
Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201164

Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONAS CORDEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201164

Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONAS CORDEIRO DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JONAS CORDEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002546

Conta: 0000013376-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

046.431.324-42

JONAS CORDEIRO DA SILVA

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

5 - Nome completo:

JONAS CORDEIRO DA SILVA

6 - CPF:

046.431.324-42

7 - Profissão:

AUX. PRODUÇÃO

8 - Endereço:

RUA DAS CARAMBOLAS

9 - Número:

362

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

FORTE ORANGE

12 - Cidade:

ITAMARAJÁ

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.900-000

15 - E-mail:

balbrinospe@hotmail.com (81) 999441109

16 - Tel. (DDD):

(81) 3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2546

CONTA:

00013376

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Assinatura e Local Data 03/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0120000482**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2020** às **09:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/2/2020** às **14:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FORTE ORANGE, 01, RODOVIA ESTADUAL PE 001** - Bairro: **FORTE ORANGE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53900-000** - Ponto de Referência: **PEDRA FURADA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JONAS CORDEIRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS CORDEIRO DA SILVA**

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Nome Social: **JONAS** Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO** Pai: **JOSE CORDEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/12/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5981054/SDS/PE (RG), 04643132442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 81985494931**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAMARACA, 162, RUA DAS CARAMBOLAS - CEP: 0 - Bairro: FORTE ORANGE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

AUTOMOVEI ONIX PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **4445 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **A VITIMA SO VIU O FINAL DA PLACA DO VEICULO 4445**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONAS CORDEIRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS CORDEIRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYU4J30** (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE, ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA NA VIA PUBLICA PE 001. QUE, ESTAVA A CAMINHO DA CASA DE SUA SOGRA. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO SAIU DE UMA RUA NA LATERAL ESQUERDA. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO PEGOU O MESMO SENTIDO DA VIA QUE ELE ESTAVA. QUE, O IMPUTADO COLOCOU SEU VEICULO NA FRENTE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA EM MOVIMENTO. QUE, O IMPUTADO NÃO DEU A PREFERÊNCIA AO VEÍCULO DA VÍTIMA. QUE, O IMPUTADO COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, DANIFICOU A LATERA ESQUERDA E A FRENTE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, A VÍTIMA CAIU NA VIA PUBLICA NO MOMENTO DA COLISÃO. QUE, A VÍTIMA SOFREU LESÃO NA PERNA ESQUERDA. QUE, A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO FEMO. QUE, A VÍTIMA DESCONHECE O IMPUTADO. QUE, A VÍTIMA SO VIU O FINAL DA NUMERAÇÃO DA PLACA DO IMPUTADO. QUE, O FINAL DA PLACA ERA 4445. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO NÃO PRESTOU SOCORRO. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI LEVADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES DE ALENCAR. QUE, FOI ATENDIDO PELO MÉDICO IGOR ALCENOS CRM PE 26.446.

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **JOSÉ JÚLIO SANTOS DE MELO** - Matrícula: **296929-7**
(Liberado em **16/03/2020 às 10:15**)

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:

4 - Nome completo da vítima:

046.431.324-42 JONAS CORDEIRO DA SILVA

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

5 - Nome completo:

JONAS CORDEIRO DA SILVA

6 - CPF:

046.431.324-42

7 - Profissão:

AUX. PRODUÇÃO

8 - Endereço:

RUA DAS CARAMBOLAS

9 - Número:

362

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

FORTE ORANGE

12 - Cidade:

ITAMARAJÁ

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.900-000

15 - E-mail:

balbrinospe@hotmail.com (81) 999441109

16 - Tel. (DDD):

(81) 3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2546

CONTA:

00013376

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Assin e Limão/PE 03/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS CORDEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000013376-7

Nr. da Autenticação 1AF12F857794423A



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 202004103786848

Escritório: ITAMARACA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MATRÍCULA: 10378684.8 04/2020-8

PAGAR AO CLIENTE
JOSE CORDEIRO DA SILVA
R DAS CARAMBOLAS, N. 00162 - FORTI ORANGE ILHA DE ITAMARACA PE 53900-000
INSCRIÇÃO: 076.580.060.1171.000 GRUPO: 1

OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 10378684.8

FECHAMENTO: 22/04/2020

CITADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
1					
DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TÍPO DE CONSUMIDOR/M			
23/03/2020	22/04/2020	MÉDIA HD /			
ÁGUA	ESGOTO	VOLUME: 0			
LEIT. ANT.: 29	CONSUMO: 0	LEIT. ANT.:			
LEIT. ATUAL: 34	HD N LOCAL	LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 34	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS	ATEND. A LEGISLAÇÃO
03/2020 4/		TURBIDEZ	44	44	44
02/2020 4/		COM APARENTE	44	44	44
01/2020 6/		CORO RESIDUAL	44	44	44
12/2019 5/		COLIFORMES TOTAIS	44	44	43
11/2019 6/		E. COLI	44	44	44
10/2019 4/		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.			
MÉDIA 4/ 0		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.			
		(3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 5/24
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2020

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

64,75
2,35
13,22

FAIXA	VALOR	VALOR
PIS	0,00	0,00
COFINS	0,00	0,00

VENCIMENTO: 05/05/2020

TOTAL A PAGAR: 80,32

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 3 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 330,83. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 27/04/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 10378684.8 04/2020-8

VENCIMENTO: 05/05/2020

TOTAL A PAGAR: 80,32

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82800000000-1 80320018076-8 10378684801-5 04202080003-2



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DADOS DO CLIENTE: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103668667 Jan/2020
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS (COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICA)	PÚBLICA
		1	1	
HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 30/12/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/01/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 4 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 5
LEIT FAT: 5

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

12/2019 01
11/2019 01
10/2019 01
09/2019 01
08/2019 01
07/2019 01
MÉDIA: 01

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.934/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ			
COR APARENTE			
COLOR RESIDUAL			
KOLIF. TOTAIS			
E. COLI			

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO-
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2019		2,57

IMPOSTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PT	108,92	1,65	1,80
ICMS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/02/2020 TOTAL A PAGAR: 111,49

MENSAGEM:

IDENTIFIQUEMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 112,07. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

16:10:19 02/02/2020 10:03 146 CCEB-011

04/01/2020

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JONAS PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.431.324-42, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima JONAS PEREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.431.324-42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Assinatura e data 03 de Junho de 2020.
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/02/2020 16:17



Nome Paciente:

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Senha:

Convênio:

Atendimento:

SAME:

ATENDIMENTO: 518578

PACIENTE..... JONAS CORDEIRO DA SILVA

NASCIMENTO..: 01/12/1983

IDADE: 36

REGISTRO: 134572

MÃE..... MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO

SEXO: MASCULINO

ENDEREÇO..... PE 01 NORTE ORANGE, NÚMERO: 12

BAIRRO..... BAIXA VERDE

CIDADE..... ILHA DE ITAMARACA

: 23/02/2020 16:20 - 23/02/2020 16:25

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE ITAPISSUMA VITIMA DE ACIDENTE COLISÃO MOTO CARRO, NEGA VOMITO, DESMAIO, ESTAVA COM CAPECETE. GLASWOL 15. REFERE FORTE DORES EM FEMUR E.

Observação:

NEGA HAS E DM

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM

- GLICOSE: 105.00 MG/DL

- P.A. SISTOLICA: 148.00 MMHG

- P.A. DISTOLICA: 86.00 MMHG

- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO
HOSPITAL MIGUEL ARRAES

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Kenia Maylla
COREN PE 206714/2010

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/02/2020 16:25



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 518578

Data e Hora: 23/02/2020 16:31

Senha da Classificação:

0014

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

Nome Social:

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 01/12/1983

Idade: 36 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO

Nome do Pai: JOSE CORDEIRO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: PE 01 NORTE ORANGE

Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA

PE

12

Bairro: BAIXA VERDE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 16:24

Queixa Principal

Paciente vítima de queda, diário, colisão moto - carro há aprox 1 hora - condutor da moto. refere uso de capote. usa ingestão alcoólica. moto em 40 km/h no momento do acidente. nada de dor, entorpecimento, limitações.

Exame Físico

A = uia aéreas livres; em uso de collar cervical e prancha.

B = MV + AH + RA. 102 x 98 x 1. AA

C = Pulso cheio e rítmico. RR 20 x 12. FC 104 bpm. PA: 114 x 76 mmHg

D = ECO = 15, pontos nototomográficos

E = 20 intenc. em ME; com edema de cora E. sem fr. exposta.

Hipótese Diagnóstico

Politrauma

Fr ME?

Prescrição Médica

- 1) Tratamento de trauma + Rx de ME
- 2) Rx. da artroscopia

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JONAS CORDEIRO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	134572
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898003908046051	01/12/1983	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO			12 - Telefone de Contato	8198962624
13 - Nome Responsável	MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	PE 01 NORTE ORANGE, 12 - BAIXA VERDE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ILHA DE ITAMARACA	260760	PE	53900000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
- ENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO HA 4H, APRESENTANDO DOR INTENSA + DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA.
- TCE, NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
S723	V239	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	204324440460006

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
LUIZ ANTONIO DE CARVALHO	23/02/2020	13925

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	

48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização		

Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20871 TEO: 15866

AIH
262010246510-1

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 24/02/2020

Hora.....: 00:10

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63102	Sala : 0002	SALA 02	
Paciente : 134572	JONAS CORDEIRO DA SILVA		Atendimento : 518593
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Carteira :
Leito : 340	VERMELHO - EXTRA 009		Idade : 36 Anos
Dt. Início : 23/02/2020 23:55	Dt. Fim : 24/02/2020 00:00		
Cid Pré-Operatório : S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR		
Cid Pós-Operatório : S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR		

Procedimentos

Procedimento: 0408050098	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia:	

Equipe Médica

CIRURGIAO	18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
-----------	---

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

TIPO DE INTERVENÇÃO: INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TÍBIA ESQUERDA

OPERADOR: DR. JEFFERSON CALUME
1º AUXILIAR: DR. LUIZ ROGÉRIO GOMESANESTESIA: SEDAÇÃO
ANESTESISTA: DR. FELIPE**DESCRIÇÃO**

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
 02. REALIZADO ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 03. REALIZADO PASSAGEM DE FIO DE KIRSCHNER Nº4.0 EM TÍBIA ESQUERDA. INSTALADO APARELHO DA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA
- CURATIVO
.. VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL

achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
05/03/2020
CLAUDEVANI SOUSA
FATURADISTADR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 27/02/2020

Hora.....: 11:31

Aviso de Cirurgia : 63148

Paciente : 134572

Convênio Atend. : 1

Leito : 58

Dt. Início : 27/02/2020 09:20

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

JONAS CORDEIRO DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-508-LEITO 002

Dt. Fim : 27/02/2020 11:10

Atendimento : 518593

Carteira :

Idade : 36 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050519

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

Cirurgião

17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA

ANESTESISTA

10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO
CIRURGIA: HASTE BLOQUEADA DE FEMUR ESQ. RETROGRADA
CIRURGIÃO: DR. RODRIGO AMORIM
1º AUXÍLIO: DR. IAN
ANESTESISTA: DRA. SYLVIA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ACESSO INFRA PATELAR COM DIVULSAO PRO PLANOS
5. PASSAGEM DE FIO K 2,5 COM FRESAGEM INICIAL DO CANAL FEMORAL
6. PASSAGEM DO FIO GUIA
7. FRESAGEM DO CANAL COM FRESA 9; 10, 11.
8. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 11X38
9. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS
10. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS DE ANTERIOR PARA POSTERIOR
11. LAVAGEM DA FERIDA OPERATÓRIA
12. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS
13. CURATIVO
14. BOA PERFUSÃO DISTAL

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

PAGAMENTO
05/03/2020
CLAUDEVAN SOUSA
PAGADORA

DR(A) : RODRIGO DE AMORIM SILVA
CRM : 17439

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JONAS CORDEIRO DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE:36 **SEXO:**M

DATA DA ADMISSÃO:23/02/2020

DATA NASC.: 01/12/83

REG:134572

DATA DA ALTA: 28/2/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSINTESE COM HASTE RETROGRADA DE FEMUR ESQUERDO

ORIENTAÇÕES:

- ➔ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO I SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- ➔ CARGA PRECOCE CONFORME DOR E MOBILIDADE PRECOCE COM MIE;
- ➔ FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- ➔ RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Dr. Igor Alencar
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28.446

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 518593

Usuário: MAYARAAM

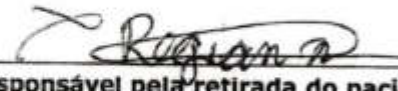
DADOS DO PACIENTE

Paciente: JONAS CORDEIRO DA SILVA		Prontuário: 134572
Idade: 36a 2m 27d	Sexo: M	Data de Nascimento: 01/12/1983
Profissão:	Estado Civil: SOLTEIRO	
R.G.: 5981054	Escolaridade:	
C.P.F.: 04643132442	Telefone:	CEP: 53900000
Endereço: PE 01 NORTE ORANGE	, 12 - BAIXA VERDE	- ILHA DE ITAMARACA - PE
Dados da Internação		
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 23/02/2020 19:34	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL	
Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA I	Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS	Leito: ORTL-508-LEITO 002
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO: 05/03/2020
Endereço:	Numero:	Estado civil:	CLAUDEYAN SOUSA
Telefone:	Cidade:		PLANTONISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/02/20	Hora da Alta: _____ : _____
Motivo:	☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta:	Bom Condicionamento
Diagnóstico Principal.....:	Fx Refr. novo Pto em (C)
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Prescrição.....:	Acute Refractive Error (C)
Assinatura e RG	 Dr. Igor Ortopedia e Traumatologia Médico e CRM nº 20.446
Responsável pela retirada do paciente	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____



Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 518593

Dt Atendimento: 23/02/2020 - 19:34

Dt Alta: 28/02/2020 - 16:53

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 58 ORTL-508-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jonas Carlos de Silva Registro: 134572
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
16/03/2020	#50177
	Pct com fratura de fêmur (Esg.) Retorno com
	deambulação claudicante, com queixa de desconforto leve. F.O. sem
	sinais flogísticos ou secreção purulenta.
	Cd: ① Retirar pontos
	② Solicitar fisioterapia
	③ Solicitar Rx de Bacia e Coxo
	④ Retorno em 4 semanas.
	⑤ Ferimento curado.

André Charles de Almeida
Médico Residência
16/03/2020



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JONAS CORDEIRO DA SILVA

NOME SOCIAL:

SETOR:

ENFERMARIA:

DATA DE NASC.: 01/12/1983

REGISTRO: 134572

LEITO:

DATA/HORA	
23/02/2020	TRAUMATOLOGIA
19:36	ADMISSÃO
	QPD/HDA: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 4H, APRESENTANDO DOR INTENSA + DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA. NEGA TCE, NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NDN
	MEDICAÇÕES DE USO: NDN
	EXAME FÍSICO: EGR, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. MIE COM DEFORMIDADE EM FLEXO EM COXA ESQUERDA, DOLOROSA À MANIPULAÇÃO, COM, NVC PRESERVADO.
	EXAMES DE IMAGEM: RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO
	CONDUTA: ORIENTADO POR DR. LUIZ CARVALHO: INTERNAMENTO AO BLOCO SEM BANHO DIETA ZERO
23/02/2020	# SOT# NOTA OPERATÓRIA Paciente submetido a procedimento cirúrgico com anestesia geral. CO: A SR.
24/02/2020	# SR# SOT# Po (24/02/2020) Tensão Bandagem Paciente estável, em boas FO e boa e boa ED: A enfermeira banda exames lab
	Dr. Karo M. de S. Pereira Ortopedia e Traumatologia CRM-22700-6/AM-2019

25/02/2020

08:20h

#SOT#

HD: Fratura diafiseica de fêmur e
PO: Tração transilial em MIE

Paciente estável, sem queixas.

EGB, afébril, consciente, orientado, eupneico

CD: Aguarda novo procedimento cirúrgico

0656238-90
42868888
LACONTE
UNICAMP

26/02/2020

8:40h

#SOT#

HD: A mesma

PO: A mesma

Paciente estável, sem novas queixas

EGB, LOTE, afébril, eupneico. Boa perfusão distal

CD: Aguarda proced. cirúrgico

- Solicito exames laboratoriais

João Marcelo Xavier
Médico
CRM 17.725

27/02/2020

11:00h

#SOT#

Hd, PO (27/02/20) RFFI em modo

retrogrado de fem (E)

sem alteração a proeminência

comum sem dor, sem

interferência

CD D.S.

Leontopis fur

sem dor

28/02/20

09:11

#SOT#

- Paciente estável, orientado, eufórico

sem queixas. FO sem alterações

② - Analgesia

- Omeprazol

- Antibiótico profilático

Dr. Igor Alencar
Ortopedia/Traumatologia
CRM 25.446

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIB

EC-3

Rossana Lígia Fernandes Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GGPIL 7.742.986 DATA DE
EXPIRAÇÃO 12/05/2017

NOME
«« ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS »»

FILIAÇÃO
«« SEBASTIÃO RADIR DANTAS »»
«« INACIA FERNANDES DANTAS »»

NATURALIDADE
CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO
07/04/1973

DCC-ORIGEM «« CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 »»

CPF
884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 014961247053

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1021605112	*****	2019

NOME
JONAS CORDEIRO DA SILVA

RECIFE-PE

CPF/CNPJ	PLACA
046.431.324-42	OYU4J30

PLACA ANT/UF	CHASSI
OYU4930/PE	9C2ND1110FR002802

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/XRE 300	2014	2015

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/291CL	PARTIC	BRANCA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	03/03/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL	DATA
RECIFE-PE	26/02/20

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156341/20

Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA

CPF: 046.431.324-42

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: JONAS CORDEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA : 046.431.324-42

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: 03/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200201164 **Cidade:** Ilha de Itamaracá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA/OSTEOSSÍNTESE: HASTE E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG 4-5-6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JONAS CORDEIRO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUX. PRODUÇÃO
Identidade: 5.981.054-SDS/PE CPF: 046.431.324-42
Endereço: RUA DAS CARABOLAS, n° 162, FORTE ORANGE,
ILHA DE ITAMARAÇÁ - PE, CEP = 53.600-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco n° 200, Timbó, Abreu e lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 23/02/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU E LIMA-PE, 01/06/2020
Local e data

Jonas Cordeiro da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156341/20

Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA

CPF: 046.431.324-42

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: JONAS CORDEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA : 046.431.324-42

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: 03/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA