



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	<a href="#">2747540_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	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.joaoportoadvocacia.com.br](http://www.joaoportoadvocacia.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491145200000069825072>  
Número do documento: 20111813491145200000069825072

Num. 71217215 - Pág. 1



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
<b>JONAS CORDEIRO DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>		<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
71217 218	18/11/2020 13:49	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>
Outros (Documento)		



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados 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



00030328



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074>  
Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
046.431.324-42 JONAS CORDEIRO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JONAS CORDEIRO DA SILVA 6 - CPF: 046.431.324-42  
7 - Profissão: AUX. PROVAÇÃO 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: ballbinospe@hotmail.com (81) 99944-1109 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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00013376 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  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 aqueles 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.

MORTE  
NÃO ALFABETIZADO

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074

Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 3



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 N°. **20E0120000482**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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)

**AUTOMOVEL ONIX PRATA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/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 PÚBLICA 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 VEÍCULO NA FRETE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA EM MOVIMENTO. QUE, O IMPUTADO NÃO DEU A PREFERÊNCIA AO VEÍCULO DA VÍTIMA. QUE, O IMPUTADO COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, DANIFICOU A LATERA ESQUERDA E A FRETE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, A VÍTIMA CAIU NA VIA PÚBLICA 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 SOU VIU O FINAL DA NUMERAÇÃO DA PLACA DO IMPUTADO. QUE, O FINAL DA PLACA ERA 4445. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO NÃO PRESTOU SOCORRO. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI LEVADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES DE ALENCAR. QUE, FOI ATENDIDO PELO MÉDICO IGOR ALCENOS CRM PE 26.446.**

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

**JONAS CORDEIRO DA SILVA  
(VITIMA)**

*Jonas Cordeiro da Silva*

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

16/03/2020 10:17



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074>  
Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
046.431.324-42 JONAS CORDEIRO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JONAS CORDEIRO DA SILVA 6 - CPF: 046.431.324-42  
7 - Profissão: AUX. PROVAÇÃO 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: ballbinosp@hotmaile.com (81) 99944-1109 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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00013376 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  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 aqueles 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.

MORTE  
NÃO ALFABETIZADO

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074

Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 6

# 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074>  
Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 7



Avenida Cruz Cabugá - Num. 1187 - Santo Amaro Recife PE  
CEP: 50040-000. Fone: (81) 8800.081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.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 - FORTÉ ORANGE ILHA DE ITAMARACA PE 53900-000  
INSCRIÇÃO: 076.580.060.1171.000

MATRÍCULA: 10378684.8 DATA: 04/2020-8

GRUPO: 1 OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10378684.8

PERÍODO: REFERÊNCIA: FAIXA INÍCIO

PERÍODO ANO CORTADO	REFERÊNCIA DE CONSUMO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
01/2020	DATA LEIT.: 23/03/2020	DATA ANT.: 22/04/2020			
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.: 29	CONSUMO: 0	LEIT. ANT.:			VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 34	HD N LOCAL	LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 34	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERÊNCIA/CONSUMO					
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			

PARÂMETROS	EXIG. PELA FORT. MS 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS	
		ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	44	44	44
COR APARENTE	44	44	44
CLORO RESIDUAL	44	44	44
COLIFORMES TOTAIS	44	44	43
E. Coli	44	44	44

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 COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
PARCELA DE DEBITOS PARCELA 5/24		64,75
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,35
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2020		13,22

VALOR R\$	VALOR R\$
0,00	0,00
7,60	0,00

VENCIMENTO: 05/05/2020 TOTAL A PAGAR: 80,32

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

Emitido por: INTERNET Emitido em: 27/04/2020

	<b>Arpe</b> Agência de Regulação de Pernambuco
ATENDIMENTO: 0800-0810195	0800-2813844
VAZAMENTOS: 0800-0810185	MATRÍCULA: 10378684.8 DATA: 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



10378684.8

04/2020-8

04/2020-8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074  
Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 8



CNPJ 09.099.000/0001-04  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2  
ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO  
ABREU E LIMA PE 53520-290

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

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

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

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS	
12/2019	01	EXIG. PORT. MS 2.914/21	ANALISES REALIZ.
11/2019	01	2.914/21	ATENDEM A LEGIS.
10/2019	01		
09/2019	01		
08/2019	01		
07/2019	01		

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.compresa.com.br  
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO-RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

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

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÓSTO
PI	108,92	1,65	1,80
COFINS	108,92	7,68	8,28

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

MENSAGEM:

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



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoras.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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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	CEP
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069		Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834	

*Até o dia/05/03 de Junho de 2020.*  
*Assinatura do Declarante*  
*ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS*



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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



Nome Paciente: ATENDIMENTO: 518578  
Cód. Paciente: PACIENTE.....: JONAS CORDEIRO DA SILVA  
Data de Nascimento: NASCIMENTO.: 01/12/1983 IDADE: 36 SEXO: MASCULINO  
Sexo: MÃE.....: MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO  
Idade: ENDEREÇO....: PE 01 NORTE ORANGE, NÚMERO: 12  
Senha: BAIRRO.....: BAIXA VERDE  
Convênio: CIDADE.....: ILHA DE ITAMARACA  
Atendimento:  
SAME:

REGISTRO: 134572

: 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 OXIGÉNIO: 98.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO - 23/02/2020 - 16:25  
HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)

Local:

Kenia Mayllo

COREN PE 12132

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074

Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 11

Atendimento: 518578  
Data e Hora: 23/02/2020 16:31

Senha da Classificação:

0014

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA  
Nome Social:  
Sexo: MASCULINO  
Data do Nascimento: 01/12/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe: MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO Nome do Pai: JOSE CORDEIRO DA SILVA  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
Endereço: PE 01 NORTE ORANGE 12 Bairro: BAIXA VERDE  
Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA PE Usuário Atendimento: ALESSANDRAPS  
-----  
Data Entrada Brasil:  
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:  
Observação:

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 16:24

Queixa Principal

Paciente vítima de queda, a 40, velocidade moto - corre há, approx 3 horas - condutor da moto. refere uso de capacete. legal inquérito alcoólico. moto em 40 km/h no momento do acidente. nega desmaio, tontura, d. mitos.

Exame Físico

A = vias aéreas livres; em uso de colar cervical e bronch. B = PTA: 98%. AA C = pulsos cheios e simétricos. PTA: 98%. IC: 104 bpm. PA: 148 x 96 mmHg D = ECG = 15; pupilas motoromegánticas E = dor intensa em MIE; com edema de oxa (C). Sem fe febre.

Hipótese Diagnóstico

Re: trauma  
Ex: MIE?

Prescrição Médica

1) tratamento Rx de trauma + Rx de MIE  
2) Rx. Rx de osteoporose

CRM: 12346  
Data: 23/02/2020

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	AT= 518593	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	6431569
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, N°, Bairro)	PE 01 NORTE ORANGE, 12 - BAIXA VERDE			16 - Município	17 - IBGE
ILHA DE ITAMARACA				260760	18 - UF
				PE	19 - CEP
					53900000

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

21 - Condições que justificam a Internação  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

S723

V239

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento

0408050519

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

20432444046006

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 VIOLENCIAS)

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 Autorizado

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

E260000001

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

( ) CNS ( ) CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Adauto Telino  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM 20671 TECOT 15866

AIH  
262010246510-1

Código do Laudo: 518593



Aviso de Cirurgia : 63102  
Paciente : 134572  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 340  
Dt. Início : 23/02/2020 23:55

Sala : 0002 SALA 02  
JONAS CORDEIRO DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
VERMELHO - EXTRAS 009  
Dt. Fim : 24/02/2020 00:00  
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento : 518593  
Carteira :  
Idade : 36 Anos

Cid Pré-Operatório : ST23  
Cid Pós-Operatório : ST23

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 FÉMUR 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

##### Relatos Cirúrgicos:

##### Descrição Complementar

FATURADO  
05/03/2020  
CLAUDIO VIANA SILVA  
FATURISTA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Aviso de Cirurgia : 63148  
Paciente : 134572  
Convênio Atend.: 1  
Leito : 58  
Dt. Início : 27/02/2020 09:20 Dt. Fim : 27/02/2020 11:10

Sala : 0001 SALA 01  
JONAS CORDEIRO DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
ORTL-508-LEITO 002

Atendimento : 518593  
Carteira :  
Idade : 36 Anos

Cid Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR (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 Cirúrgica

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA  
  - ISSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
2. 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.  
  - COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 11X38
8. 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

FATURADO  
05/03/2020  
CLAUDEIAN 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 NASC.:** 01/12/83

**REG:** 134572

**DATA DA ADMISSÃO:** 23/02/2020

**DATA DA ALTA:** 28/2/20

**DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

**TRATAMENTO REALIZADO:**

- OSTE OSSINTSE COM HASTE RETROGRADA DE FEMUR ESQUERDO

**ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO E 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 SECRECÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

**DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

**PROGRAMA APÓS ALTA:**

**AMBULATÓRIO DE EGRESO:** SIM (x)    NÃO ( )

**DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:** \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Dr. Igor Alcedo  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 28.446

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: <b>JONAS CORDEIRO DA SILVA</b>	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
<b>Dados da Internação</b>			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 23/02/2020 19:34		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Piso: GERAL		
Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA I	Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS	Leito: ORTL-508-LEITO 002	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
Endereço:	- Número:	05/03/2020	
Telefone:	Cidade:	Estado civil :	CLAUDEIAN SONSE
<i>Elmo.</i>			

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: <u>28/02/20</u>	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: <u>Bom condicionamento</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Fix. lux. lux. do m. (c)</u>	
Diagnóstico Secundário01.: <u>REVISAO CIH-HMA</u>	
Diagnóstico Secundário02.: <u></u>	
Procedimento.....: <u>Acute retrogrado Enm (c)</u>	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

Dr. Ivo  
Ortoped  
Médico e CRM  
Número 18.446

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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 \_\_\_\_\_

*REGISTRA AD*

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 518593

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

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

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

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

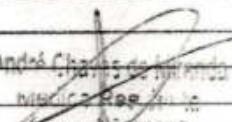


HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

The logo for IMIP, featuring a stylized crown or dome shape above the letters "IMIP".

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Anna Conceição de Siqueira Registro: 134572  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	16/03/2020	17:50 TPR
		Pct con fijación de tránsito de Glénoides
		degradación claudiente, con quejido de descenso leve F.O. sin
		síntesis florísticas en secreción purulenta.
	Cd:	<ol style="list-style-type: none"> <li>① Retirar parte</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>② Solicita fisioterapia</li> </ol>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>③ Solicita Rx de Braço e Cava</li> </ol>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>④ Retorno en 4 Semanas.</li> </ol>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>⑤ Férula Largo.</li> </ol>	
		
		André Charles de Oliveira
		Médico - CRM 11.000
		CRM-SP 26413



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JONAS CORDEIRO DA SILVA

**NOME SOCIAL:**

SETOR

## ENFERMARIA:

DATA DE NASC.: 01/12/1983

REGISTRO: 134572

LEITO:



25/02/2020

08:20h

#SOT#

HB: Fratura diafisária de fêmur e  
PO: Traçôs transstibial em MIE

Paciente visto, non quexo.

EGB, afibril, consciente, orientado, eufneica

CD: Aguarda novo procedimento cirúrgico.

26/02/2020

8:47 a

#507

PO: A process

Paciente extranjero, sin antecedentes quirúrgicos.

EGB, LOTE, afebril, supurativo. BOC, pululatriz.

CD: Aguaresas que se exhibieron

### - Seulement examen clinique

João Marcelo Xavier  
Medico  
2011-11-725

27/02/2020

14:007

HC, PD (27/02/20) RFFI en kost  
retrogradi si san (E)  
Pacientul suferă o proadă  
rare sau durată, se  
întârzie

28/02/20

09511

2. L. Batorff for  
June 2003  
~~1507~~

~~RESUMEN~~

- Punto estoval, anestesia espresiva  
sin gases. Yo les ofrezco
- Anestesia
- Anestesia
- Antibiotico profilactic



Dr. Igor A. LECOMTE  
Quirurgie Thoracique  
CHU de Grenoble





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074>  
Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 22

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN

CONTRAN

DETAN - PE N° 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	0YU4930

PLACA ANT/UF	CHASSI
0YU4930 / PE	9C2ND1110ER002802

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GÁSOL

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	*****	1º *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º *****
1	*****	3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	SEGURO OBRIGATÓRIO	84.58	06/03/19

OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO			
VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			

LOCAL	DATA
RECIFE - PE	26/02/20

Roberto Carlos Moreira Fontelles  
DIRETOR PRESTANTE DETRAN/PE



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156341/20

**Vítima:** JONAS CORDEIRO DA SILVA

**CPF:** 046.431.324-42

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 23/02/2020

**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](http://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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074>  
Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 24

## 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 FÉMUR 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: JONAS CORDEIRO DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUX. PRODUTÓ  
Identidade: 5.981.054-SDS/PE CPF: 046.431.324-42  
Endereço: RUA DAS CARAHBOLAS, nº 162, FORTÉ ORANGE,  
ILHA DE ITAMARACÁ - 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 epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

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

Jonas Cordeiro da Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156341/20

**Vítima:** JONAS CORDEIRO DA SILVA

**CPF:** 046.431.324-42

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 23/02/2020

**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](http://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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491154900000069825074>  
Número do documento: 20111813491154900000069825074

Num. 71217218 - Pág. 27



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
<b>JONAS CORDEIRO DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>		<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
71217 219	18/11/2020 13:49	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>
Outros (Documento)		

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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: **046.431.324-42** 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. PROVAÇÃO** 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: **ballbinosp@hotmaill.com** (81) 99944-1109 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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> 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. 39, §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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		

40 - Local e Data,

*Abreu e Lima 100 03/06/2020*  
*Jonas Cordeiro da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





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 N°. **20E0120000482**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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)

**AUTOMOVEL ONIX PRATA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/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 PÚBLICA 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 FRETE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA EM MOVIMENTO. QUE, O IMPUTADO NÃO DEU A PREFERÊNCIA AO VEÍCULO DA VÍTIMA. QUE, O IMPUTADO COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, DANIFICOU A LATERA ESQUERDA E A FRETE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, A VÍTIMA CAIU NA VIA PÚBLICA NO MOMENTO DA COLISÃO. QUE, A VÍTIMA SOFREU LESÃO NA Perna ESQUERDA. QUE, A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO FEMO. QUE, A VÍTIMA DESCONHECE O IMPUTADO. QUE, A VÍTIMA SO VIU O FINAL DA NUMERAÇÃO DA PLACA DO IMPUTADO. QUE, O FINAL DA PLACA ERA 4445. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO NÃO PRESTOU SOCORRO. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI LEVADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES DE ALENCAR. QUE, FOI ATENDIDO PELO MÉDICO IGOR ALCENOS CRM PE 26.446.**

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

**JONAS CORDEIRO DA SILVA  
(VITIMA)**

*Jonas Cordeiro da Silva*

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

16/03/2020 10:17



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:12  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491186100000069825075>  
Número do documento: 20111813491186100000069825075

Num. 71217219 - Pág. 5

# 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: **046.431.324-42** 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. PROVAÇÃO** 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: **ballbinosp@hotmaill.com** (81) 99944-1109 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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> 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. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



# 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491186100000069825075>  
Número do documento: 20111813491186100000069825075

Num. 71217219 - Pág. 7



Avenida Cruz Cabugá - Num. 1187 - Santo Amaro Recife PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 8800.081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.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 - FORTÉ ORANGE ILHA DE ITAMARACA PE 53900-000  
INSCRIÇÃO: 076.580.060.1171.000

MATRÍCULA: 10378684.8 04/2020-8

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10378684.8

PERÍODO: REFERÊNCIA: FÁCIL ENTENDIMENTO

REFERÊNCIA ÁGUA CORTADO	ESTIMATIVA DE CONSUMO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
RESIDENCIAL A19N222644	DATA LEIT.: 23/03/2020	DATA ANT.: 22/04/2020			
ÁGUA			ESGOTO		
LEIT. ANT.: 29	CONSUMO: 0		LEIT. ANT.:		VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 34	HD N LOCAL		LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 34	ANORMALIDADE DE LEITURA		LEIT. FAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERÊNCIA/CONSUMO					
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				

PARÂMETROS	EXIG. PELA FORT. MS 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS	
		ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	44	44	44
COR APARENTE	44	44	44
CLORO RESIDUAL	44	44	44
COLIFORMES TOTAIS	44	44	43
E. Coli	44	44	44

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 COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
PARCELA DE DEBITOS PARCELA 5/24		64,75
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,35
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2020		13,22

VALOR R\$	VALOR R\$
0,00	0,00
7,60	0,00

VENCIMENTO: 05/05/2020 TOTAL A PAGAR: 80,32

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

Emitido por: INTERNET Emitido em: 27/04/2020

	<b>Arpe</b> Agência de Regulação de Pernambuco
ATENDIMENTO: 0800-0810195	0800-2813844
VAZAMENTOS: 0800-0810185	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



10378684.8

04/2020-8

10378684.8

04/2020-8

80,32

VIA COMPESA

10378684.8

04/2020-8

80,32

VIA COMPESA





CNPJ 09.099.000/0001-04  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2  
ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO  
ABREU E LIMA PE 53520-290

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

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

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

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS	
12/2019	01	EXIG. PORT. MS 2.914/21	ANALISES REALIZ.
11/2019	01	2.914/21	ATENDEM A LEGIS.
10/2019	01		
09/2019	01		
08/2019	01		
07/2019	01		

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.compresa.com.br  
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO-RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

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

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÓSTO
PI	108,92	1,65	1,80
COFINS	108,92	7,68	8,28

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

MENSAGEM:

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



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoras.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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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	CEP
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069		Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834	

*Até o dia/05/03 de Junho de 2020.*  
*Rossana Ligia Fernandes Dantos*  
Assinatura do Declarante





Atendimento: 518578  
Data e Hora: 23/02/2020 16:31

Senha da Classificação:

0014

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA  
Nome Social:  
Sexo: MASCULINO  
Data do Nascimento: 01/12/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe: MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO Nome do Pai: JOSE CORDEIRO DA SILVA  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
Endereço: PE 01 NORTE ORANGE 12 Bairro: BAIXA VERDE  
Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA PE Usuário Atendimento: ALESSANDRAPS  
-----  
Data Entrada Brasil:  
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:  
Observação:

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 16:24

Queixa Principal

Paciente vítima de queda, a 40, velocidade moto - corre há, apox 3 horas - condutor da moto. refere uso de capacete. legal inquérito alcoólico. moto em 40 km/h no momento do acidente. nega desmaio, tontura, d. mitos.

Exame Físico

A = vias aéreas livres; em uso de colar cervical e bronch. B = PTA: 98%. AA C = pulsos cheios e simétricos. PTA: 98%. IC: 104 bpm. PA: 148 x 96 mmHg D = ECG = 15; pupilas motoromegánticas E = dor intensa em MIE; com edema de oxa (C). Sem fe febre.

Hipótese Diagnóstico

Re: trauma  
Ex MIE?

Prescrição Médica

1) tratamento Rx de trauma + Rx de MIE  
2) Rx. Rx de osteoporose

CRM: 12346  
Data: 23/02/2020

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	AT= 518593	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	6431569
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, N°, Bairro)	PE 01 NORTE ORANGE, 12 - BAIXA VERDE			16 - Município	17 - IBGE
ILHA DE ITAMARACA				260760	18 - UF
				PE	19 - CEP
					53900000

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

21 - Condições que justificam a Internação  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

24 - CID 10 Principal

S723

25 - CID 10 Secundário

V239

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÉMUR

0408050519

28 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

20432444046006

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 VIOLENCIAS)

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

46 - Nome do Profissional Autorizado

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

( ) CNS ( ) CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Adauto Telino  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM 20671 TECOT 15866

AIH  
262010246510-1

Código do Laudo: 518593



Aviso de Cirurgia : 63102  
Paciente : 134572  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 340  
Dt. Início : 23/02/2020 23:55

Sala : 0002 SALA 02  
JONAS CORDEIRO DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
VERMELHO - EXTRAS 009  
Dt. Fim : 24/02/2020 00:00

Atendimento : 518593  
Carteira :  
Idade : 36 Anos

Cid Pré-Operatório : ST23  
Cid Pós-Operatório : ST23

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
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 FÉMUR 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

##### Relatos Cirúrgicos:

##### Descrição Complementar

FATURADO  
05/03/2020  
CLAUDIO VIANA SILVA  
FATURISTA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Aviso de Cirurgia : 63148  
Paciente : 134572  
Convênio Atend.: 1  
Leito : 58  
Dt. Início : 27/02/2020 09:20 Dt. Fim : 27/02/2020 11:10

Sala : 0001 SALA 01  
JONAS CORDEIRO DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
ORTL-508-LEITO 002

Atendimento : 518593  
Carteira :  
Idade : 36 Anos

Cid Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR (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 Cirúrgica**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA  
ANSEPSIA E ANTISEPSIA DE MIE;
2. 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.  
COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 11X38
8. 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**

FATURADO  
05/03/2020  
CLAUDEIAN SOUSA  
FATURISTA

*Dr. Bento Júnior*  
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 NASC.:** 01/12/83

**REG:** 134572

**DATA DA ADMISSÃO:** 23/02/2020

**DATA DA ALTA:** 28/2/20

**DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

**TRATAMENTO REALIZADO:**

- OSTE OSSINTSE COM HASTE RETROGRADA DE FEMUR ESQUERDO

**ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO E 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 SECRECÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

**DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

**PROGRAMA APÓS ALTA:**

**AMBULATÓRIO DE EGRESO:** SIM(  )    NÃO(  )

**DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:** \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Dr. Igor Alcedo  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 28.446

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: <b>JONAS CORDEIRO DA SILVA</b>	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
<b>Dados da Internação</b>			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 23/02/2020 19:34		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Piso: GERAL		
Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA I	Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS	Leito: ORTL-508-LEITO 002	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
Endereço:	- Número:	05/03/2020	
Telefone:	Cidade:	Estado civil :	CLAUDEIANE SOUSA P. CRISTINA Elois.

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: <u>28/02/20</u>	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: <u>Bom condicionamento</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Fix. lux. hum. Dl om</u>	
Diagnóstico Secundário01.: <u>REVISAO CIH-HMA</u>	
Diagnóstico Secundário02.: <u></u>	
Procedimento.....: <u>Acute retrogrado Enm</u>	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

Dr. Ivo  
Ortoped.  
Médico e CRM:  
Número 26.446

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

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

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



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

The logo for IMIP, featuring a stylized crown or dome shape above the letters "IMIP".

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Anna Lenckha de Silve Registro: 134572  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	16/03/2020 F SOTAR
	<p>Pct con fijación de tránsito de Glénoides (Esg.) Reclamo con deglubulación claudiente, con quejido de descenso lento F.O. sin signos flaxílicos en secreción purulenta.</p> <p>Cd:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Retirar parte</li> <li>② Solicita fisioterapia</li> <li>③ Solicita Rx de Brazo e Codo</li> <li>④ Retorno en 4 Semanas.</li> <li>⑤ Férreos Largo.</li> </ol> <p><i>Andrés Charles de la Torre</i> Médico - D.R. 11.0 Cédula 26613</p>



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JONAS CORDEIRO DA SILVA

**NOME SOCIAL:**

SETOR

## ENFERMARIA:

DATA DE NASC.: 01/12/1983

**REGISTRO: 134572**

LEITO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491186100000069825075>  
Número do documento: 20111813491186100000069825075

Num. 71217219 - Pág. 20

25/02/2020

08:20h

#SOT#

HB: Fratura diafisária de fêmur e  
PO: Fracção transstibial em MIE

Paciente visto, non quexo.

EGB, afetivo, consciente, orientado, eufórica

CD: Aquinda novo procedimento cunha gira.

44-PE 23590  
883824  
11-LAUCM

2010212020

8:400

#307\*

H2: B-modes

PO: Autorequest

Paciente está satisfecho con su situación.

ЕГБ, ЛОТ, альбіл, епініс. Боз мүлкүншіліктер

CD: Agencia de promoción extranjera

- Selected exams for students

27/02/2020

18:007

HSOT# CRM 11.72  
HOL PD (27/02/20) RFFI ~~in~~ ~~not~~  
retrognal in form (E)  
present subtended a prosthesis  
very soon derived, see  
the notes

28/02/20

09511

2. La Bonté for  
June 2003  
~~1507~~

- Punto estival, otoñal y primavera  
sólo para la tarde

(P) - Análisis

- Ornitología

- Antártica polárica

Dr. Igor A. LECOMTE  
Quirurgie Thoracique  
CHU de Grenoble





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:12  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491186100000069825075>  
Número do documento: 20111813491186100000069825075

Num. 71217219 - Pág. 22

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN

CONTRAN

DETAN - PE N° 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	0YU4930

PLACA ANT/UF	CHASSI
0YU4930 / PE	9C2ND1110ER002802

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GÁSOL

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	*****	1º *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º *****
1	*****	3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	SEGURO DE OBRIGATÓRIO	34.58	06/03/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA	DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA	

*Roberto Fontelles*

LOCAL	DATA
RECIFE - PE	26/02/20

*Roberto Carlos Moreira Fontelles*  
DIRETOR PRESTANTE DETRAN / PE



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156341/20

**Vítima:** JONAS CORDEIRO DA SILVA

**CPF:** 046.431.324-42

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 23/02/2020

**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](http://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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491186100000069825075>  
Número do documento: 20111813491186100000069825075

Num. 71217219 - Pág. 24

## 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: JONAS CORDEIRO DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUX. PRODUTÓ  
Identidade: 5.981.054-SDS/PE CPF: 046.431.324-42  
Endereço: RUA DAS CARAHBOLAS, nº 162, FORTÉ ORANGE,  
ILHA DE ITAMARACÁ - 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 epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

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

Jonas Cordeiro da Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156341/20

**Vítima:** JONAS CORDEIRO DA SILVA

**CPF:** 046.431.324-42

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 23/02/2020

**Titular do CPF:** JONAS CORDEIRO DA SILVA

### 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](http://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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:49:12  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813491186100000069825075>  
Número do documento: 20111813491186100000069825075

Num. 71217219 - Pág. 27