para a UPA Mestre Camarão, no município de Brejo da Madre de Deus , sendo atendido pela equipe da unidade .

Ainda de acordo com os registros de informações do SAMU , foi realizado protocolo de trauma + imobilização de prováveis fraturas + AVP para veículo medicamentoso .

Brejo da Madre de Deus,15 de fevereiro de 2020




IGOR DE SOUZA GOMES
COORDENADOR DO SAMU DE BREJO DA MADRE DE DEUS.
COREN:346.324-PE

PACIENTE

LEITO:

MÉDICO

DATA:

CONVÊNIO:

REGISTRO:

HOSPITAL MEMORIAL
São Gabriel

HOSPITAL MEMORIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA		VIA	HORÁRIO
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			



Nº PRONTUARIO
57070

DATA DE ENTRADA
30/01/2020 ÀS 17:32

Nº REGISTRO
8029

BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR			SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 15/02/2002	IDADE: 17 anos, 11 meses e 15 dias
NOME DA MAE: MARIA APARECIDA DE SOUZA		NOME DO PAI: JOSE MESSIAS BEZERRA	IDENTIDADE: 10421392	CPF: 130.701.494-13	TELEFONE: (81) 99795-0663
ENDERECO: ERASMO DE OLIVEIRA	Nº: 28	BAIRRO: CENTRO	CIDADE: BREJO DA MADRE DE DEUS	UF: PE	CEP: 55170000
CONVÉNIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA:	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HBG	
CRM/MEDICO: 015582 GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA	ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: AMANDASOUZA		
BLOCO: 3º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 306	LEITO: B	ESTADO CIVIL: CARUARU	PROFISSÃO:	

Queixa Principal:

Doente de alta

História Clínica:

Curado há 30 dias
(exceção)

Exames:

CD: tratamento Okwro

HD:

*Dr.
TRAI
CRAB
MTH*

Condição: Curado Melhorado Transferido Óbito

Data Alta: ____ / ____ / ____ Hora: ____

Médico Responsável: _____

✓ Maria Aparecida de Souza
Paciente ou Responsável

AMANDASOUZA



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
 Prontuário: 570/70
 Sexo: Masculino
 Localização: 3ANDA, ENF308, B
 Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos
 Convênio: PARTICULAR HSG
 C.I.D.:
 Entrada: 30/01/2020 às 17:32
 Alta:

Evolução do paciente

31/01/2020 às 06:33:21 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, B

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

1 - CABECALHO

1.1 - Jejum:
 Não

1.2 - Acesso Venoso:
 Sim
 Locat:

2 - EXAME FÍSICO

3 - Eliminações fisiológicas

4 - Integridades da pele

4.1 - Estado Geral: Regular

4.2 - Nível de Consciência:

Consciente
 Orientado
 Calmo

4.3 - Hidratação: Hidratado

4.4 - Sono e repouso: Preservado

4.5 - Higiene Corporal: Adequada

4.6 - Higiene Bucal: Adequada

4.7 - Alimentação:

Via Oral
 Tipo:
 Boa Aceitação

4.8 - Deambulação: Dependente e/ou com auxílio

4.9 - Regulação Térmica: Afebril

4.10 - Oxigenação:

Eupnélico

4.11 - Regulação Vascular: Normocárdico

4.12 - P脉: Cheio

4.13 - Regulação Abdominal:

Pano
 Indolor

4.14 - Hábito Urinário:

Espontâneo

4.15 - Ferida Operatoria:

Sim
 Local:

4.16 - Dreno:

Não

5 - Diagnóstico de Enfermagem

Risco para infecção
 Risco para sangramento

6 - Condutas de Enfermagem:
 Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPIs e técnicas assépticas.



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Prontuário: 570/70

Registro: 8029

Sexo: Masculino

Idade: 17a 11m 16d

Localização: 3 ANDA, ENF308 B

Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos

Convênio: PARTICULAR HSG

CID:

Entrada: 30/01/2020 às 17:32

Alta:

Evolução do paciente

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo.

Avaliar o processo de cicatrização da ferida operatória.

Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de sinais flogísticos.

Encorajar a desambulação independente, dentro dos limites seguros.

Orientar quanto à desambulação precoce.

Explicar ao paciente a rotina do hospital e os procedimentos a serem realizados.

Oferecer informação sobre os cuidados no pré e no pós-operatório.

Oferecer apoio e minimizar a ansiedade.

Administrar medicação conforme prescrição médica.

Oferecer conforto ao paciente.

Orientar quanto à importância de manter uma boa higienização para diminuir os riscos de infecção.

7 - Evolução Enfermagem

7.1 - Descrição

PACIENTE EM P.O.I TTO CIRÚRGICO DE PUNHO ESQUERDO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADO, ACONÓTICO, ANICTERICO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, SEM QUEXAS. TALA GESSADA EM MSE, MEMBRO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA. PACIENTE JA ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

8 - Avaliação do Grau de Risco - Escala de Braden

8.1 - Percepção Sensorial: Levemente Limitado

8.2 - Umidade: Rara

8.3 - Atividade: Desambula Ocasionalmente

8.4 - Mobilidade: Discreta Limitação

8.5 - Nutrição: Inadequada

8.6 - Fricção/Deslizamento: Sem Problema Aparente

8.7 - Total: 18 Pontos

9 - Escala de Coma de Glasgow

9.1 - Abertura Ocular: Espontânea

9.2 - Resposta Verbal: Orientado e Conversando

9.3 - Resultado: 15 Pontos

9.4 - Resposta Motora: Ao Comando

Simone Rafaela de Andrade Santos
COREN PE-199796-ENF-PE - 199796-ENF.

DATA: _____ / _____ / _____

HORA: _____ - _____ - _____

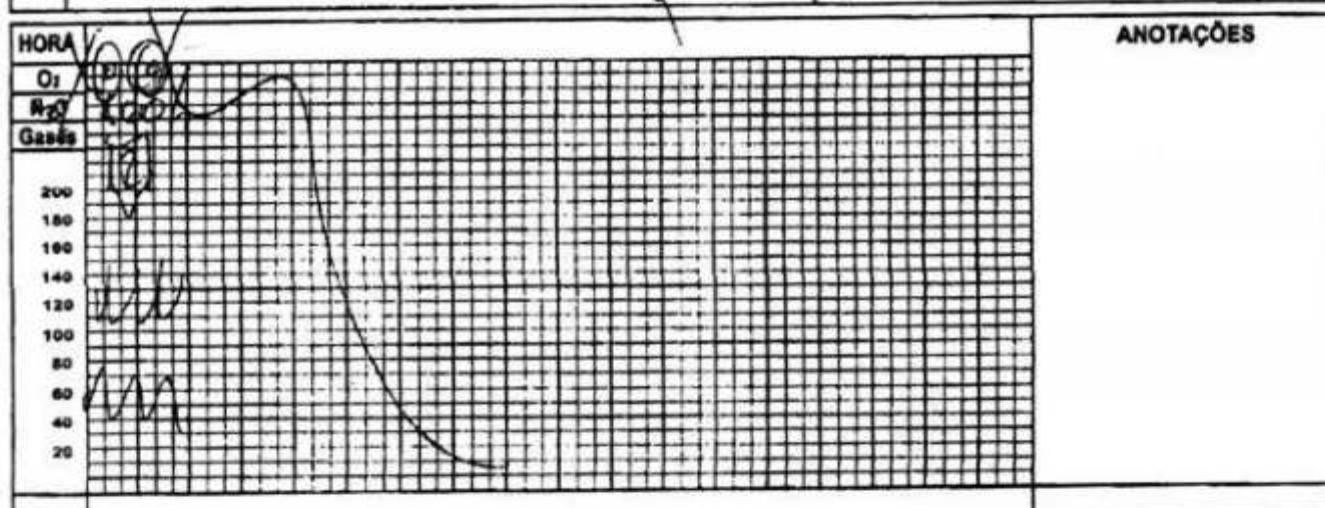
CATEGORIA

Pediatria

FICHA DE ANESTESIA

NOME:	<i>José Messias Bezerra Jun. DK</i>				DATA:	<i>30/01/2020</i>	REG:
SEXO:	COR:	IDADE:	17	PESO:	ALT:	HOSPITAL:	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								
PRÉ-OPERATÓRIO	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO
	GRUPO SANGUE	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA			
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS	<i>Venosa</i>			
	NA	K	CL	RESERVA ACL				
OP. PROPOSTA	<i>40 CIR. fechado Punto 40.</i>				ALERGIA:			
OP. REALIZADA:					ANEST. ANTERIOR:			
					PRÉ-ANESTÉSICO:			



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂				
① <i>Corofa</i>	<i>200</i>		Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda				Intubação
			Posição	Local Puncão	Liq. Ret.	Téc. Inj.	
			Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final	
			Resultado	Reflexo			
			Duração da Op.		Duração da Anest.		
			Monitorização				
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR	CIRC RESP S.R

L.Bezerra
Médico Cirurgião

J.P.
Médico Anestesiista



HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

iii 43

PACIENTE	REGISTRO	DATA
CONVÉNIO	PROcedimento	
CIRURGÃO	ANESTESISTA	
1º AUXILIAR	2º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR	INÍCIO	TERMINO
ANESTESIA	CIRCULANTE	

Fase de suministro	Quanti
Argodito c/agujeta nf	
A godojo c/agujeta	
Capsolit nf	
Catapl. Estimulante nf	
Catgut Simplex nf	
Cithabond nf	
Fio de Ago nf	
Kits Catártica	
Monocryl nf	
Nylon nf	
UDS nf	
Proline n°	
Seda nf	
Vicril nf	
Fio de cerclagem nf	
Fio de cir. Esplenom. nf	

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TERMINO
Taxa de aspirativo de anestesia	-	
Taxa de Aspiração	-	
Taxa de Biotur Líquido	-	
Taxa de Monitoramento	10%	
Taxa de Monitor Cardíaco	-	
Taxa de Monitor	-	
Taxa de Oximetria de Pulso	-	
Taxa de Sais	-	
Taxa de Válvula erógena	-	

TAREAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TERMINO
Carregamento		
Extrator de componentes		
Montagem		
Verificação		
Entrega		



FICHA DE INTERNAÇÃO
TERMO DE RESPONSABILIDADE

AV. PEDRO JORDÃO, 734 - MAURÍCIO DE NASSAU - FONE: (81) 3727-7250 - CEP: 55.014-320 - CARUARU - PE

DADOS DO PACIENTE			
Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR		Registro: 8029	
Nascimento: 15/02/2002	17 Anos	Sexo: Masculino	Natural: CARUARU
Identidade: 10421392	CPF: 130.701.494-13	Profissão:	
Endereço: ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS		Bairro: CENTRO	
Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS	UF	CEP: 55170000	
Filiação: MARIA APARECIDA DE SOUZA	/ JOSE MESSIAS BEZERRA		
Telefone: (81) 99795-0663	Celular:	Religião:	
DADOS DA INTERNAÇÃO			
Médico Internação: GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA		Prontuário: 57070	
Convênio: PARTICULAR HSG		Data Internação:	
Matrícula:	Guia:	Validade Guia:	Senha:
Tipo Acomodação: Enfermaria		Clínica: Cirúrgica	
Bloco: 3º ANDAR	Acomodação: ENFERMARIA 308	Leito: B	
DADOS DO RESPONSÁVEL			
Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR		CPF: 130.701.494-13	Identidade: 10421392
Endereço: ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS		Bairro: CENTRO	
Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS		UF	Telefone: 81997950663

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O responsável, já devidamente qualificado e abaixo assinado, declara para todos os efeitos de direito que assume plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e/ou principal, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima residente e domiciliado no endereço supra mencionado, atendido e/ou internado neste Hospital.

No caso de o paciente acima mencionado ser associado a qualquer instituição que mantenha convênio com este Hospital, seja para pagamento total ou parcial do tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial, declara para todos os fins de direito que assume inteira responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital pela instituição conveniada, seja a que título for, incluindo atraso de pagamento em relação ao pactuado entre Instituição e o Hospital.

Declaro, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidos de juros de mora a partir da alta hospitalar, despesas de cobrança e correção pelos índices de juros bancários.

Outrossim, autorizo que as despesas que forem realizadas, seja(m) em dívida(s)/duplicata(s) correspondente(s) a esses valores, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento do(a) referido(s) título(s).

Fica eleito como fórum competente para dirimir eventuais dissídios decorrentes deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, o fórum da comarca de CARUARU/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais especial que seja.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Este hospital não dispõe de qualquer tipo de cofre para guarda de pertences e/ou valores de seus pacientes e/ou acompanhantes, como também nenhum funcionário do Hospital encontra-se autorizado a proceder à guarda e/ou vigilância dos mesmos, cabendo aos senhores pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e, vigilância de seus pertences e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando de sua(s) ausência(s).

Caso o paciente de CONVÉNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja solicitada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento dela diferença no ato da internação.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Sera realizado algum outro procedimento além do que está autorizado na guia do convênio? (Sim Não)

(Caso afirmativo Descreva)

COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? (SIM NÃO)

Caruaru, 30 de Janeiro de 2020

... Maria Aparecida de Souza

Fornecimento de cópia de prontuário.

... / Caruaru
HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C
Usuário Internação:



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRÚRGICAS

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aí contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas assim a possibilidade de de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que para evitar sangramento não devo ingerir produtos com aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiologista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados

do sangue incluindo AIDS e hepatite. Estou ciente de que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados. Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, dos resultados antecipados do tratamento proposto, de outras possíveis alternativas de tratamento para esta patologia, e dos possíveis riscos conhecidos, complicações e dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Assinatura do paciente ou do responsável: Maria Aparecida de Souza

Nome em letra de forma: Maria Aparecida de Souza RG: _____

CPF: _____

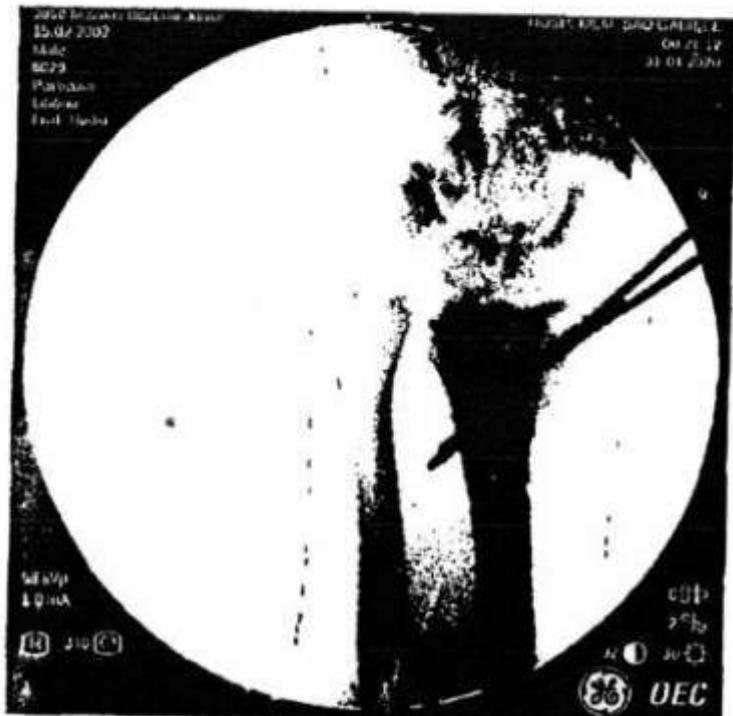
O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o no tratamento) e resultados antecipados, foram explicados por mim ao paciente ou ao seu responsável antes que o consentimento fosse assinado.

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____

Assinatura do médico: _____

NOME em letra de forma: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhes todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.



RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

OPERAÇÃO REALIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

DATA:

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR(A):

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

1 - PREPARO DO CAMPO

4 - TÉCNICA E TÁTICA

7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

2 - VIA DE ACESSO

5 - FECHAMENTO (FIOS E SUTURA)

8 - GRÁFICO DA CIRURGIA

3 - ÓRGÃOS E LESÕES

6 - DRENO E SONDA (PENROSE, VERR, ETC.)

9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1	2	3
---	---	---

TRAUMA LIBOT
 CRM 15582-PEOT 13665
 TITULAR SBOTIBETO ASAMI



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
 Prontuário: 570/70
 Sexo: Masculino
 Localização: 3ANDA, ENF308, B
 Clínica: Cirúrgica

Registro: 8029
 Idade: 17a 11m 15d

Médico: Josefa vanusa gomes bezerra
 Convênio: PARTICULAR HSG
 C.I.D.:
 Entrada: 30/01/2020 às 17:32
 Alta:

Evolução do paciente

30/01/2020 às 17:58:46 - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, B

COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA

1 - Admissão de Enfermagem (Cirúrgica)

1.1 - Evolução

Paciente admitido nesse setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico, CIEGR, consciente, orientado, hidratado, normocorado, acomodado, anestésico, desambulando sem maca nem cadeira de rodas, com acompanhante com responsável, realizado tricotonis da área operatória, dieta oral zero (SIC), anexado ao prontuário exames de imagem HAS(-) dm(-) alergia(-), nega queixas, orientado quanto ao preparo do pré-operatório, aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

1.2 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
17:55	100X80	74	36	97

30/01/2020 às 18:55:39 - EVOLUÇÃO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRÚRGICO

Localização: 3ANDA, ENF308, B

COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA

1 - Evolução P/ Encaminhamento ao Bloco Cirúrgico

1.1 - Descrição:

Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico, sem intercorrências.

COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA- MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:

José Moisés Bezerra Júnior
foi assistido (a) em caráter de urgência nesta Unidade de
saúde, no dia 27/01/2020 tendo sofrido acidente.
motociclistico.

Brejo da Madre de Deus 11/02/2020.

Atenciosamente

Luedilva Silva
Direção Administrativa
MAT. 277
Diretora

Praça vereador Abel de Freitas S/N

Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000

UPA - MESTRE CAMARÃO

DATA
27/01/2020HORA
17:31PRONTUÁRIO
764118CARTAO SUS/RG
S.DNOME
José Bessias Bezerra JúniorDATA NASCIMENTO
15/02/2002IDADE
17 anosSEXO
MEST.CIVIL
SolteiroRESPONSÁVEL
Bai - Baia Aparecida de SouzaENDEREÇO
R. Enarmo de Oliveira Campo 28CIDADE
Brejo da Madre de DeusTELEFONE
[REDACTED]MÉDICO
DRA FRANCILEY + DR. AUGUSTOENFERMEIRO
ROSIMEREEXAME FÍSICO
Paciente levado pelo SAMU rebute de acidente
motociclistico agudo. Rx encaminhou para um
em clareira (1) e radiografia (2).

TCC 15

PA:
TEMPERATURA:

HGT:

PESO:

CONDUTA
① Trauma lumbosacral S1/S2 L1/L2 18/05
② Tiltar/ortostatismo V/L 00 FF
③ Enc. ao serviço especializado
Sentido:

- CONSULTA SIMPLES
 CONSULTA COM OBSERVAÇÃO
 TRANSFERÊNCIA
 ALTA APÓS MEDICAÇÃO

DR. FRANCILEY + DR. AUGUSTO
MÉDICODipirona
Dolox 2
N2Dr. Franciley Sant'Anna
Médico
Clínica Médica
CRM 17073
27 JAN 2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL JOSÉ CARLOS MANTANA

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: 27/01/2020 HORA: _____ ADMISSÃO: () Emergência () Enfermaria
NOME DO PACIENTE: José Messias Bezerra Júnior

N.º DO PRONTUÁRIO: _____ SEXO: Marc. IDADE: 17 anos

DESTINO: HOSPITAL Reg. Agreste DATA: _____ HORA: _____
DESTINO: FINAL _____ DATA: _____ HORA: _____

RESUMO DIAGNÓSTICO: Paciente subiu de quebra
de moto hsp. 12x induzindo fratura
de clavícula (L) e radio distal (R)
FCG = 15

JUSTIFICATIVA: Avaliação da traumato - Ortoped-
ica

DATA: 27 JAN. 2020 HORA: _____

MÉDICO ENCAMINHADOR
ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE
ASS. E CARIMBO

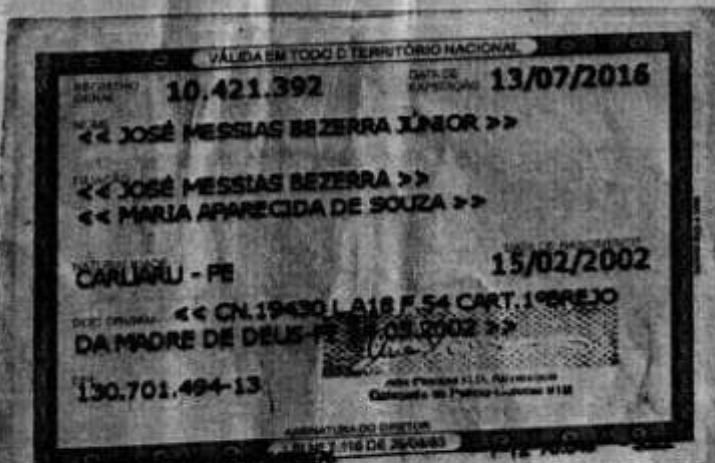
Senha: 5869959

RECIBO MÉDICO
JOSÉ MESSIAS BEZERRA JÚNIOR
CPF: 130.701.494-13

RECEBI A IMPORTÂNCIA DE R\$ 2.500,00 (SEIS MIL REIAS) REFERENTE À HONORARIO DE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE PUNHO ESQUERDO, NA DATA DE
30/01/2020.

CARUARU 20 DE FEVEREIRO 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
CRM 15582 – TEOT 13985
CPF:022.810.684-20



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE

Nº 012802000499

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO 35781519153

2 397888867 *****

FRANKLIN FIDELZ DE MOURA
RUA OUREM 111
BL02--APT203 SAN MARTIN
RECIFE-PE 50761-340

800.761.304-87 PEE4070

JAMOTO JASCATAC MOTOS E PEÇAS LTDA

PLACA/ANÚVIA CHASSI
***** 9C2ND0910BR220622

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/Modelo ANO/FAB. ANO/MOD.
HONDA/XRE 300 2011

CAP. MOTOR CIL. LARGURA PNEU DIANTEIRO
291CL PARTIC PRETA

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

RECIFE-PE 17/11/16
Charles Andrews Souza Ribeiro
Dir. Exec. Documentos DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200170786 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (FIOS DE KIRSCHNER NO RÁDIO)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. PÁG 5/6/7/15 A 17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO E MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200170786 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (FIOS DE KIRSCHNER NO RÁDIO)TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. PÁG 5/6/7/15 A 17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO E MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133283/20

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

CPF: 130.701.494-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2020

Titular do CPF: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR : 130.701.494-13

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: 08/05/2020
Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
CPF: 130.701.494-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

JONATAN BARBOSA DE BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133283/20

Número do Sinistro: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

CPF: 130.701.494-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2020

JOSE MESSIAS BEZERRA
JUNIOR

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 19/05/2020
Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
CPF: 130.701.494-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA