



Número: **0027684-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JONAS CORDEIRO DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71217 215	18/11/2020 13:49	2747540_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00276846220208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JONAS CORDEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 16 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





18/11/2020

Número: **0027684-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JONAS CORDEIRO DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71217 218	18/11/2020 13:49	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 4020-1596 (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, 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

Carta nº 15831252

Pag. 00655/00656 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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: 046.431.324-42 4 - Nome completo da vítima: 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: ITAMARACÁ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.900-000
15 - E-mail: balbino@pe@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)

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00013376 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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)

AUTOMOVELO ONIX PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/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**

16/03/2020 10:17



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 VEICULO 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 ALZENOS CRM PE 26.446.

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Jonas Cordeiro da Silva

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

16/03/2020 10:17





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: 046.431.324-42 4 - Nome completo da vítima: 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: FORTI ORANGE 12 - Cidade: ITAMARACÁ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.900-000
15 - E-mail: balbino@pe@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)

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00013376 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 18.1.001.8014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 202004103786848

Escritório: ITAMARACA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JOSE CORDEIRO DA SILVA
R DAS CARAMBOLAS, N. 00162 - FORTE ORANGE ILHA DE ITAMARACA PE 53900-000
INSCRIÇÃO: 076.580.060.1171.000

MATRÍCULA:

10378684.8

04/2020-8

GRUPO: 1

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10378684.8

PARCELA

RECEBEMOS PELA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDUOS	QUANTIDADE DE BOMBEIAS	INDUSTRIAL	PÚBLICO
CORTADO	POTENCIAL	1	DOMESTICA		
SINCRONIZADO A19N222644	DATA LEIT. AUTOMÁTICA 23/03/2020	DATA LEIT. ATUAL 22/04/2020	VOLUME DE CONSUMO (L/M)		
			MÉDIA HD /		
ÁGUA		ESGOTO		VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 29	CONSUMO: 0	LEIT. ANT.: 1			
LEIT. ATUAL: 34	HD N LOCAL	LEIT. ATUAL: 1			
LEIT. FAT.: 34	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.: 1			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES	ATENDIMENTO A	
03/2020 4/	A	MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO	
02/2020 4/	A				
01/2020 6/	A				
12/2019 5/	A				
11/2019 6/	A				
10/2019 4/	A				
MÉDIA 4/ 0	A				
		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO 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

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

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

64,75
2,35
13,22

PARCELAMENTO	0,00	1,45	0,00
PIS	0,00	7,60	0,00
COFINS			

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



ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA, PE 53525-790

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

SITUAÇÃO AGUA
LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO
POTENCIAL

RESIDENCIAL
1

QUANTIDADE DE ESCHERICHIAE
COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
1

HIDROMETRO
A175224252

DATA LEIT. ANTERIOR
30/12/2019

DATA LEIT. ATUAL
28/01/2020

TIPO DE CONSUMO (AVE)
REAL

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

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2 914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
12/2019 @1	TURBIDEZ			
11/2019 @1	COR APARENTE			
10/2019 @1	CORO RESIDUAL			
09/2019 @1	KOLIF. TOTAIS			
08/2019 @1	E. COLI			
07/2019 @1				
MEDIA: @1	Qualidade de Agua: www.competis.com.br			

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSUMO

TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

1 M3

44,08

0 M3

64,84

MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2019

2,57

Tributos

Base de Cálculo

Percentual (%)

Valor do Imposto

PT	108,92	1,65	1,80
TOTALE	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/02/2020

TOTAL A PAGAR: 111,49

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 112,07. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 CORDEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.431.324-42, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima JONAS CORDEIRO 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

Assinado e datado em 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

REGISTRO: 134572

PACIENTE.....: JONAS CORDEIRO DA SILVA

NASCIMENTO...: 01/12/1983 IDADE: 36

SEXO: MASCULINO

MÃE.....: MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO

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. GLASWGOL 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
16/02/2020

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Kenia Maylla
COREN PE 206.714-30

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

Data Impressão: 23/02/2020 16:25

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 518578

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

Senha da Classificação:

0014

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

12

Bairro: BAIXA VERDE

Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA

PE

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, dor, lesão no tornozelo - com há, aprox 4 horas - condutor da moto. Refere uso de capote. Uga ingesta alcoólica. Moto em 40 km/h no momento do acidente. Uga desmaiado, contra, limites.

Exame Físico

A - Uga áreas xifras; em uso de calça jeans e boné.

B - MV + MM NKA. 102 x 98 x 1. AA

C - Pulso cheios e ritmicos. RR 20 x 12. FC 104 bpm. TA: 114 x 96 mm Hg

D - ECO - AS; poplitos nototomogénicos

E - 20 intencional ME; com edema de 20 x 10 cm. Sem fr exposta.

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

Fr ME!

Prescrição Médica

1) Analgésico de 1º e 2º linha + Re de ME

2) An. da ataxia

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	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO HA 4H, APRESENTANDO DOR INTENSA + DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA.
HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS, NENHUMA DOENÇA CRÔNICA, NENHUMA DOENÇA AGUDA, NENHUMA DOENÇA AGUDA, NENHUMA DOENÇA AGUDA.

21 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	0408050519		
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 de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	
	Auto Telino Traumatologia / Ortopedia CRM 20871 TQOT 15886	

AIH
262010246510-1

Código do Laudo: 518593



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 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 : 83102	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. Inicio : 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		

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

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 GOMES

ANESTESIA: 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

Dados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05/03/2020
CLAUDEVANI SOUSA
ANESTESISTA

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

Página.: 0001
Data.: 27/02/2020
Hora.: 11:31

Aviso de Cirurgia : 63148 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA Atendimento : 518593
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 58 ORTL-508-LEITO 002 Idade : 36 Anos
Dt. Inicio : 27/02/2020 09:20 Dt. Fim : 27/02/2020 11:10
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica
CIRURGIAO 17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA
ANESTESISTA 10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

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

05/03/2020
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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) 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: ____/____/____

Dr. Igor Alcedor
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28.446

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **518593**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JONAS CORDEIRO DA SILVA			Prontuário:	134572
Idade:	36a 2m 27d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	01/12/1983
R.G.:	5981054	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	
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA		Leito:	ORTL-508-LEITO 002	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	05/03/2020
Endereço:	- Número:	CLAUDEMAN SOUSA	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	PLANTONISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	28/02/20	Hora da Alta:	
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência
	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta:	Boas condições clínicas		
Diagnóstico Principal.....:	Fx Prof. novo Doença		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
Prescrição.....:	Doença Refrataria Fm (C)		
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG		

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

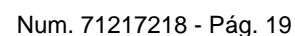
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





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

~~Andrés Chaves de Miranda~~
~~Walter R. Rios~~
~~Walter R. Rios~~





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JONAS CORDEIRO DA SILVA

NOME SOCIAL:

SETOR:

ENFERMARIA:

DATA DE NASC.: 01/12/1983

REGISTRO: 134572

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
23/02/2020	
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 19:36	<i># 501#</i> <i>NOTA OPERATÓRIA</i> <i>Paciente submetido a procedimento cirúrgico com</i> <i>osteossíntese.</i> <i>CO: A SR.</i>
24/02/2020	<i># 512# 501#</i> <i>Do (24/02/2020) Trazido para</i> <i>exame</i> <i>Paciente estável, sem queixas</i> <i>FO e PA e nota</i> <i>CD: A enfermagem</i> <i>trazida exames lab</i>
	<i>Dr. Karo M. de C. Pereira</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>24/02/2020</i>



25/02/2020

08:20h

#SOT#

Hb: Fratura diafisiária de fêmur e
PO: Tração transilial em MIE

Paciente estável, sem queixas.

EGB, afébil, consciente, orientado, eupneico

CD: Aguarda novo procedimento cirúrgico

0655230-000
M-08 0824
LACRIM
0655230-000

26/02/2020

8:40h

#SOT#

HD: A mesma

PO: A mesma

Paciente estável, sem novas queixas

EGB, LOTE, afébil, eupneico. Boa perfusão distal

CD: Aguarda procedimento 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 fêmur (E)

paciente submetido a procedimentos

cirúrgicos sem dor, sem

intercorrências

Dr. D. S.

28/02/20

09:11

#SOT#

Dr. D. S. L. Bontorff Jr
CRM: 20559

- Paciente estável, orientado, eupneico
sem queixas. FO sem alterações

CD - Análise

- Ortopedia

- Antitrombotico profilaxia

Dr. Igor Alencar
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 20546





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
PA3 MOTOCICLETA	ALCO/GA3OL

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
<i>Roberto Fontelles</i>

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
CPF de: Próprio
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A
Data do acidente: 23/02/2020
Titular do CPF: JONAS CORDEIRO DA SILVA

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



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 nº 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 epigrafe 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JONAS CORDEIRO DA SILVA

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





Número: **0027684-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JONAS CORDEIRO DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71217 219	18/11/2020 13:49	ANEXO 2	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 4020-1596 (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, 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

Carta nº 15831252

Pag. 00655/00656 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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: 046.431.324-42 4 - Nome completo da vítima: 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: FORTI ORANGE 12 - Cidade: ITAMARACÁ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.900-000
15 - E-mail: balbino@pe@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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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)

AUTOMOVELO ONIX PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/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**

16/03/2020 10:17



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 VEICULO 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 ALCELOS CRM PE 26.446.

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Jonas Cordeiro da Silva

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

16/03/2020 10:17





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: 046.431.324-42 4 - Nome completo da vítima: 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: ITAMARACÁ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.900-000
15 - E-mail: balbino@pe@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)

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00013376 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 18.1.001.8014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 202004103786848 Escritório: ITAMARACA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

NOME DO CLIENTE: JOSE CORDEIRO DA SILVA
R DAS CARAMBOLAS, N. 00162 - FORTE ORANGE ILHA DE ITAMARACA PE 53900-000
INSCRIÇÃO: 076.580.060.1171.000 GRUPO: 1 MATRÍCULA: 10378684.8 04/2020-8
OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10378684.8

PARÂMETROS DE QUALIDADE DA ÁGUA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESISTÊNCIA	QUANTIDADE DE BOMBEIAS	PÚBLICO
CORTADO	POTENCIAL	1	DOMESTICA	INDUSTRIAL
SITUAÇÃO ÁGUA A19N222644	DATA LEIT. AUTOMÁTICA 23/03/2020	DATA LEIT. ATUAL 22/04/2020	VOLUME DE CONSUMO (M³)	
MÉDIA HD /		MÉDIA HD /		

ÁGUA
LEIT. ANT.: 29
LEIT. ATUAL: 34
LEIT. FAT.: 34

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

CONSUMO: 0
HD N LOCAL
ANORMALIDADE DE LEITURA

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO

REFERÊNCIA	CONSUMO	PARÂMETROS
03/2020	4/	A
02/2020	4/	A
01/2020	6/	A
12/2019	5/	A
11/2019	6/	A
10/2019	4/	A
MÉDIA	4/ 0	A

NÚMEROS DE AMOSTRAS

EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	44	44
COR APARENTE	44	44
COLOR RESIDUAL	44	44
COLIFORMES TOTAIS	44	44
E. Coli	44	44

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR 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 E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 5/24		64,75
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,35
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2020		13,22

DESCRIÇÃO	VALOR R\$	VALOR R\$	VALOR R\$
PIS	0,00	1,45	0,00
COFINS	0,00	7,60	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- TIVAÇÃO 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



ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA, PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE		103668667		Jan/2020																												
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA																																
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170																																
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMATICO: 103668667																																
SITUAÇÃO AGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL		QUANTIDADE DE ESCHERICHIAE RESIDENCIAL 1 COMERCIAL 1 INDUSTRIAL 1 PÚBLICA 1																												
HIDROMETRO A175224252		DATA LEIT. ANTERIOR 30/12/2019		DATA LEIT. ATUAL 28/01/2020																												
				TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL																												
AGUA: LEIT ANT: 4 CONSUMO: 1 LEIT ATU: 5 LEIT FAT: 5																																
HISTORICO DE CONSUMO																																
REFERENCIA CONSUMO		<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">PARAMETROS</th> <th colspan="3">NUMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> <tr> <th>EXIG. PORT. MS 2.914/11</th> <th>ANALISES REALIZ.</th> <th>ATENDEM A LEGIS</th> </tr> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CORO RESIDUAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>KOLIF. TOTAIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. COLI</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS	TURBIDEZ				COR APARENTE				CORO RESIDUAL				KOLIF. TOTAIS				E. COLI			
PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS																															
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS																													
TURBIDEZ																																
COR APARENTE																																
CORO RESIDUAL																																
KOLIF. TOTAIS																																
E. COLI																																
12/2019	01	Qualidade de Agua: www.competis.com.br																														
11/2019	01	OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS																														
10/2019	01	(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO																														
09/2019	01	RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA																														
08/2019	01	(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES																														
07/2019	01	ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA																														
MEDIA:	01																															
DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO		TOTAL(R\$)																												
AGUA																																
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																
CONSUMO DE AGUA		1 M3		44,08																												
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)																																
CONSUMO DE AGUA		0 M3		64,84																												
Multa P/IMPONTUALIDADE 12/2019				2,57																												
<table border="1"> <tr> <th>TRIBUTOS</th> <th>BASE DE CALCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> <tr> <td>PT</td> <td>108,92</td> <td>1,65</td> <td>1,80</td> </tr> <tr> <td>CONF</td> <td>108,92</td> <td>7,60</td> <td>8,28</td> </tr> </table>						TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	PT	108,92	1,65	1,80	CONF	108,92	7,60	8,28															
TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO																													
PT	108,92	1,65	1,80																													
CONF	108,92	7,60	8,28																													
VENCIMENTO: 15/02/2020		TOTAL A PAGAR: 111,49																														
MENSAGEM: IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 112,07. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.																																



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 COAF**².

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 CORDEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.431.324-42, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima JONAS CORDEIRO 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

Assinado e datado em 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

REGISTRO: 134572

PACIENTE.....: JONAS CORDEIRO DA SILVA

NASCIMENTO...: 01/12/1983

IDADE: 36

SEXO: MASCULINO

MÃE.....: MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO

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. GLASWGOL 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
16/02/2020

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Kenia Maylla
COREN PE 206.714-30

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

Data Impressão: 23/02/2020 16:25

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 518578

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

Senha da Classificação:

0014

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

12

Bairro: BAIXA VERDE

Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA

PE

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, dia 20, caisado morto - correu há aprox 4 horas - condutor da moto. Refere uso de capote. Uga ingesta alcoólica. Morro em 40 km/h no momento do acidente. Uga desmaiado, pontado, limitos.

Exame Físico

A = Uga áreas xirvas; em uso de calça cinza e fralda.

B = MV + MMV. 302, 98% AA

C = Pulso cheio e rítmico. RR 20, 120 bpm. TA: 114 x 96 mm Hg

D = ECO = 15, poplitos nototomográficos

E = 20 intencional em ME; com edema de cora @. Sem fr capota.

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

Fr ME!

Prescrição Médica

1) Analgésico de trauma + Re de ME

2) An. da ataxia

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	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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
PACIENTE 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 DIÁFISE DO FEMUR

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR			28 - Código do Procedimento 0408050519
29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caracter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS () CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 204324440460006
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente LUIZ ANTONIO DE CARVALHO	34 - Data da Solicitação 23/02/2020	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) 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 E260000001	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
48 - Documento () CNS () CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) Auto Telino Traumatologia / Ortopedia CRM 20871 TERT: 15886	

AIH
262010246510-1

Código do Laudo: 518593



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 83102	Sala : 0002	SALA 02	Atendimento : 518593
Paciente : 134572	JONAS CORDEIRO DA SILVA		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Idade : 36 Anos
Leito : 340	VERMELHO - EXTRA 009		
Dt. Inicio : 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		

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

Plano Médico

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 GOMES

ANESTESIA: SEDAÇÃO
ANESTESISTA: DR. FELIPE

DESCRIÇÃO

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
 02. REALIZADO ASSEPSIA E ANTISSEPSIA 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

Dados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

PATURADO
05/03/2020
CLAUDIVAN SOUSA
ANESTESISTA

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

Página.: 0001
Data.: 27/02/2020
Hora.: 11:31

Aviso de Cirurgia : 63148 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA Atendimento : 518593
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 58 ORTL-508-LEITO 002 Idade : 36 Anos
Dt. Início : 27/02/2020 09:20 Dt. Fim : 27/02/2020 11:10
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Cirurgião 17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA
ANESTESISTA 10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

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

PATUBADO
05/03/2020
CLAUDEVAN SOUSA
PATUBISTA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





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) 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: ____/____/____

Dr. Igor Alcedor
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28.446

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **518593**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JONAS CORDEIRO DA SILVA			Prontuário:	134572			
Idade:	36a 2m 27d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	01/12/1983	
Profissão:		Escolaridade:						
R.G.:	5981054	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.:	
Endereço:		- Número:			
Telefone:		Cidade:		Estado civil:	

05/03/2020
CLAUDEIAN SOUSA
PLANTONISTA
Fms.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	28/02/20	Hora da Alta:			
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Evasão
Condições de Alta:	Boas condições clínicas				
Diagnóstico Principal.....:	Fx Prof. novo Doença				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Prescrição.....:	Doença Refrataria Fm (C)				
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG				

Dr. Joo
Ortopedia
Médico e CRM
PE 20.446

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 CORDEIRO DA SILVA

NOME SOCIAL:

SETOR:

ENFERMARIA:

DATA DE NASC.: 01/12/1983

REGISTRO: 134572

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
23/02/2020	
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 19:36	<i># 501#</i> <i>NOTA OPERATÓRIA</i> <i>Paciente submetido a procedimento cirúrgico com</i> <i>osteossíntese.</i> <i>CO: A SR.</i>
24/02/2020	<i># 512# 501#</i> <i>Po (24/02/2020) Tmto sintomático</i> <i>com analgésicos.</i> <i>Paciente estável, sem queixas</i> <i>to de dor e com</i> <i>CD: A enfermagem</i> <i>realiza exames de</i>
	<i>Dr. Karo M. de C. Pereira</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>24/02/2020</i>



25/02/2020

08:20h

#SOT#

Hb: Fratura diafisária de fêmur e
PO: Tração transilial em MIE

Paciente estável, sem queixas.

EGB, afável, consciente, orientado, eupneico

CD: Aguarda novo procedimento cirúrgico

0655230-ND
M-06 89824
LACRIM
M-06 89824

26/02/2020

8:40h

#SOT#

HD: A mesma

PO: A mesma

Paciente estável, sem novas queixas

EGB, LOTE, afável, eupneico. Boa perfusão distal

CD: Aguarda procedimento 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 fêmur (E)

paciente submetido a procedimentos

cirúrgicos sem dor, sem

intercorrências

CD: D.S.

28/02/20

09:11

#SOT#

em modo retrogrado de fêmur

- Paciente estável, orientado, eupneico, sem queixas. FO sem alterações

CD-

- Anestesia

- Ortopedia

- Antidépresse

Dr. Igor Alencar
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 24.446



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
PA3 MOTOCICLETA	ALCO/GA3OL

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
<i>Roberto Fontelles</i>

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
CPF de: Próprio
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A
Data do acidente: 23/02/2020
Titular do CPF: JONAS CORDEIRO DA SILVA

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



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 nº 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 epigrafe 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

