



Número: **0029959-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74251 104	28/01/2021 16:12	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 4020-1595 (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

Pep-0012300124 -carta_1 - INVALIDEZ



Carta nº 15762611





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 4020-1595 (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

Carta nº 15763986

Pag.: 0100510561-carta_3 - [INVALID]





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 4020-1595 (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

Pag. 0145501480 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15800126





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 4020-1595 (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 08. 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

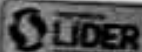
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, 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 Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. Dados do Segurado

Nome do Segurado: JOSE NESSIAS REZENDE JUNIOR
CPF: 130.741.594-13
Data de Nascimento: 21/05/1970
Endereço: R. CRISTO DE OLIVEIRA CAMPOS, 21
Centro, São João da Boa Vista, SP
CEP: 13.170-000
UF: SP

2. Dados do Segurador

Nome do Segurador: UNIBAN SEGUROS
CNPJ: 07.093.811/0001-00

3. Dados do Veículo

Modelo: FIAT UNO
Ano: 2010
Cor: BRANCO
Placa: SP-0000000

4. Dados do Seguro

Valor do Seguro: R\$ 1.000,00
Prêmio: R\$ 1.000,00
Data de Vigência: 01/01/2021
Data de Expiração: 31/12/2021

5. Assinaturas

Assinado por: JOSE NESSIAS REZENDE JUNIOR
Assinado por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Scanned by TapScanner





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0197000294

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

Complemento e DO 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: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, AVENIDA CLEYD CAMPELO - 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)
JOSE MEESIAS BEZERRA JUNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MEESIAS BEZERRA JUNIOR

Qualificação do(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE MEESIAS BEZERRA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA APARECIDA DE SOUZA Data de Nascimento: 15/22002 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55660-000 - 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 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANKLIN FIDELIS DE MOURA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MEESIAS BEZERRA JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (um/única)**

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 NÚMERO DO PRONTUÁRIO DA UPA MESTRE CARLOS CONFIRMANDO O FATO É O 784118.

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

File: \\FC_Acceleris\\users\\...\\antonio.yves.cordeiro.de.mello.junior

1/2



JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
(VITIMA)



B.O. registrado: 11 ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA • Matrícula: 3677264



2
0006

file:///C:/Users/usuario/Desktop/BOEPreview.html



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 27/1/2020 às 19:05

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA BERENICE ARAUJO -**
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)
J.M.B.J. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

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



Complemento / Observação

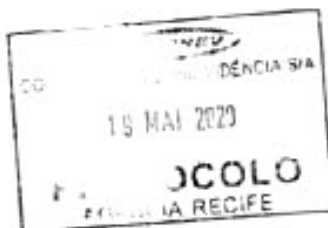
A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO.A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVICULA E O NUMERO DO PRONTUARIO DA UPA MESTRE CAMARAO CONFIRMANDO O FATO É O 764118.

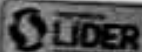


Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

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

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. Dados do Segurado

Nome do Segurado: JOSE NESSIAS REZENDE JUNIOR
CPF: 130.741.594-13
Data de Nascimento: 21/05/1970
Endereço: R. CRISTO DE OLIVEIRA CAMPOS, 21
Centro, São João da Boa Vista, SP
CEP: 13.170-000
UF: SP

2. Dados do Segurador

Nome do Segurador: UNIBAN SEGUROS
CNPJ: 06.940.110/0001-00
Endereço: Av. Paulista, 1.500, 15º andar, São Paulo, SP
CEP: 01305-900
UF: SP

3. Dados do Veículo

Modelo: FIAT UNO
Ano: 2000
Cor: BRANCO
Placa: SP-0000000
Tipo: VEICULO DE PASSAGEIRO

4. Dados do Seguro

Valor do Seguro: R\$ 1.000,00
Prêmio: R\$ 1.000,00
Data de Vigência: 01/01/2021
Data de Exatidão: 31/12/2021

5. Assinaturas

Assinado por: JOSE NESSIAS REZENDE JUNIOR
Assinado por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Scanned by TapScanner



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

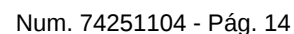
CONTA: 000000049655-1

Nr. da Autenticação CFFDE9F8B8D7E8F1



0000-0000-0000-0000

Anexo 1 - Tabela de Custos de Manutenção					Anexo 2 - Tabela de Custos de Manutenção		
Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Valor Total	Valor Total	Taxa de Manutenção (%)	Valor de Manutenção (%)	Valor de Manutenção (%)
100	0,00	1,00	1,00	1,00	100	0,00	1,00
200	0,00	2,00	2,00	2,00	100	0,00	2,00
300	0,00	3,00	3,00	3,00	100	0,00	3,00



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

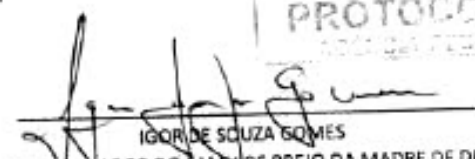
DECLARAÇÃO

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, às 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2021 16:12:54
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816125421100000072777089>
 Número do documento: 21012816125421100000072777089



Nº PRONTUÁRIO
57070

DATA DE ENTRADA
30/01/2020 ÀS 17:32

Nº REGISTRO
0029

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 MÃE: MARIA APARECIDA DE SOUZA	NOME DO PAI: JOSE MESSIAS BEZERRA	IDENTIDADE: 10421392	CPF: 136.701.494-13	TELEFONE: (81) 99795-0963
ENDEREÇO: ERASMO DE OLIVEIRA	Nº: 28	BARRIO: CENTRO	CIDADE: BREJO DA MADRE DE DEUS	UF: PE
CEP: 55170000	CELULAR:			
CONVÊNIO: 31 - PARTICULAR	MATRICULA:	VALIDADE CARTERA: 30/12/1999	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO-HSG
CRM/MEDICO: 015582 GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA	ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225770	USUARIO DO ATENDIMENTO: AMANDASOUZA	
BLOCO: 3º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 306	LEITO: B	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU
PROFISSÃO:				

Queixa Principal:

trauma no braço

História Clínica:

CAU RANHA FATO DIENSI
(ESQUERDA)

Exames:

CO: TRAUMA CARPO

HD:

Condição: ☒ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Outros

Data Alta: / / Hora: :

Médico Responsável:

Manoel Aparecido de Souza
Paciente ou Responsável

AMANDASOUZA

Av. José Veloso, 752 - Caruaru - PE - Fones: 81-37277250 - 8137277272 - CNPJ: 22.721.288/0001-36





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSÉ MESSIAS BEZERRA JUNIOR	Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos
Prontuário: 57070	Registro: 8009
Sexo: Masculino	Convênio: PARTICULAR HSG
Idade: 17a 11m 16d	C.I.D.: 3001/2020
Localização: SANCA, ENF308, B	Entrada: 30/01/2020 às 17:32
Clinica: Cirúrgica	Alta:

Evolução do paciente

31/01/2020 às 08:33:21 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM

Localização: SANCA, ENF308, B

COREN: PE-198796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

1 - GERAL

1.1 - Jejum
Não

1.2 - Apêndice Vermo
Sim
Local

2 - DIÁFANE FÍSICO

3 - Eliminações fisiológicas

4 - Integridade 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:

Bom Aceitação

4.8 - Desambulação: Dependente e/ou com auxílio

4.9 - Regulação Térmica: Afetada

4.10 - Oxigenação

Eupneico

4.11 - Regulação Vascular: Normotônico

4.12 - Pulso: Claro

4.13 - Regulação Abdominal

Flácido

Indolor

4.14 - Hábito Urinário

Expositivo

4.15 - Ferida Operatória

Sim

Local

4.16 - Gesso

Não

5 - Diagnóstico de Enfermagem

Risco para infecção

Risco para sangramento

6 - Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos - utilizar UHS E técnicas asépticas.

Página: 1 de 2

Emissão em: 31/01/2020 08:33:41

AV JOSÉ CRÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 68014-320

AV. J. CRÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU, 3000-0000





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSEMESSIAS BEZERRA JUNIOR	Medico: Simone Rafaela de Andrade Santos
Portuario: 57070	Convênio: PARTICULAR HSG
Sexo: Masculino	CID:
Localização: SAOJA, ENF308 B	Entrada: 30/01/2020 às 17:32
Clinica: Cirurgica	Ata:

Evoluções 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 fisiológicos
Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros
Orientar quanto a deambulação 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 a importância de manter uma boa higienização para diminuir os riscos de infecção.

7 - Evolução Enfermeira

7.1 - Descrição

PACIENTE EM P.O. ITTO CIRURGICO DE FUNDO ESQUERDO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADO, AGNOSTICO. ANTERIOR, EUPNEICO, NORMOCORADO, SEM QUEIXAS. TALA GESSADA EM MISE, MEMBRO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA. PACIENTE JA ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

8 - Avaliação do Grau de Recu - Escala de Braden

- 8.1 - Percepção Sensorial: Levemente Limitado
- 8.2 - Umidade: Rara
- 8.3 - Atividade: Deambula Ocasionalmente
- 8.4 - Mobilidade: Discreta Limitação
- 8.5 - Nutrição: Inadequada
- 8.6 - Fricção/Calor: 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 Conversado
- 9.3 - Resultado: 15 Pontos
- 9.4 - Resposta Motora: Ao Comando

COREN PE-199765 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

Página: 2 de 2

Emissão em: 31/01/2020 05:33:41

AV JOSÉ TRISSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320

EXCER. SEM. PEP-199765 20201010



FICHA DE ANESTESIA

DATA: ____/____/____

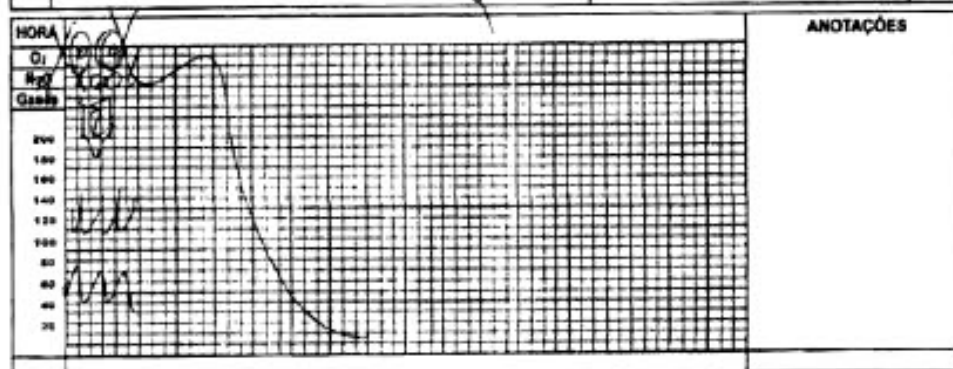
HORA: ____:____:____

CATEGORIA

Pericardial

NOME: <i>João Marcos Borges Junior</i>	DATA: <i>20/01/2020</i>	REG:
SEXO:	COR:	IDADE: <i>17</i>
PESO:	ALT:	HOSPITAL:

PRÉ-OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO									
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA	
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA <i>Vivos</i>					
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS						
	NA	K	CL	RESERVA ACL						
	OP. PROPOSTA	<i>10 cte. fex. pulmão</i>							ALERGIA:	
OP. REALIZADA:								ANEST. ANTERIOR:		
								PRÉ-ANESTÉSICO:		

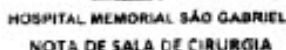


AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂				
<i>Propofol</i>	<i>200</i>		Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda	Intubação			
			Posição	Local Ração	Liq. Rat.	Téc. Inj.	
			Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final	
			Resultado	Reflexo			
			Duração da Op	Duração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

Liberto
Médico Cirurgião

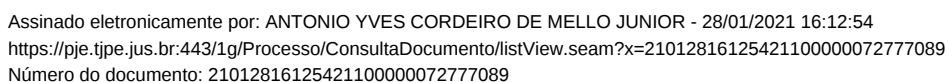
[Signature]
Médico Anestesiologista





22 43

PAGE 1	DATE
NAME	TIME
ADDRESS	PHONE
CITY	STATE
COUNTY	ZIP
INSTRUMENT NO.	TERMINAL
AGENT	

[illegible][illegible]



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 habilitado, 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 acima mencionado, estando em, internado neste hospital. No caso de o paciente acima mencionado ser residente a qualquer instituição que mantenha convênio com este hospital, seja para pagamento total ou parcial de 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. Declara, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidas de juros de mora a partir da data hospitalar, despesas de cobrança e conexão pelos índices de juros bancários. Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, sejam em emissão(s) duplicata(s) correspondente(s) a essas despesas, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento do(s) referido(s) título(s). Fica assim como foro competente para dar e inventariar validade decorrente deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, e foro de 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 cama para guarda de pacientes 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 mesmos pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e vigilância de seus pacientes e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando de suas(s) ausências(s). Caso o paciente de CONVÊNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja associada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento da diferença no ato da internação.			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Será realizado algum outro procedimento além do que está previsto na guia de convênio? () SIM (X) NÃO			
(Caso Alternativo Destina-se)			
COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? () SIM (X) NÃO			
Caruaru, 30 de Janeiro de 2020			
Assinatura: Maria Aparecida de Souza		☐ Fornecimento de cópia de prontuário.	
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 e condições 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 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 significativos, 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 (fragor 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 novas 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 anestesiológista 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 desses 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: Maura Aparecida de Souza

Nome em letra de forma: Maura Aparecida de Souza

CPF: _____

O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não 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: João Carlos de Jesus

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Exatoma

OPERAÇÃO PROPOSTA: Exatoma

OPERAÇÃO REALIZADA: Exatoma

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

DATA: INÍCIO: TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Gustavo Libório 1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR: 3º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Wagner Almeida TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR(A): Wagner Almeida POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLUCOSADO: 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 SONTA (PENROSE, MERM, ETC.) | 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL |

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

① Exatoma

② Exatoma

③ Exatoma

④ Exatoma

⑤ Exatoma

⑥ Exatoma

⑦ Exatoma

⑧ Exatoma

⑨ Exatoma

⑩ Exatoma

⑪ Exatoma

⑫ Exatoma

⑬ Exatoma

⑭ Exatoma

⑮ Exatoma

⑯ Exatoma

⑰ Exatoma

⑱ Exatoma

⑲ Exatoma

⑳ Exatoma

㉑ Exatoma

㉒ Exatoma

㉓ Exatoma

㉔ Exatoma

㉕ Exatoma

㉖ Exatoma

㉗ Exatoma

㉘ Exatoma

㉙ Exatoma

㉚ Exatoma

㉛ Exatoma

㉜ Exatoma

㉝ Exatoma

㉞ Exatoma

㉟ Exatoma

㊱ Exatoma

㊲ Exatoma

㊳ Exatoma

㊴ Exatoma

㊵ Exatoma

㊶ Exatoma

㊷ Exatoma

㊸ Exatoma

㊹ Exatoma

㊺ Exatoma

㊻ Exatoma

㊼ Exatoma

㊽ Exatoma

㊾ Exatoma

㊿ Exatoma

Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 18582-2/NOT 13955
TITULAR SBOT/BRTO/ASAM





Médico: JOSEFA VARELA GOMEZ BECERRA -
Convênio: PARTICULAR H90
C.D.:
Emissão: 30/01/2020 às 17:52
Ass:

Evoluções do paciente

Localizzazione: SANDA, ENF308, B3

COREN: PE-1233849 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA

1 - Admissão de Entregadores (Orçamento)

1.1 - Exchangel

Exatidão
 Paciente admitido neste setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico, CUIRA, consciente, orientado, hidratado, nomecorado, acidentado, anictérico, deambulando sem mais nem cadeira de rodas, com acompanhante com responsabilidade, realizado triagem de três operadores, dieta oral zero(SJC), anexado ao prontuário exames de Imagem HAS(-) dm(-) sarg(-), nega queixas, orientado quanto ao preparo do pré-operatório, aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

1.2 - Strain's value

Hora	P Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
17:55	100/80	74	38	97

30/01/2020 às 18:58:39 - EVOLUCAO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRURGICO

Localização: SANDA, ENF308, B

COREN: PE-1233046 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA

1 - Avaliação R Encaminhamento ao Mzo Cirurgico

1.1 - Descriptive

Placenta encastilhado para o bloco cirúrgico, sem lóculos anómalos.

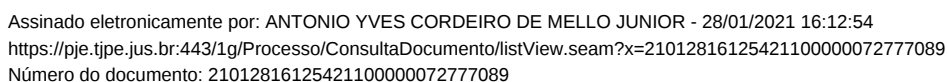
COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA

Página: 1 de 1

Emitted em: 30/01/2020 15:55:52

AV JOSÉ YRÍSSIMO MAURICIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320

SECRET



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 27/04/2020 tendo sofrido acidente.
Motociclístico.

Brejo da Madre de Deus 11/02/2020.

Atenciosamente


Lucivalva Silva
Direção Administrativa
MAT. 277
Diretora

Praça vereador Abel de Freitas S/N
Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000



UNPA - ALSTRE CAMBIA

DATA 27/01/2020	HORA 17:32	PRONTUÁRIO 764118
CARTÃO SUS/RS S.D	NOME Jose Bessias Bezerra Junior	
DATA NASCIMENTO 15/02/2002	IDADE 17 anos	SEXO M
RESPONSÁVEL Bãe - Maria Aparecida de Souza		EST.CIVIL Solteira
ENDEREÇO R. Barão de Olinda, 100 - P. 10		TELEFONE
CIDADE Belo Horizonte		
MÉDICO DR. LUGUSTO	ENFERMEIRO ROSIMERE	
ANAMNESE: Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente motorcyclístico. Ex. encaminhado para tratamento em clínica @ a mãe @. RG 515		
PA:	HGT:	PESO:
TEMPERATURA:		
1. @ Triamfoprim 600mg 100ml 5% de 100 100 2. @ Tilatil 100mg 100ml 5% de 100 100 (FF) 3. Enc. ao serviço especializado Sembrar		
CONSULTA S. VILLAS CONSULTA COM OBSERVAÇÃO TRANSFERÊNCIA ALTA APÓS MEDICAÇÃO		

W: piron 2
L: 02 x 2
NO

3. 02 x 2

27 JAN 2020





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

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: 27/01/2021 HORA: _____ ADMISSÃO: () Emergência () Enfermaria

NOME DO PACIENTE: Dr. Marcos Bezerra Junior

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

DESTINO: HOSPITAL Reg. Aqued. DATA: _____ HORA: _____

DESTINO: FINAL _____ DATA: _____ HORA: _____

RESUMO DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de queda
de moto tipo 12x evidenciando fratura
de clavícula (C) e rádio distal (D)
RCA: 15

JUSTIFICATIVA: Avaliação de trauma - Out-pa-
te

DATA: _____

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 (DOIS MIL REAIS)** REFERENTE À HONORÁRIO 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 E CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
CRM 15582 – TECT 13985
CPF: 022.810.684-20

Scanned by TapScanner





Scanned by TapScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 012802000499

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO 35781519153

2 201598887

FRANKLIN FIDELIS DE MOURA
RUA OUREN 111
BLUS--ART203 SAN MARTIN
RECIFE-PE 50761-340

500.161.904-01 55E4070

JAMOTO JASCATAO MOTOS E PECA: LTDA

***** 9C2ND0910B220622

FAS /MOTOCICLETA GASOLINA

22/291CL PARTIC PRETA

AL. FID. BANCO MONDA SA

RECIFE-PE 17/11/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente 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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (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 sequelas

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (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 sequelas

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

 Seguradora Líder do
Comércio do Seguro DPVAT

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

Dedaração 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

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JONATAN BARBOSA DE BARROS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Comércio de Seguro DPVAT

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

Titular do CPF: 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

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

