



17/09/2020

Número: **0029122-26.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68152784	17/09/2020 17:13	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 Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213721

Vítima: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

Data do Acidente: 13/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

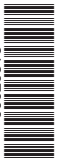
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15864782

Pag. 00625/00626 - carta_01 - INVALIDEZ

00020313





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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213721

Vítima: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

Data do Acidente: 13/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 0000059824-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

106.445.384-81

JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

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

5 - Nome completo:

JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

6 - CPF:

106.445.384-81

7 - Profissão:

TEC. REFRIGERAÇÃO

8 - Endereço:

AV. ANTÔNIO DA COSTA AZEVEDO

9 - Número:

200

10 - Complemento:

BL=02, AP=301

11 - Bairro:

PEIXINHOS

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.000-000

15 - E-mail:

balbino@pe@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(71) 998441103/3538-0068

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.00 a R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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:

0048

CONTA:

000598244

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPC 001 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E1174005892**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/06/2020** às **09:34**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **13/2/2020** às **23:40**

Fato ocorrido no endereço: **PASSARINHO, 1, RUA CORREA DE BRITO** - Bairro: **CAIXA D'AGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **5000000** - Ponto de Referência: **ARMAZEM TACARUNA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDILENE DE LIMA GOMES (OUTRO)
JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANIA MARIA DA SILVA FONSECA** Data de Nascimento: **13/2/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8916234/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Celulares: **- 998592602**

Residencial: **AV. ANTONIO DA COSTA AZEVEDO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo à: **BAIRRO DE PEIXINHOS (BAIRRO), 200 - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EDILENE DE LIMA GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

V1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDILENE DE LIMA GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA**

Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **OYW2782 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

13/06/2020 09:59



V2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVE/CITROEN/C4 PICASSO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **KKA5216** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009**

Complemento / Observação

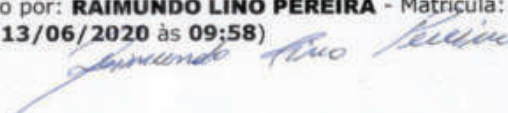
A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA COMO GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OYW2782, DE PROPRIEDADE DE EDILENE DE LIMA GOMES, CONDUZIDA POR GEOVANE JEFERSON, QUE UM VEÍCULO DE PLACA KKA5216, CONDUZIDO POR UM DESCONHECIDO, ENTROU NA CONTRAMÃO DA VIA COLIDINDO COM A MOTOCICLETA, O GEOVANE JEFERSON FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DE PRIMEIROS SOCORROS, SENDO LEVADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM ESTADO GRAVE, ONDE POSTERIORMENTE TEVA ALTA, A VÍTIMA COM IMPACTO DA COLISÃO CAIU NA VIA E FICOU DESACORDADO, FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL NORTE MIGUEL ARRAES, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR E FRATURA DE CUNHA MEDIAL DA PERNA ESQUERDA, POR ISSO COMPARECEU NA DATA DE HOJE A ESTA DP PARA PRESTAR QUEIXA DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS POLICIAIS. CASO AFETO DP DE ACIDENTES DE VEÍCULOS.

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



JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RAIMUNDO LINO PEREIRA** - Matrícula: **3849031**
(Liberado em **13/06/2020** às **09:58**)



13/06/2020 09:59





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 000598244

(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. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou noscitu(n)os? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPC 001 V002/2019





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000192 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ROSEMBERG DE BARROS LIMA, 31 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 7302976 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 085.159.864-18, residente à RUA SAO GERALDO, nº 54, CASA, ARTHUR LUNDGREN, PAULISTA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 13/02/2020, por volta das 23:43 hs, no endereço: RUA CORRÊA DE BRITO, S/N, SÍTIO NOVO OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA CG FAN, PRETA, OYW2782-PE; AUTOMÓVEL CITROEN PICASSO, PRATA, KKA5216-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA, inscrito sob o CPF nº 106.445.384-81 e Registro Geral nº 8916234, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798249-6 PAULO FERREIRA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 517162. Ficou aos cuidados do médico SÓSTENES RABELO GOMES, registro 18325. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 12/03/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000192

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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:	24/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000059824-4

Nr. da Autenticação 21EDFEA78C770DF1





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

Nº Documento: 20200268453356

Escritório: PEIXINHOS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
ANA LUCIA SANTOS DE ARAUJO
AV ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, N. 00200 - BL 02 AP 301 - PEIXINHOS OLINDA PE 53000-000
INSCRIÇÃO: 734.110.485.0330.026
GRUPO: 7
OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 06845335.6

ESTRUTURA
SITUAÇÃO: FASE ESTÁVEL

TIPO DE CONTADOR	POTENCIAL	CONSUMO DE DEBITAMENTO	CONSUMO DE CREDITAMENTO	TIPO DE CONTADOR	POTENCIAL
CORTADO	POTENCIAL	CONSUMO DE DEBITAMENTO	CONSUMO DE CREDITAMENTO	TIPO DE CONTADOR	POTENCIAL
1110024226	29/01/2020	29/02/2020		TIPO DE CONTADOR	POTENCIAL

ÁGUA
LEIT. ANT.: 828
LEIT. ATUAL: 841
LEIT. FAT.: 841
CONSUMO: 0
HD RETIRADO
ANORMALIDADE DE LEITURA
ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:
VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

PARÂMETROS	ERIG. PELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	76	76	71
COR APARENTE	76	76	68
CLORO RESIDUAL	76	76	76
COLIFORMES TOTAIS	76	76	76
E. COLI	76	76	76

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 5% 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

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 01/2020
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 02/2020

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$
0,26
13,22

PIB	0,00	1,05	0,00
COFINS	0,00	7,60	0,00

VENCIAMENTO: 15/03/2020

TOTAL A PAGAR: 13,48

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 20 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 753.95. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Enviado por: INTERNET

Enviado em: 18/03/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRÍCULA:

06845335.6

02/2020-2

VENCIAMENTO: 15/03/2020

TOTAL A PAGAR: 13,48

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82870000000-4 13480018734-3 06845335601-9 02202020003-0



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





CNPJ 09.769.033/0001-04
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA 5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-290

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 AGUA LIGADO	SITUAÇÃO CONSUMO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL 1	INDUSTRIAL 1	PUBLICA 1
HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 30/12/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/01/2020	TIPO DE CONSUMO (A/L) REAL		

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

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

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

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ			
COR APARENTE			
CLORO RESIDUAL			
KOLIF. TOTAIS			
E. COLI			

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

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

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PRO CONSUMO	108,92	1,65	1,80
	108,92	7,60	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 NEGA-
TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA**,

inscrito (a) no CPF sob o Nº **106.445.384-81** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA inscrito (a) no CPF sob o Nº **106.445.384-81**

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538 0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 15 de Junho de 2020

 Assinatura do Declarante



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/02/2020 01:15

Nome Paciente:	JORGE LUCAS DA SILVA FONSECA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	13/02/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	26
Senha:	0002
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

: 14/02/2020 01:17 - 14/02/2020 01:20

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

REFERE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 1 HORA, APRESENTA FERIMENTO EM MIE E MSE;
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E ÊMESE
ALERGIA A BUSCOPAM

Medicamento(s):

NEGA

Observação:

TRAZIDO PELO BOMBEIROS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 91.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 153.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 86.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBADO
ALBUQUERQUE

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 14/02/2020 01:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 517162

Data e Hora: 14/02/2020 01:24

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 134276 JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA F Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1994 Idade: 26 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: EDVANIA MARIA DA SILVA FONSECA Nome do Pai: LAURO TAGLIAFERRO BARROS DE FONSECA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: RUA HERCULANO BANDEIRA -

261

Bairro: SÍTIO NOVO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente 26 anos de idade, masculino, com queixa de dor no peito e náusea, relatando que a dor é tipo aperto no peito, piora com esforço físico e estresse. Não há antecedentes de doenças cardíacas ou pulmonares.

Exame Físico: Normal.

Exame de sangue: Hemograma normal.

Exame de urina: Normal.

Exame de fezes: Normal.

ECG: 15. Rítmico, regular, com QRS normal.

Exame de imagem: Normal.

Hipótese Diagnóstico

Doença cardíaca.

Prescrição Médica

Sol. R-x tórax + ECG + Hemograma

Alto do ECG

Exame de sangue

Assinatura e Carimbo/Médico

Sustenez Roberto Gomes
Cirurgia Geral / Prologia
CRM - PE: 11.325

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA	6 - Nº Prontuário	134276
7 - Cartão Nacional do SUS	702909519357176	8 - Data de Nascimento	13/02/1994
9 - Sexo	Masculino	10 - Raça/Cor	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	EDVANIA MARIA DA SILVA FONSECA	13.1 - Filia	0000 - Não Se Aplica
12 - Nome Responsável	LACIRO	12 - Telefone de Contato	8198691385
13 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA HERCULANO BANDEIRA, 261 - SÍTIO NOVO	14 - Telefone de Contato	
15 - Município	OLINDA	17 - IBGE	250960
16 - UF	PE	18 - CEP	53110380

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	ANTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO HA 3 HORAS COM COR E FERIMENTO CORTANTE EM PE E TORNZELO ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO. LERGIAS
21 - Indícios que justificam a internação	NECESSIDADE DE TTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS
23 - Diagnóstico Inicial / Código	FRATURA DO MALEOLO MEDIAL ESQ. / FX CUNHA-MEDIAL ESQ. / FERIMENTO EXTENSO EM COTOVELO ESQ
24 - CID 10 Principal	S825
25 - CID 10 Secundário	M199
26 - CID 10 Causas Associadas	040905049

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNZELO UNIMALEOLAR	28 - Código do Procedimento	040805078
29 - Especialidade	CIRÚRGICA	30 - Caracter de Atendimento	2
31 - Documento	(X) CNS () CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	980016278437533
33 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	SORMANE DE CARVALHO BRITTO	34 - Data da Solicitação	14/02/2020
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		36 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	16338

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, TRABALHO, LAZARILHOS, ETC.)

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

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	48 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
Assinatura	50 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

Código do Laudo: 617182

AIH
262010246712-5



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

Página.: 0001

Data.: 14/02/2020

Hora.: 16:39

Aviso de Cirurgia : 92914

Paciente : 134276

Convênio Atend. : 1

Leito : 479

Dt. início : 14/02/2020 15:00

Cid Pré-Operatório : S825

Cid Pós-Operatório : S825

Sala : 0001

SALA 01

JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

SUS - INTERNAÇÃO

VERMELHO - EXTRA 013

Dt. fim : 14/02/2020 18:00

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Atendimento : 517171

Carteira :

Idade : 26 Anos

Procedimento: 0408050678

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)

SUS - INTERNAÇÃO

CIRURGIAO

ANESTESISTA

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO EM COTOVELO ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA MALEOLO MEDIAL E CUNHA MEDIAL ESQ

INTERVENÇÃO: LC + DC + SUTURAS

OPERADOR: DR. ITALO GALIZA

1º AUXILIAR: DR. JOÃO MARCELO

ANESTESISTA: DR. CLAITON

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA MIE.
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO EM FACE LATERAL DO TORNOZELO ESQ + DORSO DE PÉ
5. REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SF A 0,9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. REALIZADO SUTURAS CURATIVO
7. OBSERVADO FERIMENTO EM REGIÃO INTERNA DE COTOVELO ESQUERDO
8. REALIZADO LIMPEZA COM SF A 0,9% + SUTURA + CURATIVO
9. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL
10. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL
11. TALA BOTÁ EM MIE.

OBS: AGUARDA 2º TEMPO CIR.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM : 16863

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

Página.: 0001
Data.: 18/02/2020
Hora.: 10:31

Aviso de Cirurgia : 62969 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 134276 JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA Atendimento : 517171
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 61 ORTL-509-LEITO 001 Idade : 26 Anos
Dt. Inicio : 18/02/2020 08:50 Dt. Fim : 18/02/2020 10:00

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LIÇÃO DO TORNZELO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIAO 18099 FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO : FRATURA BIMALEOLAR DO TNZ ESQUERDO
CIRURGIÁ : RAFI COM PARAFUSO DE TRAÇÃO EM MAELOLO LATERAL E PLACA ANTICISALHANTE E PARAFUSOS DE TRAÇÃO EM MAELOLO MEDIAL
CIRURGIÃO : DR FELIPE BELFORT
01 AUXILIO: DR IGOR ALCEGAR
ANESTESIA : LOCAL
ANESTESISTA : DRA GRAÇA COUTO
DESCRIÇÃO
1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
4. INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE TNZ ESQUERDO
5. DIVULSAO POR PLANOS
6. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE 1 PARAFUSO ESPONJOSO ROSCA PARCIAL COM ARRUELA 3.5MM INTRAMEDULAR EM MAELOLO LATERAL E PLACA TERÇO DE CANA 5 FUIROS COM 4 PARAFUSOS (2 CORTICAIS PRÓXIMAS E 2 ESPONJOSOS DISTAIS ROSCA PARCIAL)
7. CONFERIDO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO ESTERIL
10. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Igor Alcegar
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18099

DR(A) : FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
CRM : 18099

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALÉNCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 26 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 14/02/2020

DATA NASC.: 13/02/94

REG: 134276

DATA DA ALTA: 19/2/20.

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA BIMALEAR + FRATURA DE CUNHA MEDIAL DE MIE

TRATAMENTO REALIZADO:

- RAFI COM PLACA E PARAFUSOS (18/02)

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNÓZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BEG, AFEBRIL, LOTE, EUPNEICO

FERIDA OPERATÓRIA: LIMPA E SECA

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

166 Bustoiff Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 26.858

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **517171**

Usuário: PAULAFSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA			Prontuário:	134276
Idade:	26a Um Id	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:				Data de Nascimento:	13/02/1994
R.G.:	89162344	C.P.F.:	10644538481	Telefone:	CEP 53110380
Endereço:	RUA HERCULANO BANDEIRA, 261 - SÍTIO NOVO			- OLINDA - PE	
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	14/02/2020 06:10
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAI
Unidade Internação:	VERMELHA - EMERGEI			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA
Médico Internação:	PLANTONISTA CIRURCIA GERAL			Leito:	VERMELHO - EXTRA 013

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Afonse:	Cidade:	Estado civil:

FATURADO
07/03/2020
MAGDA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	14 / 02 / 2020	Hora da Alta:	
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência
	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta:	Boas condições		
Diagnóstico Principal.....:	Fratura bimalleolar + fratura de unha medial de MIE		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
Procedimento.....:	RPI com placa e parafusos		
	REVISADO 2019-HMA		
	Dr. Ian Rostorff Médico e CRM:		
	Antonio Maria Alves de Cruz Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 14 de fevereiro de 2020

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável:



Atendimento: 517171

Dt Atendimento: 14/02/2020 - 06:10

Dt Alta: 19/02/2020 - 15:14

Paciente: 134275

JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

Serviço: 3 CIRURGIA.GERAL

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 61 ORTL-509-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: EVA/ROD

CID:

Procedimento de Alta 0301060670 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação da 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 METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: PAULAFSC
Em: 14/02/2020 05:46

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 517162 Prontuário: 134276 SAME: 129830 Hora Atend: 01:24 Data Atend: 14/02/2020
Paciente..... : JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA Idade: 26 a
Endereço..... : RUA HERCULANO BANDEIRA
Bairro..... : SÍTIO NOVO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53110380
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGÊNCIA Plano.: PLANO ÚNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários.: -
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO
Data Saída..... : 14/02/2020 Hora Saída : 06:09

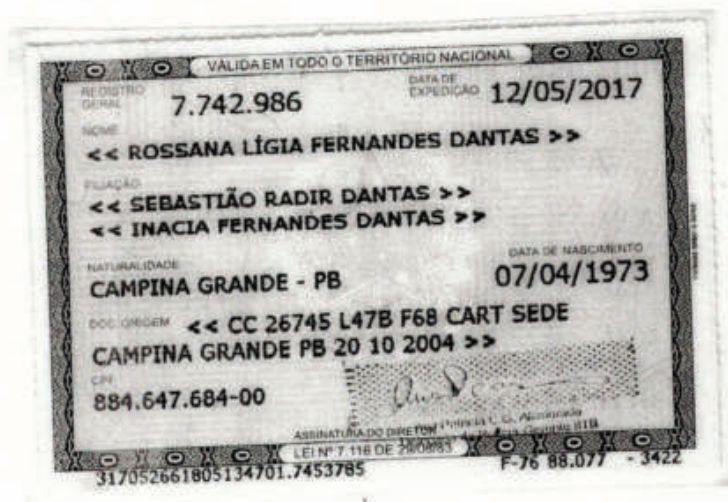
Prestador de Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DIAGNOSTICO
ANÃ B

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
TERRITÓRIO NACIONAL
1416713770

NOME
JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

DOC. IDENTIDADE - ORG. EMISSOR - UF
8916234 BDE PE

CPF
186.445.396-81

DATA NASCIMENTO
13/02/1994

FLACÃO
LAURO TAGLIAFERRO
BARROS DA FONSECA
EDVANIA MARIA DA
SILVA FONSECA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A/B

Nº REGISTRO
06517930049

VALIDADE
19/09/2020

1ª HABILITAÇÃO
01/12/2015

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Jorge Lucas Tagliaferro da Silva Fonseca
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
16/12/2016

Odete Anderson Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

56417484665
PE076574016

PROIBIDO PLASTIFICAR
1416713770

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **106.445.384-81**

Nome: **JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA**

Data de Nascimento: **13/02/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **07/05/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:04:37** do dia **21/02/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FB3B.25F3.B899.7359**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1 548, de 13/02/2015.)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165803/20

Vítima: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA F

CPF: 106.445.384-81

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA : 106.445.384-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213721 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA **Data do acidente:** 13/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM COTOVELO ESQUERDO.
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO E FRATURA DE CUNHA MEDIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. DEMAIS CONSERVADORES. ALTA MÉDICA.
P4 / P5 / P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213721 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA **Data do acidente:** 13/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM COTOVELO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR E FRATURA DE CUNHA MEDIAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. DEMAIS CONSERVADORES. ALTA MÉDICA.
P4 / P5 / P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: SEC. PESSOAL
Identidade: 8916234 SDS PE CPF: 166245384-25
Endereço: AV. ANTONIO DA COSTA ABEVEDO N: 200
PERILIMPOS OLINDA PE

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 13/02/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

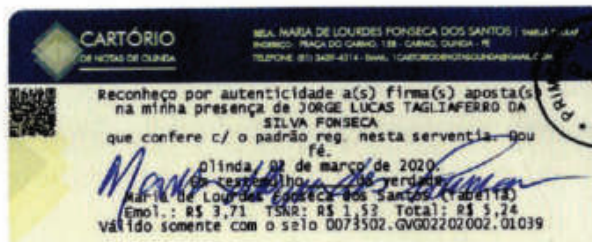
OLINDA 02/03/2020

Local e data



Jorge Lucas T. da Silva Fonseca

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165803/20

Vítima: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA F

CPF: 106.445.384-81

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA : 106.445.384-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

