Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/09/2020

Número: **0031737-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **15/07/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAILTON PEDRO DE LIMA (AUTOR)	**EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67473764	03/09/2020 16:37	ANEXO 1	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190035275 **Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA**

Data do Acidente: 12/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILTON PEDRO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00327/00328 - carta_01 - INVALIDEZ

00020164

Carta nº 13823393

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190035275
Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA
Data do Acidente: 12/10/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILTON PEDRO DE LIMA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00257/00258 - carta_03 - INVALIDEZ

00050129

Carta nº 13823588

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190035275 **Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA**

Data do Acidente: 12/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILTON PEDRO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: **JAILTON PEDRO DE LIMA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **001**
Agência: **000001153-3**
Conta: **0000019516-2**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01859/01860 - carta_15R - INVALIDEZ

00020930

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190035275 **Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA**

Data do Acidente: 12/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILTON PEDRO DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01995/01996 - carta_09 - INVALIDEZ

00060998

Carta nº 15117121

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro (Aviso): CPF da vítima: 734.689.914-87 Nome completo da vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JAILTON PEDRO DE LIMA

CPF: 734.689.914-87

Profissão: REC. INS.

Endereço: SÍTIO CACHOEIRA DO ARROZ

Número: 76 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE

Estado: PE

CEP: 55790-000

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

Telefone: (81) 9665-0454

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1153 (3) CONTA: 19516 (2)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora a creditar na conta bancária informada, de minha (nossa) titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, cujo pagamento ocorrerá de acordo com a legislação específica e mediante apresentação da documentação completa e válida, conforme o caso.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que [illegible] de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerer [illegible] por invalidez permanente [illegible] (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

Declaro estar ciente de que, caso [illegible] pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sem [illegible] documentação [illegible] a Seguradora Líder para verificação e [illegible] Declaro ainda estar ciente de que a não apresentação do laudo do IML, quando [illegible] a não ocorrência de [illegible] da documentação [illegible] do sinistro.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se teve filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou descendentes (não nascidos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora [illegible] decorrente do Seguro DPVAT por motivo [illegible] que se [illegible] prova [illegible] da [illegible] do sinistro, [illegible] não [illegible] a [illegible] do Código Penal.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 19/12/19

Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: CPF: Assinatura

2º | Nome: CPF: Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá atrair outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fiel cumprimento ao conteúdo do mesmo, sob pena do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

[redacted]

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

17ª USPC
130ª Circunscrição
Taquaritinga do Norte

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0220000738**

494550
0460790/18

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/10/2018** às **15:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/10/2018** às **16:50**

Endereço do Ocorrido: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, PE 130- PROXIMO AO FERRO VELHO DE ZÉ DO BOLO -**
Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
NÃO VERIFICADO
2018
Bruno Seguradora S/A

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ROBERTO ; AUTOR (AGENTE)
VERA LUCIA TEIXEIRA DOS SANTOS (NOTICIANTE)
MARIA DAS NEVES SILVA (OUTRO)
JAILTON PEDRO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERTO
VEICULO: (Usado na ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JAILTON PEDRO DE LIMA

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

JAILTON PEDRO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA AUREA DE LIMA** Pai: **ANTONIO PEDRO DE LIMA** Data do Nascimento: **16/6/1970** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 76, RUA SÍTIO CACHOEIRA DO ARROZ - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO BRASIL**

VERA LUCIA TEIXEIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **IRENE MARIA DE MELO SANTOS** Pai: **JOSÉ TEIXEIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **5/8/1973** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 76, RUA SÍTIO CACHOEIRA DO ARROZ - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO BRASIL**

ROBERTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DAS NEVES SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **ROBERTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILTON PEDRO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFY7140** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **486446069** Chassi: **9C2HB0210CR034138**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

CARRO- KADET (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/KADETT** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHI7119** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE O SEU ESPOSO NO DIA 12 DE OUTUBRO 2018, POR VOLT DAS 16H50 CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PFY-7140 , PELA PE 130,NAS MEDIAÇÕES DO SÍTIO SILVA DE CIMA TRAFEGANDO NO SENTIDO AO CENTRO DESTA CIDADE, QUANDO AO PASSAR NO REFERIDO LOCAL FOI SURPREENDIDO POR UM VEICULO GM KADET (KHI-7119), QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CONDUZIDO PELO INDIVIDUO CONHECIDO POR ROBERTO DE VÉI, O QUAL INVADIU A PISTA DE ROLAMENTO QUE YTRAFEGAVA A MOTOCICLETA VINDO A COLIDIR COM O MESMO. DO ACIDENTE SAIU COM LESÕES GRAVES A VÍTIMA JAILTON PEDRO DE LIMA, QUE FOI SOCORRIDO POR UNIDADE DO SAMU AO HOSPITAL LOCAL E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS REMOVIDO AO HRA NA CIDADE DE CARUARU E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB. O OCNDUTOR DO VEÍCULO SAIU ILESO DO CITADO ACIDENTE.

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

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

Vera Lucia T. dos Santos Teixeira

VERA LUCIA TEIXEIRA DOS SANTOS
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EDJANE DE CASSIA MARTINS PEREIRA** - Matrícula: **3873021**

Certidão de Nascimento
Cartório
Certificado Civil

DE SINISTROS
VERIFICADO
2 1 OUT 2008
Seguradora S/A

ids.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?el

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Cadastro (Alt): CPF da vítima: 734.689.914-87 Nome completo da vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JAILTON PEDRO DE LIMA

CPF: 734.689.914-87

Profissão: REC. INS.

Endereço: SÍTIO CACHOEIRA DO ARROZ

Número: 76 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE

CEP: 55790-000

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

Telefone: (81) 9665-0454

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os Bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1153 3 (Informar o dígito se existir) CONTA: 19516 2 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora líder a creditar na conta bancária informada de minha titularidade o valor da indenização relativa ao Seguro DPVAT [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que [illegible] de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerer [illegible] por invalidez permanente [illegible] (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

[illegible] 2018

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se teve filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou descendentes (vivos ou mortos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais (vivos ou mortos)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora líder não pagará o valor devido a título de seguro DPVAT por motivo de óbito quando se tratar de morte natural, decorrente de doença, estado de enfermidade, ou de qualquer outra causa, [illegible] não [illegible] a obrigação de pagar a indenização do seguro DPVAT [illegible] Código Penal

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 19/12/18

Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X [signature]

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF: Assinatura

2ª | Nome: CPF: Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá atrair outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fiel cumprimento ao conteúdo do mesmo, sob pena do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

192

SAMU - Taquaritinga do Norte

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr.Jailton Pedro de Lima portador de CPFNº 734.689.914-87. ID Nº não informado pela central, que consta nos registros de ocorrência do SAMU MACRORREGIONAL AGRESTE DE CARUARU, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia 12 de outubro de 2018, às 16hs e 55min, no endereço: PE 130 Silva de Cima, vitima de acidente de moto, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento, em seguida removido para o Hospital local HGSPS/FUNDATA.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Taquaritinga do Norte, 15 de outubro de 2018.

Edvânia Anísia de Moura

Coordenação de Urgência e Emergência

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: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON PEDRO DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000000019516-2

Nr. da Autenticação C174900B70909A41

celpe
neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA — CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

DADOS DO CLIENTE
VERA LUCIA TEIXEIRA DOS SANTOS LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S CACHOEIRINHA 0 ARROZ 78

CPF 063 993 904-50 NIS 1276 1093842

TACUARITINGA DO NORTE/TACUARITINGA
TACUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7001684170	10/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO
26/10/2018	21/11/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 32,07

NF/SÉRIE FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
03825841	UNICA	2010/23-6

APRESENTAÇÃO	NÚMERO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
2010/2018	2010/06183	5120901

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR(R$)
Consumo Alíquota 30 (kWh)	30,000000	0,309791	9,49
Consumo Alíq superior a 30 até 100 (kWh)	51,000000	0,319750	15,99
Adequação Bandeira VERMELHA			3,12
Contrib Ilum Pública Municipal			3,58
Multa por atraso NF 03858955 - 21/08/18			0,40
Juros por atraso NF 03858955 - 21/08/18			0,07
Atualização Ctr NF 03858955 - 21/08/18			0,23
FHO-CRANÇA (001)3412-9500 DR 10 291 8892			3,50

TOTAL DA FATURA 32,07

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	31	1,00000		[illegible]

MEDIÇÃO (kWh)

SET/18	81
AGO/18	103
JUL/18	93
JUN/18	37
MAI/18	97
ABR/18	66
MAR/18	88
FEV/18	64
JAN/18	53
DEZ/17	39
NOV/17	15
OUT/17	81

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR (R$)
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	0,15
COFINS	[illegible]	[illegible]	0,70

Geração de Energia	R$	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]
Distribuição (Celpe)	R$	[illegible]
Perdas na Energia	R$	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]
Total	R$	25,68

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DATA DE RECEBIMENTO
21 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA POR UNIDADE CONSUMIDORA

	EMPLACADO	SEMANA ATUALIZADO (SEGUNDOS)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DEC		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FEC		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DMIC		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

MÊS DE REFERÊNCIA

TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
7001684170	10/2018	26/10/2018	32,07

83830000000-4 32070011007-4 00168417010-6 15036254383-9

celpe
neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CENTRO
SLR-RIMPE

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO: 7005749888
MÊS/ANO: 09/2018
DATA DE VENCIMENTO: 19/09/2018
DATA DE APRESENTAÇÃO: 05/10/2018

144,97

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo kWh/kW	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Adesão ao Programa PRIMEIRA			25,69
Contribuição Iluminação Pública			9,19
ICMS Subvenção - RCE Nº [illegible]			6,21
			3,37

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	GRANDEZA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ACUMULADO	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES FISCAIS TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DOS TRIBUTOS
ICMS			
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

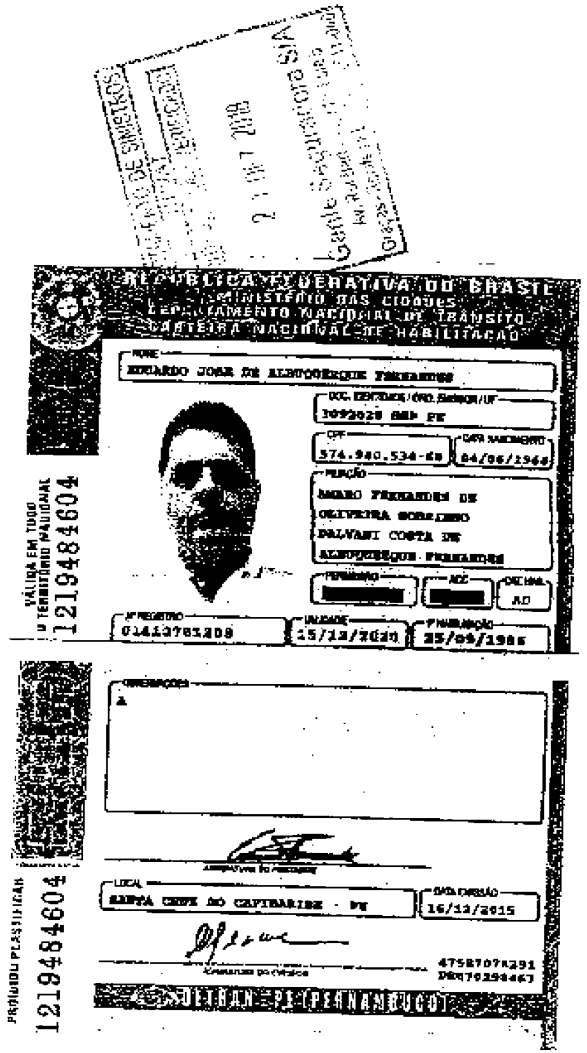
Serviços de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	[illegible]

TARIFAS APLICADAS

REFERÊNCIA MÊS/ANO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[redacted]



Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **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[1] nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAILTON PEDRO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 734.689.914 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAILTON PEDRO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 734.689.914/87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

X 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	Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA	370	CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: SURUBIM	Estado: PE
CEP: 55750-000		
Email: //	Telefone comercial DDD: (81) 9665-0454	Telefone celular (DDD): (81) 9152-6794

SURUBIM/PE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

D_DRL 501 V001/2017

FUNDATA Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Jailton Pedro de Lima**, nascido 16 de junho 1970, deu entrada neste hospital no dia 12 de outubro de 2018 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº317.006 em anexo.

Taquaritinga do Norte, 16 de outubro de 2018.

FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQ DO NORTE

HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA S

FOLHA DE INTERNAÇAO E ALTA HOSPITALAR

ATEND. Nº:

DATA:

HORA:

Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

Nome:

CNS

Sexo: Idade: Cor: Categoria:

Naturalidade: Estado Civil:

Endereço: Data de Nascimento

Procedência:

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende:

Endereço: Parentesco:

Trazido por:

Endereço:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente:

Natureza do Acidente: Data Hora

☐ Casual ☐ Queda ☐ Acid. no Trabalho ☐ Acid. no Trânsito ☐ Intoxicação

☐ Agressão ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Outras Causas

RECEPCIONISTA

ANALISADO E DE SINISTROS
VAT
NÃO VERIFICADO!
2018
Gente Seguradora S/A

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirurgico

Pressão Arterial Hora do Atendimento Médico

Temperatura °C Pulso BPM

Peso

Queixa Principal e HDA

Exame Físico:

MÉDICO

Local: Aris
traumatologia

FUNDATA

Sala: 553363

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Jonathan Vasco a. Lima, 19.

Encaminhado pelo local do acidente em moto há 30 horas pelo SAMU. Queixa [illegible] em membro [illegible] direito. Sem [illegible] 100, 100/15 [illegible]

Exame: PA 110x90 [illegible]
Fc 70 bpm
SpO2 97%

Med: Tramal 200
Dipirona
SPO 99% 500

Plantonista em Traumatologia

HD Acidente moto
Fratura exposta de T.M.I.
Perda óssea (D)?

Ajuda

Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
CRM CE 15398

RECEITUÁRIO MÉDICO
12/10/19

Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA
CNPJ: 10.572.048/0014-42
SERVIÇO SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Vera Lúcia Teixeira dos Santos Lima** RG: 5.110.505 SDS/PE; esteve acompanhando seu esposo **Jailton Pedro de Lima.** Prontuário: 327044 internado nesta unidade hospitalar na enfermaria da ortopedia L-25 desta Unidade Hospitalar no dia 18 e 19/10/2018.

Ivanete Assis
Assistente Social
HRA

SINISTROS
RECEBIDO
2 - 9 1 2018
Seguradora S/A

Caruaru, 19 de outubro 2018

Avenida José Rodrigues de Jesus - BR 232 – Km 130 S/N
Bairro Indianópolis, Caruaru - PE - CEP: 55 024.000
Fone: (81) 3719-9400
e-mail: hra.atendimento@hotmail.com

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

Dr. Luciano Holanda

BOLETIM DE ANESTESIA

1ª Via Branca - Hospital
2ª Via Amarela - Anestesiologia
3ª Via Rosa - Faturamento
4ª Via Azul - Cirurgião

NOME:

APTO:

CONVÊNIO:

IDADE:

SEXO: [X] M [ ] F

NÚMERO DA CARTEIRA:

INÍCIO:

GUIA DE INTERNAÇÃO:

TÉRMINO:

SENHA:

HORÁRIO ESPECIAL: [ ] SIM [X] NÃO

DATA DE NASCIMENTO:

CIRURGIA

[X] ELETIVA [ ] URGÊNCIA

[ ] AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA): [ ] I [ ] II [ ] III [ ] IV [ ] V

DATA:

Diagnóstico Pré-Operatório:

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiológica

Instrumentador(a)

Procedimentos Realizados

Códigos

Horário

AGENTES: OXIGÊNIO, NO, AR

LÍQUIDOS VENOSOS: Nº DE VENOSAS

MONITORES: ECG, SpO_2, $ETCO_2$, DIURESE

FORMULÁRIO TÉRMICO

LOCAL

Pulso

PA V A

PA T

180

150

AGENTES	QTDE.
Adrenalina	
Atropina	
Bactra	
Bupivacaina Isobarica	
Bupivacaina Hiperbárica	
Bupivacaina %	
Cipro	
Clexane	
Decaron	
Dipirona	
Diprivan	
Diprivan PFS	
Dobutrex	
Dormonid 15mg	
Efedrina	
Esmeron	
Fentanil	
Flagyl	
Forane	
Halotano	
Hidrocortisona	
Hypnomidate	
Kefzol	
Keflin	
Ketalar	
Lasix	
Liquemine	
Methergin	
Morfina	
Narcan	
Naporin	
Nimbex	
Nipride	
Noradrenalina	
Norcuron	
Octocina	
Pavulon	
Ptasil	
Profenid	
Prostigmine	
Quelicin	
Rapten	
Revivan	
Sevorane	
Sufenta	
Tiopental	
Tracrium (Atracúrio)	
Ultiva	
Valium	
Xylocaina	
Xylocaina Hipertônica	
Xylocaina Spray	

Horário

AVENTES: OXIGÊNIO, NO, AR

LOUÇOS VENOSOS: VL TÉRMICA, VL CARMEN, VL VENOSA

ECG, SpO_2, $ETCO_2$, DIURESE

TERMOCLIP Tempo

LOCAL

Pulso ●
PA V A
PA T
TEM ▲
PVC △
Início Anest. X
Início Cirur. ○
Término Cirur. ⊗

180, 150, 120, 90, 60, 30

FLSP: ESP, ASS, CONT

O

INTERCORRÊNCIA

TÉCNICA ANESTÉSICA

INDUÇÃO: Inalatória, Venosa

MANUTENÇÃO: Inalatória, Venosa, Sob Máscara, Máscara Laríngea

INTUBAÇÃO TRAQUEAL: Oral, Nasal, C/Balão, S/Balão, Armado, Duplo Lumen, Traqueostomia

ANESTESIA REGIONAL: Peridural, Raquianestesia, Peridural Sacra, N. Periférico, Simples, Contínua, Cateter nº

ANESTESIA REGIONAL: P. Braq/Cervical, Supraclavicular, Interescalênico, Axilar, Venosa Regional, Infiltração, Sedação

PUNÇÃO: Mediana, Paramediana, Sentada, DL, D, E

LOCAL

CALIBRE

TIPO

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: Aspirador, Estufa, ECG, Bis, Oximetro, Peridurógrafo, VNI, Capnógrafo, Bombas de Infusão, Ventilador Mecânico

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

Difícil Acesso Venoso: SIM NÃO

Difícil Entubação: SIM NÃO

Difícil Acesso Agulhas Raqui ou Peridural: SIM NÃO

ENCAMINHADO PARA: UTI, Enfermaria, Sala de Recuperação, Internação, Hospital, Ocorrência

TOT: SIM NÃO

DESTINO: APT, ALTA HOSPITALAR

Alta do SRPA: ____ Hora: ____

O: NA SRPA: SIM ____

Anestesiologista

Morfina mg
Narcan
Nebomin
Nimbium
Nipride
Noradrenalina
Norcuron
Oritocina
Pavulon
Plasil
Profenid
Prostigmina
Qelicin
Raptfen
Rivotrin
Sevorane
Sufenta
Tiflal
Tracrium (Atracurio)
Ultiva
Valium
Xylocaina
Xylocaina Hiperbarica
Xylocaina Spray
Zofran
Água Destilada - 250ml
Água Destilada - 10ml
S. Fisiológico
S. Glicosado
S. de Ringer
C. Hemácia
Plasma
Oxigênio (L/MIN)
N2O (L/MIN)
Ar Medicinal (L/MIN)
CO_2 (L/MIN)

MATERIAL DESCARTAVEL

Aquecedor RANGER
Agulha Peridural 17 ou 18g
Agulha Raqui Ponta de Lápis
Agulha Stimuplex a50, a100
Cal Sedade pqr
Cateter Epidural 16e 18g
Cateter Nasal tipo Óculos
Cateter Venoso
Eletrodo ECG
Equipo de Soro
Equipo Perfusor SE7
Filtro Higrobaric
Sueder
Manta Térmica
Equipo bomba de infusão N
Equipo bomba de infusão F5
Máscara Laríngea
Tubo Armado
Sistema Respiratório Limbo
Eletrodo de Bis

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇAO

DATA: 19/10/2018
HORA: 18:02:42

2314149

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
944160	JAILTON PEDRO DE LIMA	16/06/1970	48	M			1-CATOLICA

Estado Civil	CPF	RG	Grau de instrução	Profissão
-	734.680.914-87	3023187		

Filiação
Mãe: JOSEFA AUREA DE LIMA Pai: ANTONIO PEDRO DE LIMA

Fone Residencial Fone Trabalho

Endereço
SIT SITIO ARROZ , , TACUARITINGA DO NORTE-PE CEP

Complemento Endereço

Atendimento	Data	Hora	Setor
2314149	19/10/2018	17:55	3006-SECRETARIA CONVENIOS

Tipo Atendimento
5-INTERNACAO CIRURGICA

Medico Atendente
2305-RAILTON MARINHO DA COSTA

Motivo Atendimento
4-INTERNACAO URGENCIA

Plano / Convênio Nº Carteira Validade Nº CNS
37-PACOTE-PACOTE ENFERMARIA

Posto Acomodação Leito

Guia Procedimento
INTERNACAO 99995655 INTERNACAO

944160

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável) Sr(a) JAILTON PEDRO DE LIMA, aqui declarado, na plena autorização do seu medico assistente _____ CRM _____ Estado acima PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, cirurgias, anestesias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.
Cientes das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo

1) _____
2) _____
3) _____

Responsável JAILTON PEDRO DE LIMA
Endereço: SIT SITIO ARROZ Bairro: TACUARITINGA DO NORTE-PE
Telefone: 81 99409 5347 cordeiro

CAMPINA GRANDE , 19 de Outubro de 2018

WILMA
Responsavel pelo Atendimento

JAILTON PEDRO DE LIMA
Responsável pelo Paciente

R43301

HOSPITAL

PACIENTE:

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº DO ATENDIMENTO:

DATA DA OPERAÇÃO: ENFERMARIA: LEITO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MICROSCÓPICO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Rodrigo Marinho da Costa
ORTOPEDISTA - TEOT. 12165
CRM-PE 3995/CRM-PE 13165

ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: [illegible]

LEITO: [illegible] CONVÊNIO: [illegible]

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
[illegible]	

EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

Dr. [illegible]
CRM-PB [illegible]

ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

LEITO: | CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO | DATA: 20/10

MEDICAMENTOS	HORÁRIO

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

EVOLUÇÃO MÉDICA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA

№ 047908

PACIENTE: Gaetano Pedro de Lima

CONVÊNIO: PROCURE SUS PRONTUÁRIO: 34160 DATA: 20/10/18

CIRURGIA: Rect cervical c/ enxerto part de tibia

CIRURGIÃO: Dr. Rafael

AUXILIAR:

ANEST. AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Tarcisio

CIRCULANTE: Sakamoto

SALA: 08 HORÁRIO: INÍCIO: 09:15 FINAL: 10:20

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
	ADRENALINA	
	ATROPINA	
	BICARBONATO DE SÓDIO	
	CEFALOTINA	3 amp
	DEXAMETASONA	
	DIPIRONA	
	DOPAMINA	
	FENTANIL	1 frasco
	GLICOSE	
	HEPARINA	
	KCL	
	LIDOCAINA	
	MORFINA	
	NEOSTIGMINA	
	PROPOFOL	1 frasco
	RANITIDINA	
	SUCRAMOL	
	TIOPENTAL	
	VASOPRESSINA	

COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
	ALPRAZOLAM	
	DIAZEPAM	
	FENOBARBITAL	
	MIDAZOLAM	
	MORFINA	
	PENTOBARBITAL	
	TIOPENTAL	

COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
	ATRACURIO	
	CLORETO DE SÓDIO	
	ETOMIDATO	
	FENTANIL	
	LIDOCAINA 2% S/V	
	LIDOCAINA 2% C/V	
	MIDAZOLAM 5mg/ml	1 amp
	MORFINA	
	NEOSTIGMINA	
	PROPOFOL	
	ROCURONIO	
	SUCRAMOL	
	TIOPENTAL	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110063	AG. RAQUI 27GD	
120099	AG. RAQUI 25BD	1 und
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	40 x 12 21
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2259	ALGODÃO HIDROFILO	2 und
3115	ALGODÃO ORTOPEDICO	1 rol
	ATADURA CREPON Nº	15 und
	ATADURA CRESPADA	
2156	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VIDEO	
2425	CATETER OXIGENIO	1 und
27680	COLETOR URINA ABERTO	
22291	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	2 und
142341	COMPRESSAS 25x28	
	DRENO FERROSIL Nº	
	DRENO SUCÇÃO Nº	
	DRENO TORAX Nº	
50537	ELETRODO	1 und
2565	EQUIPO MACROGOTAS	1 und
287593	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPUMAGRAFO	2 und
20117	FITA GLICEMIA	
142240	GAZE 13x17	
	GAZES	2 und
2425	GELOCAIN	
85057	GELFA	
	GILLETE	
3439	INTRACAT	1 und
	JELCO Nº	1 und
	LAMINA BISTURI Nº 23	1 und
132720	LUVAS 6.5	
112290	LUVAS 7.0	2 pares
40129	LUVAS 7.5	1 par
2622	LUVAS 8.0	
140870	LUVAS 8.5	
30752	MICROPORE LARGO	
	NOMPS Nº	
2735	SERINGA DE 01cc	
2709	SERINGA DE 03cc	
2710	SERINGA DE 05cc	2 und
3656	SERINGA DE 10cc	2 und
3657	SERINGA DE 20cc	2 und
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4241	TORNEIRA 03 VIAS	1 und
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO CRU Nº	
	ALGODÃO SEDA Nº	
	CROMADO CRU Nº	1 agulha 2
	CROMADO CRU Nº	
	ETHICON Nº	
	GUT CRU Nº	
	MONOCRYL Nº	2.0 x 43 = 6 und
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	
2340	CLORETO DE ETILA	30 ml
2631	ÉTER	
3409	VITOGERMICIDA	
3611	PERFUGOL	
4115	VASELINA	

COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNÓGRAFO	
	CRAIT ACYL	
	INTERNAÇÃO	
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	1 und
	NITROGÊNIO	
	OXIGÊNIO	
	OXIGÔNIO	1 und
	OXITOCIN	1 und
	SINAL DE PULSO	1 und
	VÁCUO	

COD.	SORO'S	QUANT.
0150	MANITOL 20%	
123456	RINGER LACTATO	
03681	S. FISIOLÓGICO 100ml	
04025	S. FISIOLÓGICO 150ml	
0172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
0196	S. FISIOLÓGICO 500ml	1 und 1 und
0180	S. GLICOSADO 250ml	
0109	S. GLICOSADO 500ml	
0146	S. RINGER 500ml	1 und
134480	VOLUMEVEN	

COD.	OUTROS	QUANT.
	Fixador de Sonda 15cm	2
	Cuba redonda de Fernando	
	Cuba de rim	2
	Bandeja 1	1
	03 Placas 1 c/ 12 fios	
	03 Placas 1 c/ 7 fios	
	03 Parafusos 2 fios	
	06 Parafusos 1 fio	

ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: [illegible]

IDADE: [illegible]

LEITO: [illegible]

CONVÊNIO: [illegible]

DIAGNÓSTICO:

DATA: [illegible]

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	

EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

Dr. Rafael Marcílio da Costa
ORTOPEDISTA - TEOT 12186
CRM-PB 5665 CRM-PE 13199

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL SÃO JOÃO

NOME: [illegible]

IDADE: [illegible]

LEITO: [illegible]

CONVÊNIO: [illegible]

DIAGNÓSTICO:

DATA: 22/10

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
[illegible]	

EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

SINISTRO
DOCUMENTO RECEBIDO
DATA
21 OUT 2019
Gente Seguradora S/A
Avenida Brigadeiro Luís Antônio
Grupo Roca de Vila Espanhola

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: [illegible] IDADE:

ALA: [illegible] LEITO: 54.1 MÉDICO: [illegible]

DATA: [illegible]

MANHÃ

TARDE

NOITE

HAT HOSPITAL ANTONIO TAROSINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jailton Pedro | IDADE:

ALA: Cirúrgica | LEITO: 54 | MÉDICO:

DATA: 21/10/2015

MANHÃ

Paciente estável em Pós operatório de Tíbia - sem hemorragia. AVP mantida acordado, consciente orientado, ansioso e com queixas no membro. Segue com cuidados da enfermagem

Cirurgiã

TARDE

Pre [illegible] consciente orientado, PO, vai imediato [illegible] no [illegible], aceita dieta, segue [illegible] cuidados da enfermagem

Cristiane F. Rodrigues
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 64630

NOITE

Nome e assinatura do técnico
Técnico de Enfermagem
COREN-PB [illegible]

Paciente JAILTON PEDRO DE LIMA
Idade 48 ANOS
PA 0110081715 Dt Coleta 20/10/2018 - 15:13:13
Dnaz RAILTON MARINHO DA COSTA/3965
Convenio PACOTE -HAT
Emissão 20/10/2018 - 17:20:46 Local LUCIANO LOBO

PROSANGUE

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados		Valores de Referência	
Hemácias	3,24		milh/mm3	
Hemoglobina	8,8		g/dL	
Hematócrito	27,7		%	
V.C.M.	85,5		u3	
H.C.M.	27,2		pg	
C.H.C.M.	31,8		g/dL	
RDW	12,3			
Serie Vermelha:	Normocitose, Normocromia.			
LEUCOGRAMA				
Leucócitos	9200		/mm3	
Bastonetes	0	0		
Segmentados	85	7820		
Eosinofilos	3	276		
Basofilos	0	0		
Linfócitos	10	920		
Linfócitos reativos	0	0		
Monocitos	2	184		
Serie Branca:	Neutrocitose.			
PLAQUETAS	378000		/mm3	
Serie Plaquetaria:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.			

Dra. Daysiane Oliveira Brandão
FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
EXAMINADO PELA AUDITORIA
21 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: 83 2102.5577 83 2102.5555 83 9083101002

CONTROLE DE CATALOGAMENTO - SUPG

Sra JAILTON PEDRO DE LIMA
Idade 48 ANOS
RA 0110081664 Dt Coleta 20/10/2018 - 23:00:04
Dto: /1
Convenio PACOTE -HAT
Emissão 20/10/2018 - 08:43:15 Local: LUCIANO LOBO

PROSANGUE
Laboratório

HEMOGRAMA COMPLETO

ControlLab

ERITROGRAMA	Valores Encontrados		Valores de Referência	
Hemacias	2,58		milh/mm3	[illegible]
Hemoglobina	7,0		g/dL	[illegible]
Hematocrito	22,0		%	[illegible]
V.C.M.	85,3		u3	[illegible]
H.C.M.	27,1		pg	[illegible]
C.H.C.M.	31,8		g/dL	[illegible]
RDW	12,0			[illegible]
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.			
LEUCOGRAMA				
Leucócitos	6400		/mm3	[illegible]
Bastonetes	0	0		[illegible]
Segmentados	73	4672		[illegible]
Eosinofilos	4	256		[illegible]
Basófilos	0	0		[illegible]
Linfocitos	17	1088		[illegible]
Linfocitos reativos	0	0		[illegible]
Monócitos	6	384		[illegible]
Série Branca:	Leucócitos morfologicamente conservados.			
PLAQUETAS	378000		/mc3	[illegible]
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfraçaço.			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
RECEBIDO VIA ADESIVADO
21 NOV 2018
Gente Seguradora S/A

Dra. Daymara Oliveira Brandão
FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA
CRF-PB [illegible]

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: 83 2102.5577 83 2102 5555 83 988310102

CONTROLE DE QUALIDADE - SBAC

ControlLab

Sujeito: JAILTON PEDRO DE LIMA
Idade: 48 ANOS
PA: 0110081664 Dt Coleta: 20/10/2018 - 23:00:04
Ordem: /1
Convênio: PACOTE -HAT
Entrada: 20/10/2018 - 08:43:16 Local: LUCIANO LOBO

PROSANGUE
Diagnóstico

GLICEMIA

Resultado	Valor(es) de referência
80	mg/dL [illegible]

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL

Resultado	Valor(es) de referência
65,00	mg/L [illegible]

Dra. Daylane Oliveira Brandão
FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA
CRF PB [illegible]

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: 83 2102.5577 83 2102.5555 83 996310102

[illegible]

CONTROL LAB DIAGNÓSTICO [illegible]

Paciente: JAILTON PEDRO DE LIMA
Idade: 48 ANOS
RA: 0110081664 Dt Coleta: 20/10/2018 - 23:00:04
Origem: /1
Convênio: PACOTE -HAT
Emissão: 20/10/2018 - 08:43:15 Local: LUCIANO LOBO

PROSANGUE
Diagnóstico

VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO - VSH

Resultado	Valores de referência
140	mm

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SEGUROS
CONFERIDO E VERIFICADO
2 1 05 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Ro[illegible] 5
Gente Seguradora

Dra. [illegible] Oliveira [illegible]
FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA
CRF-PB [illegible]

Acesse seus resultados: www.laboprosangue.com.br Central de Atendimento: 83 2102.5577 83 2102 5555 83 988310102

CONTROLE DE QUALIDADE SBAC
ControlLab

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: [illegible]

IDADE: [illegible]

LEITO: [illegible]

MÉDICO: [illegible]

DATA: [illegible]

MANHÃ

Tomando banho de sol [illegible]

TARDE

NOITE

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: | IDADE:

ALA: | LEITO: | MÉDICO:

DATA:

MANHÃ

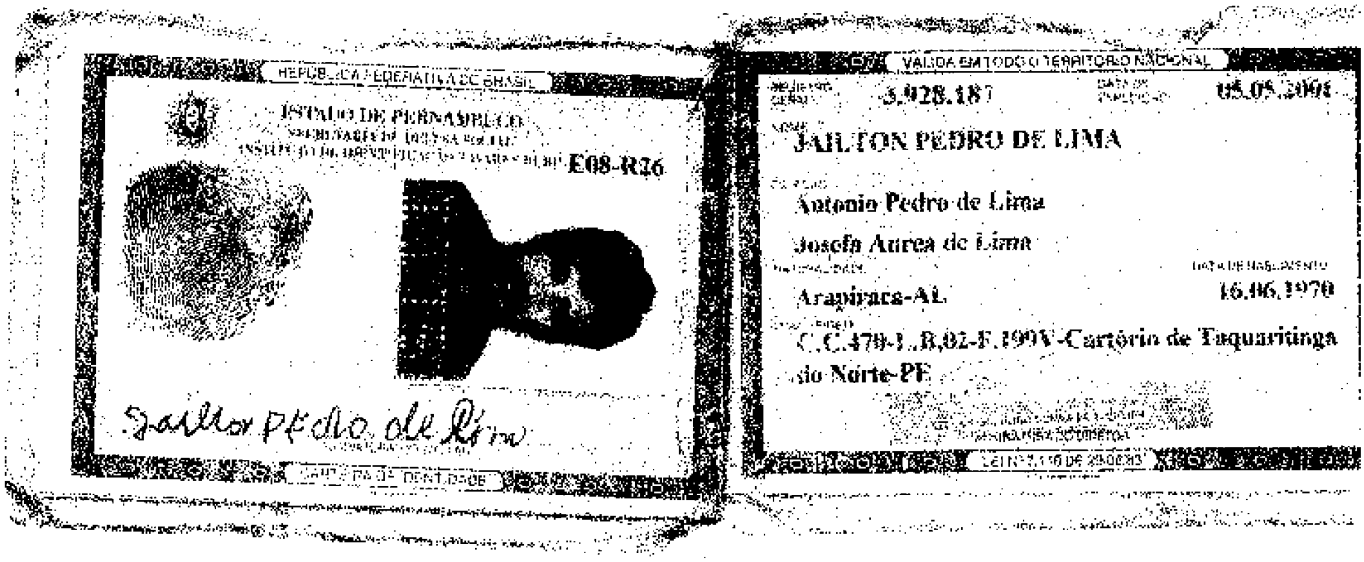
TARDE

Ultimar F. Rodrigues
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 148 [illegible]

NOITE

Juliana Kelly de L. Santos
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 1.064.572

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
RECEBIDO
2 [illegible] 2009
Gerdau Seguradora S/A



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

E08-R26

Jailton Pedro de Lima

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.928.187 05.05.2001

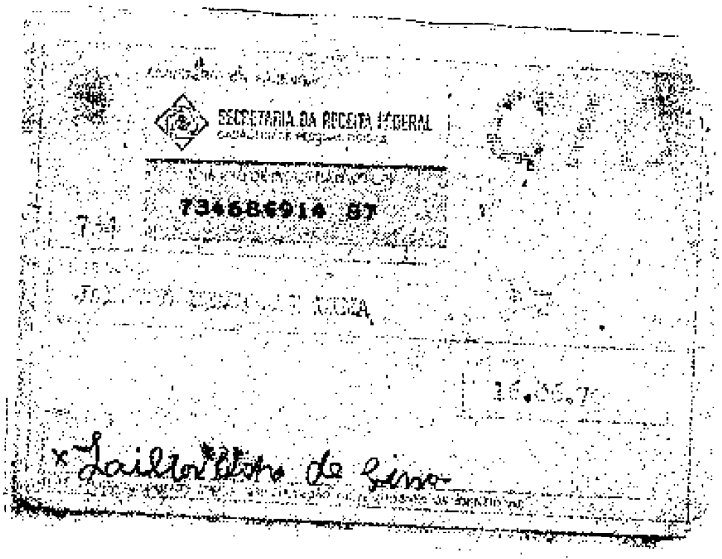
JAILTON PEDRO DE LIMA

Antonio Pedro de Lima

Josefa Aurea de Lima

Arapiraca-AL 16.06.1970

C.C.470-L.B.02-F.190V-Cartório de Taquaritinga do Norte-PE



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

734686914 87

Jailton Pedro de Lima

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DOCUMENTO VERIFICADO

21 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A

celpe
neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA / DOCUMENTO DE COBRANÇA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

CONTA CONTRATO: 7005749888 | MÊS/ANO: 09/2018

DATA DE VENCIMENTO: 19/09/2018 | DATA DE APRESENTAÇÃO: 05/10/2018

144,97

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Kwh/kw			
Adesão à Bandeira Vermelha			9,19
Contribuição Iluminação Pública			6,21
ICMS Subvenção - CDE Nº 012/2014 - 28/2014			3,07

NOTA CAPRICHO

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	GRANDEZA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ACUMULADO	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES FISCAIS TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DOS TRIBUTOS
ICMS			
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

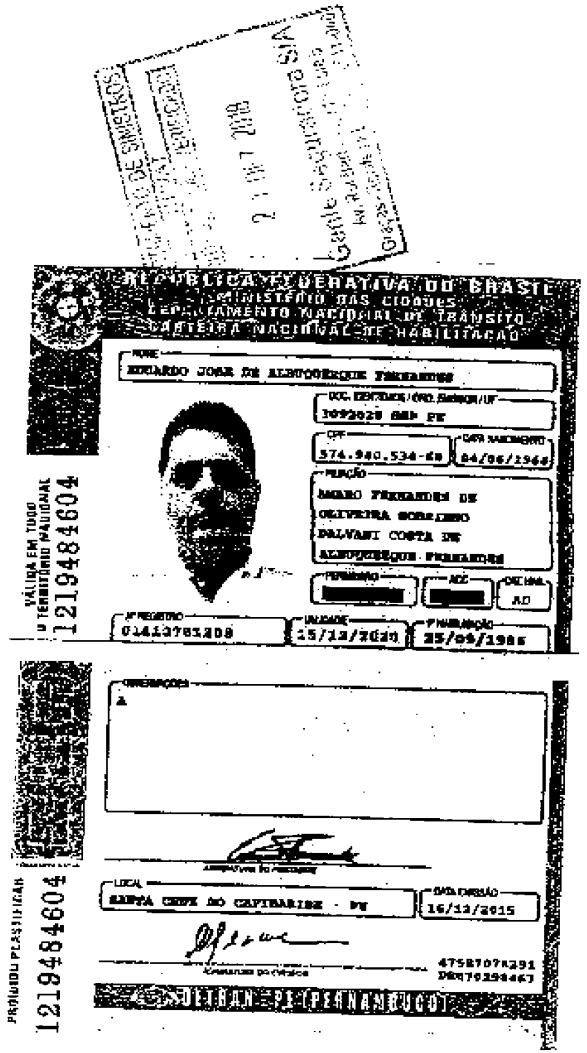
Serviços de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição Local	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	[illegible]

TARIFAS APLICADAS

REFERÊNCIA MÊS/ANO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[redacted]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 01059710 0685

CÓD. RENAVAM: 956446069
EXERCÍCIO: 2014

NOME: MARIA DAS NEVES SILVA

S C CAPIBARIBE-PE

CPF/CNPJ: 212.902.404-44
PLACA: PEY7140
PLACA ANT./UF: ****** PE
CHASSI: 9C2HB02100C034139

ESPÉCIE/TIPO: PASS MOTOCICLETA
COMBUSTÍVEL: GASOLINA
MARCA/MODELO: HONDA POP100
ANO FAB.: 2012
CAP. POT./CIL.: 99/97 CL
CATEGORIA: PARTIC
CIRC. PREDOMINANTE: URBANA

IPVA
COTA ÚNICA: IPVA 2014 QUITA
VENC. COTA ÚNICA:
QUANTIDADE COTAS:
FAIXA IPVA: 1
PARC.: ****
VALOR/COTAS: ******
PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): SEGURO PAGO
IOF (R$):
PRÊMIO TOTAL (R$):
DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: SEM RESSIVA

S C CAPIBARIBE
CAPIBARIBE - PE

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 01059710 0685 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA DAS NEVES SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguro@transito.com.br
SAC DPVAT 08[illegible] 022 1204

S C CAPIBARIBE-PE
EXERCÍCIO: 2014
DATA EMISSÃO: 22/07/14
CPF/CNPJ: 212.902.404-44
PLACA: PEY7140
RENAVAM: 956446069
MARCA/MODELO: HONDA POP100
ANO FAB.: 2012
CAPACIDADE: 99
Nº CHASSI: 9C2HB02100C034139

PRÊMIO TARIFÁRIO
IOF (R$):
DEPURAÇÃO (R$):
CUSTO DO SEGURO (R$):
CUSTO DO BILHETE (R$): SEGURO PAGO
IOF (R$):
PRÊMIO TOTAL (R$):
PAGAMENTO:
COTA ÚNICA:
PARCELADO:
DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

Cerise Segurados SA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190035275 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NO VALOR DE R$ 2.362,50 POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190035275 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P9 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME: JAILTON PEDRO DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: GARI
IDENTIDADE: 3.928.187 - SDS/PE
ENDEREÇO: SÍTIO CACHOEIRA DO ARROZ, nº 76 - TAQUARI - TINGA DO NORTE (PE).

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3042028 - SSP/PE
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, 370, CENTRO, SUERBIM (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIRO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 31 DE OUTUBRO DE 2018

Jailton Pedro de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA NOTARIAL E REGISTRAL TAQUARITINGA DO NORTE - PE

Reconheço por autenticidade a firma de:
JAILTON PEDRO DE LIMA. Dou fé.
Taq. do Norte, 31/10/2018 10:47:00. Em test.º da verdade.

(a) LUÍS OTÁVIO PRAZIN BEZERRA - Escrevente
(Emol: R$ 3,38. TSNR: R$ 0,80. FERC: 0,40)
Selo: 0076513.NPA092018010113 1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016331/19

Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA **Data do acidente:** 12/10/2018

CPF: 734.689.914-87 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JAILTON PEDRO DE LIMA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JAILTON PEDRO DE LIMA : 734.689.914-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA