



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
68152 784	17/09/2020 17:13	<u>ANEXO 1</u>	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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15864782

Pag. 00625/00626 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Rio de Janeiro, 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

JO6.445.384-81

4 - Nome completo da vítima:

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: **JO6.445.384-81**
 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: **balbinospe@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(71) 9984411833/3538-0068**

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

DADOS CADASTRAIS

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
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0048** CONTA: **00059824 4**
 (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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/70, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:28 - Vítima Sim Não Vivos: 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não Vivos: 31 - Vítima Sim Não Vivos: 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não Vivos: 34 - Vítima Sim Não Vivos: 35 - Vítima Sim Não Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34
 Impressiono
 digital (3)
 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

40 - Local e Data:

Alvarejo Lins Jr 15/06/2020
X - Sua Ligeira Traços da Sua Fonseca

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPC 001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:12:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717125873200000066844016>
Número do documento: 20091717125873200000066844016

Num. 68152784 - Pág. 4



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **20E1174005892**

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

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

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** Mão: **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 a: **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: **AUTOMOVEL/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 TEVE 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
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

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: JORGÉ 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:	JORGÉ LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA		6 - CPF:	306.445.384-81
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	111 - Bairro:
TEC. REFRIGERAÇÃO	AV. ANTÔNIO DA COSTA AZEVEDO	200	BL-02, AP-301	Peixinhos
12 - Cidade:	OLINDA	13 - Estado:	PE	14 - CEP:
15 - E-mail:	balbinospe@hotmail.com		16 - Tel.(DDD):	71 9994411833 3538-0068

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

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

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00059824 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/70, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não Vivos: 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não Vivos: 31 - Vítima Sim Não Vivos: 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não Vivos: 33 - Vítima deixou Sim Não Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital (d)
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

40 - Local e Data:

*Jorge Lucas Tagliaferro da Silva Fonseca
25/06/2020*

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

FPC 001 V002/2019





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:12:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717125873200000066844016>
Número do documento: 20091717125873200000066844016

Num. 68152784 - Pág. 8

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

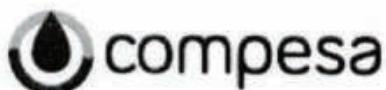
CONTA: 000000059824-4

Nr. da Autenticação 21EDFEA78C770DF1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:12:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717125873200000066844016>
Número do documento: 20091717125873200000066844016

Num. 68152784 - Pág. 9



AVENIDA CRUZ CABOURA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0145
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20200268453356 Escritório: PEIXINHOS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DETALHES 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

MATRÍCULA:

06845335.6

02/2020-2

ESTABELECIMENTO: COTADO: FAZENDA FESTA

OPÇÃO PÊS. AUTOMÁTICO: 06845335.6

DETALHES ÁGUA	DETALHES ESGOTO	DETALHES DE CONSUMO	DETALHES
COTADO	POTENCIAL	DATA CONSUMO	TÍTULO
AL1U024226	29/01/2020	29/02/2020	TÍTULO DE CONSUMO (A.7)
ÁGUA			MÉDIA HD /
LEIT. ANT.: 828	CONSUMO: 0	ESGOTO	
LEIT. ATUAL: 841	ND RETIRADO	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0
LEIT. FAT.: 841	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 841		LEIT. FAT.:	
REGISTRO DE CONSUMO			
ANORMALIA/CONSUMO			
01/2020	13/	PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS
12/2019	13/	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALÍSES REALIZADAS
11/2019	13/	76	76
10/2019	13/	76	76
09/2019	13/	76	76
08/2019	13/	76	76
MÉDIA	13/ 0	E. COLI	76
			76
		OBSERVAÇÕES:	(1) COLIFORMES TOTAIS AGENCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, E. COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020
TARIFA COTADO DEC. 18.251/94 02/2020

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

0,26

13,22

DETALHES	VALOR R\$
PIS	0,00
COFINS	0,00

VENCIMENTO: 15/03/2020

TOTAL A PAGAR:

13,48

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 20 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 753,95. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 19/03/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 06845335.6 02/2020-2

PERIODO: 15/03/2020

TOTAL A PAGAR: 13,48

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:12:59
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200917125873200000066844016
Número do documento: 200917125873200000066844016

Num. 68152784 - Pág. 10



CNPJ 09.769.035/0001-04
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA 5 - CENTRO

ABREU E LIMA PE 53525-790

DAOS DO CLIENTE: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 Jan/2020
R. JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBÓ AREU E LIMA PE 53520-170

INSCRIÇÃO: 165.135.129.4443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

ESTADO: ÁGUA	ESTADO: GÁS	ESTADO: COMÉRCIO	ESTADO: INDUSTRIAL	ESTADO: PÚBLICO
LIGADO	POTENCIAL	1	1	

HIDROMETRO: A175224252 DATA LEIT. ANTERIOR: 30/12/2019 DATA LEIT. ATUAL: 28/01/2020 TIPO DE CONSUMO (AVE): REAL

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

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

12/2019	01	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDIMENTOS
11/2019	01	COR APARENTE			
10/2019	01	CLORO RESIDUAL			
09/2019	01	COLIF. TOTAIS			
08/2019	01	E. COLI			
07/2019	01				

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.compresa.com.br
065.: (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	44,68
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/ IMPONTE/ALTADE: 12/2019		2,57

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
PIB COMTE	108,92 108,92	1,65 7,60	1,80 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 DEBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:12:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200917125873200000066844016>
Número do documento: 200917125873200000066844016

Num. 68152784 - Pág. 11

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 9.613/88.

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 TACIAFERRO DA SILVA**,
inscrito (a) no CPF sob o N^º **106.445.384-81**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
JORGE LUCAS TACIAFERRO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N^º **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	CEP 53520170
Email	balbinospe@hotmail.com			Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 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:	
Dor:	VERMELHO
Quelxa Principal:	REFERE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 1 HORA, APRESENTA FERIMENTO EM MIE E MSE; NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E ÊMSE; 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: 81.00 BPM - FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM - P.A. SISTOLICA: 153.00 MMHG - P.A. DISTOLICA: 86.00 MMHG - SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 99.00 % - TEMPERATURA(C): 36.00 °C

REVISADO
ANALISADO

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

Data impressão: 14/02/2020 01:20

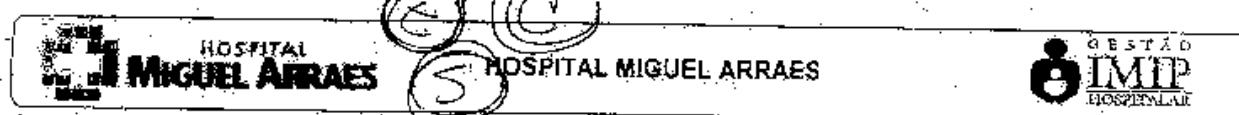
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:12:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717125873200000066844016>
Número do documento: 20091717125873200000066844016

Num. 68152784 - Pág. 13



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: SITIO 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 WJMM di Edimá mto - com estase no genitálio mto e urina espessa. feito dn exm catetero (1) MIE. Neg. clamidia, (1) exm da urina no laboratório da Alpenbach

Exame Físico: (1) PNF neg.

(2) tons degraus normais - PELM (1)

(3) MUE em AMT - SPA

(4) Sua corrigem normais - UIM

(1) FEG: 15. Pupilas incôncavas

(2) Edimá ligeira

Hipótese Diagnóstico

Edimá mto - Cava.

Prescrição Médica

Sol. R-+ MIE + MIE + Catetero (1)

Alto do O que?

Exame (1) no atendente

Sistema: (1) Edimá Gomes
Cirurgia Geral Urologia
CRM: PE: 12347

Assinatura e Carimbo/Médico

Destinatário: () Encaminhado ao Autodígnos () 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	6 - Nº Profissional		
JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA	134276		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
702909519357176	13/02/1994	X 1	11 - Marca
			03 - Parda
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato		
EDVANIA MARIA DA SILVA FONSECA	8198891385		
13 - Nome Responsável	12 - Telefone de Contato		
LAURO			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	17 - IBOPE		
RUA HERCULANO BANDEIRA, 261 - SITIO NOVO	18 - UF		
16 - Município	250960	PÉ	19 - CEP
OLINDA	53110380		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
ESTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO HA 3 HORAS COM DOR E HEMERTEMENTO SORTEANTE EM PÉ E TORNOCÉLO ESQUERDO E COTOVÉLO ESQUERDO.
LERGIAS

Indicações que justificam a internação		ASSISTÊNCIA DE TÉCNICO CIRÚRGICO	
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas ANAMNSE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS			
23 - Diagnóstico Inicial / Cârgo	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO MALEÓLO MEDIAL ESQ. / FX CUNHA MEDIAL ESQ. / FERIMENTO EXTENSO EM COTOVÉLO ESQ.	8825	W199	1039 040905044
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOCÉLO UNIMALEOLAR			
28 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº de Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	() CNS () CPF	980016278437533
do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	29 - Código do Procedimento
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	14/02/2020	16338	0408060578
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE / VIOLENCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	42 - Nº Bimbo	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Íntimo	42 - CNPJ/Entidade	43 - CNAE / Empresa	44 - OBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetos			
45 - Vinculo com a Previdência	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado
AUTORIZAÇÃO			
- Documento	46 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado	47 - Órgão, Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
() CPF		E26000001	
53 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	AIH 262010246712-5		
54 - Autorização	Trajetos de Trabalho CORREIO MUNICIPAL / Comunidade 15666		

Código do Laudo: 617182



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema do Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia DescritivaPágina.: 0001
Data....: 14/02/2020
Hora....: 16:39

Aviso de Cirurgia : 62914

Sala : 0001 SALA 01

Paciente : 134276

JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA Atendimento : 517171

Convênio Atenh. : 1

SUS - INTERNACAO

Leito : 479

Carteira :

Dt. Início : 14/02/2020 15:00

Idade : 26 Anos

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

Cid Pré-Operatório : SB25 FRATURA DO MALLEOLO MEDIAL

Cid Pós-Operatório : SB25 FRATURA DO MALLEOLO MEDIAL

Procedimento: 0408050578

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNозELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

ANESTESISTA

3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO EM COTOVelo ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA MALLEOLO MEDIAL E CUNHA MEDIAL ESQ.

INTERVENÇÃO: LC + DC + SUTURAS

OPERADOR: DR. ITALO GALIZA

1º AUXILIAR: DR. JÓAO MARCELO

ANESTESISTA: DR. CLAITON

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA/ANTISSEPSIA MIE.
3. APOSIÇÃO DE CAMPÓS CIRÚRGICOS ESTERÉIS
4. OBSERVADO FERIMENTO EM FACE LATERAL DO TORNозELO 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. TALA BOTÁ EM MIE.
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
Paciente: 134278
Convênio Atend.: 1
Leito: 61
Dt. Início: 18/02/2020 08:50 Dt. Fim: 18/02/2020 10:00

Sala: 0002 SALA 02
JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA Atendimento: 517171
SUS - INTERNACAO Carteira:
ORTL-509-LEITO 001 Idade: 26 Anos

Cld Pré-Operatório:
Cld Pós-Operatório:

Procedimento: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIAO 18099 FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA BIMALEOLAR DO TNZ ESQUERDO
CIRURGIA: RAF (COM PARAFUSO) DE TRAÇÃO EM MAELOLO LATERAL E PLACA ANTICASILHANTE E PARAFUSOS DE TRAÇÃO
EM MALEOLO MEDIAL

CIRURGIÃO: DR FELIPE BELFORT
01 AUXILIO: DR IGOR ALGENOR

ANESTESIA: LOCAL

ANESTESISTA: DRA GRAÇA COUTO

Descrição:

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
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 FUROS COM 4 PARAFUSOS (2 CORTICAIS PRÓXIMAS E
2 ESPONJOSAS 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 Algenor
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18099

DR(A) FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
CRM: 18099

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALÉNCAR





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA

DATA NASC.: 13/02/94

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG: 134276

IDADE: 26 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 14/02/2020

DATA DA ALTA: 19/02/2020

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA BIMALEOLAR + FRATURA DE CUNHA MEDIAL DE MIE

TRATAMENTO REALIZADO:

- RÁFI 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 PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BEG, AFEBRIL, LOTE, EUPNEUICO

FERIDA OPERATÓRIA: LIMPA E SECA

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

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

166. Búl. Bento Freire
Instituto de Traumatologia
05/02/2020

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 517171

Usuário: PAULAFSC

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

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JORGE LUCAS TAGLIAFERRO DA SILVA FONSECA	Frontuário: 134276		
Idade: 26a 0m 1d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 13/02/1994
Profissão:	Escolaridade:		
R.G.: 89162344	C.P.F.: 10644538481	Telefone:	CEP 53110380
Endereço: RUA HERCULANO BANDEIRA	, 261	SITIO NOVO	OLINDA - PE
Dados da Internação			
Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Data e Hora da Internação: 14/02/2020 06:10		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL		
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO		
Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL	Leito: VERMELHO - EXTRAS 013		
509 -			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	<i>ESTURADO 02/103/002 MIGUEL ARRAES</i>
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19 / 02 / 2020	Horário 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 bimaléolar + fratura de cunha medial de M18	
Diagnóstico Secundário01.: _____	<i>REVISADO - CII-HMP</i>
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: RAPI com placa e parafusos	
<i>Dr. Jan Ribeiro Médico</i>	
Assinatura e RG do paciente	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e/ou 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 Coenvo: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: B1 ORTL-509-LEITO 001 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: EVAIROD

CID:

Procedimento de Alta: 0301060070 - 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



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
Endereço.....: RUA HERCULANO BANDEIRA
Bairro.....: SITIO NOVO
Cidade.....: CLINDA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA UF.: PE CEP: 53110380
CID Principal: - Plano: PLANO UNICO
CID's Secundários: -
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 14/02/2020 Hora Saída: 06:09

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DIAGNÓSTICO
ANA B

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:12:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717125873200000066844016>
Número do documento: 20091717125873200000066844016

Num. 68152784 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:12:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717125873200000066844016>
Número do documento: 20091717125873200000066844016

Num. 68152784 - Pág. 23



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**

Dígito 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/02/2020

Titular do CPF: TAGLIAFERRO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 **Data do acidente:** 13/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
SILVA FONSECA 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 **Data do acidente:** 13/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
SILVA FONSECA 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. PERRI, S.A.
Identidade: R 916234 SDS-PE CPF: 166.245.384-25
Endereço: AV. ANTONIO DA COSTA AZEVEDO nº 200
PEQUINHOS - 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

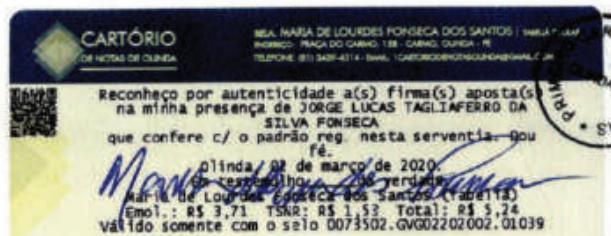
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (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 epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/02/2020

Titular do CPF: TAGLIAFERRO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

