



13/01/2021

Número: **0079141-36.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.198,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSUEL RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73495557	13/01/2021 13:46	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, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200346830 Vítima: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 11/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01309/01310 - carta_03 - INVALIDEZ

00030655



Carta nº 16192124





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, 16 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346830

Vítima: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 11/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000007058702-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

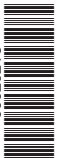
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00425/00426 - carta_15R - INVALIDEZ

00020213





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 052 425 294 74 4 - Nome completo da vítima: Josuel Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Josuel Rodrigues da Silva 6 - CPF: 052 425 294 74
7 - Profissão: Auxiliar de Operações Rua do Amanhecer 9 - Número: 119 10 - Complemento:
11 - Bairro: Agues Compridas 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53190 010
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-985054275

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: 022 - Banco Inter
AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 7058702 7
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 o 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Eduardo Bezerra da Silva
CPF: 062 818154 08
Assinatura do testemunha
39 - 2ª | Nome: Suelly Rodrigues da Silva
CPF: 060 555 034 58
Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 28 de Agosto de 2020
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
-----------	---	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
----------------	---	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (dedicante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorailder.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 9189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO - 7A. SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0321000364**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/04/2020** às **13:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/3/2020** às **10:39**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA AGUAS COMPRIDAS, 1, S/N - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53200-300**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSUEL RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**

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

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE MARIA DA CONCEICAO Pai: **VALDOMIRO RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **12/1/1979** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **55461391/SSP/PE (RG), 05242529474 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Endereço Residencial: **RUA DO AMANHECER, 119 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VW/SAVEIRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/SAVEIRO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

30/04/2020 13:39



Complemento / Observação

QUE SEGUNDO A VÍTIMA, VINHA DO TERMINAL DO XAMBÁ, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA/BROS, QUANDO O AUTOR QUE ESTAVA NUM VEÍCULO VW/SAVEIRO FEZ UMA RETORNO IRREGULAR, CAUSANDO UMA COLISÃO FRONTAL ENTRE OS VEÍCULOS, CAUSANDO LESÕES NA PERNA DIREITA DE JOSUEL RODRIGUES DA SILVA; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS, CONFORME CERTIDÃO Nº 2020APH000228 DIV. OP, ONDE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME REGISTRO 135087; QUE FICOU INTERNADO POR 18 DIAS.

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

**JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MARCOS ANTÔNIO BEZERRA BARBOZA** - Matrícula: **273081-2**
(Liberado em **30/04/2020** às **13:40**)

30/04/2020 13:39





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A. SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0321001867**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/11/2020** às **15:23**

Complementa o BO Número: **20E0321000364**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **11/3/2020** às **10:39**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA AGUAS COMPRIDAS, 1, S/N - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53200-300**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSUEL RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**

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

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE MARIA DA CONCEICAO Pai: VALDOMIRO RODRIGUES DA SILVA Data de Nascimento: 12/1/1979 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 55461391/SSP/PE (RG). 05242529474 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Endereço Residencial: **RUA DO AMANHECER, 119 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA - Quantidade: 1,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDF8803 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/NÃO INFORMADO**

FIAT/STRADA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/STRADA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA - Quantidade: 0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

OYU8084 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

QUE SEGUNDO A VÍTIMA, VINHA DO TERMINAL DO XAMBÁ, PILOTANDO SUA MOTOCICLETA ORA MENCIONADA NESTE BO, QUANDO O AUTOR QUE ESTAVA NUM VEÍCULO FIAT/STRADA FEZ UM RETORNO IRREGULAR, CAUSANDO UMA COLISÃO FRONTAL ENTRE O VEÍCULO E A MOTO, CAUSANDO LESÕES NA PERNA DIREITA DE JOSUEL RODRIGUES DA SILVA; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS, CONFORME CERTIDÃO Nº 2020APH000228 DIV. OP, ONDE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME REGISTRO 135087; QUE FICOU INTERNADO POR 18 DIAS.

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

Josuel Rodrigues da Silva

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURÍCIO FERNANDO ARAÚJO DA SILVA** - Matrícula: **152497-6**
(Liberado em **27/11/2020** às **15:31**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 052 425 294 74 4 - Nome completo da vítima: Josuel Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Josuel Rodrigues da Silva 6 - CPF: 052 425 294 74
7 - Profissão: Auxiliar de Operações Rua do Amanhecer 9 - Número: 119 10 - Complemento:
11 - Bairro: Agues Compridas 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53190 010
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-985054275

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 022 - Banco Inter

AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 7058702 7

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 provarão 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: Eduardo Bezerra da Silva

CPF: 062 818154 08

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome: Suelly Rodrigues da Silva

CPF: 060 555 034 58

Suelly Rodrigues da Silva

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 28 de Agosto de 2020

Josuel Rodrigues da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000228 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSUEL RODRIGUES DA SILVA, 41 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 55461391 SSP/SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 052.425.294-74, residente à RUA DO AMANHECER, nº 119, CASA, AGUAS COMPRIDAS, OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 11/03/2020, por volta das 10:39 hs, no endereço: ESTRADA DE ÁGUAS COMPRIDAS, S/N, ÁGUAS COMPRIDAS OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo XX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSUEL RODRIGUES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 052.425.294-74 e Registro Geral nº 55461391, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT GERALDO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº XX. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 27/04/2020

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 2020APH000228

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:	10/12/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000007058702-7

Nr. da Autenticação 70710843FD57A107





Tarifa Social de Energia Elétrica - Odebre para Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.635.022/0001-08 | Insc. Est. 0005943-05 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

FREDE NASCIMENTO SILVA
MCID (SAP09)

CPF: 898.897.474-48 MS: 13-82843838

CLASSIFICAÇÃO

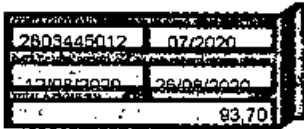
B1 - RESIDENCIAL
BARRA REMIDA COM 400V
Monofásico

ENTREGA DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUJÃO AMANHECER 119

AGUAS COMPRIDAS/OLINDA
OLINDA/PE
53180-010

11048288 ONCA 28/07/2020

04/08/2020 2007501828 1881300



	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo-TUISO de 30 kWh	30,0000000	0,14431707	4,32
Consumo-TUISO superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,24740025	17,31
Consumo-TUISO superior a 100 até 220 kWh	62,8100000	0,27810103	19,68
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,12473505	3,74
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	75,0000000	0,21363154	16,03
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	52,8100000	0,32014731	16,93
Contrib. Aum. Pádua Municipal			14,00
Multa por atraso-NF 107384157 - 26/03/20			1,57
Juros por atraso-NF 107384157 - 26/03/20			1,25
Aquisição de ICMS-NF 107584157 - 26/03/20			0,87
Bonus ITAPRJ - art 24 da Lei 10.438/02			-1,00

TOTAL DA FATURA 93,70

Nº DO	Tipo da	Anterior	Atual	Nº DO	Consumo	Ajuste	Consumo (kWh)
00000000	DATA	DATA	DATA	00000000	1000000		100,00

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	%
JAN 20	180	25,00	26,67%
FEB 20	185	25,00	26,67%
MAR 20	175	25,00	26,67%
ABR 20	168	25,00	26,67%
MAY 20	168	25,00	26,67%
JUN 20	168	25,00	26,67%
JUL 20	168	25,00	26,67%
AUG 20	168	25,00	26,67%
SET 20	168	25,00	26,67%
OCT 20	168	25,00	26,67%
NOV 20	168	25,00	26,67%
DEZ 20	168	25,00	26,67%

2003.8740.4020 176 J EBCB 8485 3354.3540



CONSUMO	VALOR	LAJE	LAJE	LAJE
0,00	4,00	0,00	0,00	0,00
0,00	2,11	0,00	0,00	0,00
0,00	2,23	0,00	0,00	0,00

DATA DE VENCIMENTO 12/08/2020 TOTAL A PAGAR 93,70

838900000005 937000110023 803445012108 184537328738





MIGUEL ARRAES



NOME: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

DATA 12/01/1979

NOME SOCIAL:[Data de Publicação]

NASC.:

IDADE:41 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:11/03/2020

REG:135087

DATA DA ALTA: 27/3/2020

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA** foi atendido (a) neste serviço no dia 11/03/2020. Necessitando de 30(TRINTA) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID.10:S82.2

Paulista, 27 de março de 2020

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 9824
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

DECLARO, PARA FINS PROVEDENCIÁRIOS
E TRABALHISTAS, QUE O SR. JOSEUEL
NORMEIRO DA SILVA, 43 anos,
FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE FURTO COMUNITÁRIO GRUPO D3
PUNTO TÍBIA DO JOELHO DIREITO EM
25/03/2020. RECOMENDO AFASTA-
MENTO DO TRABALHO POR MÍNIMO
MENOS QUE 120 (COTIDIANO) DIAS.
DIAS. CID-10 = S82

18/05/2020

Dr. Wagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 15653 - RBO 12851

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBE
PAULISTA/PE, CEP.: 53.413-000
FONE: (81) 3181-9600

FISIOTERAPIA

(GRUPO DE ORTOPEDIA)

NOME: Josuel Rodrigues da Silva

Solicito 20 sessões de fisioterapia motora para ☒ ganho de ADM ☒ controle algico,
reforço muscular M.D. carga ☐ zero ☐ parcial ☒ total. Paciente com
diagnóstico de: fratura de platô tibial direito - Osteossíntese com

placas de suporte e parafusos em 15/03/2020.

Dr. Luiz Alcides GOMES
Ortista
CRM: 10.019

(Médico)

Data: 24/07/2020





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

DATA 12/01/1979

NASC.:

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG:135087

IDADE:41 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:11/03/2020

DATA DA ALTA: 27/3/2020

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL + FERIMENTO EM PÉ DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 11/03/2020 LC + DC + APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO
- 25/03/2020 RAFI COM PLACA + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO - DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- MOVIMENTAR JOELHO E TORNOZELO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA PARCIAL NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA (8 SEMANAS);
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITÁRIO MÉDICO;
- 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:

FERIDA OPERATÓRIA:

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: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Dr. Jan Lacerda
CRM-PE 23590

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



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/03/2020 08:18

	Nome Paciente:	JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	12/01/1979
	Sexo:	Masculino
	Idade:	41
	Senha:	P0002
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

: 11/03/2020 12:13 - 11/03/2020 12:15

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO POR BOMBEIROS COM HISTORIA DE COLISÃO MOTO X CARRO, COM QUEIXA DE DOR EM MID, COM FX EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 89.00 BPM
- GLICOSE: 155.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 110.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

RECEBIDO
11/03/2020

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/03/2020 12:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





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	JOSUEL RODRIGUES DA SILVA			6 - Nº Prontuário	135087
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
706208520994166	12/01/1979	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	02 - Preta	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	IRENE MARIA DA CONCEICAO			12 - Telefone de Contato	8198364000
13 - Nome Responsável	JOELMA RODRIGUES			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	AVENIDA CAPITAO LUIS REIS DE 1 A 99999, 457 - ALTO DA BONDADE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53170075		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
E TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO NA MANHÃ DE HOJE, COM DOR EM MID.
CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, GLASGOW 15
HEMATOMA SANGRANTE COM EM FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA, DEFORMIDADE DO MEMBRO, FERIMENTO FACE LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE CIRÚRGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE+EXAME FÍSICA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S822 582.1	V299	04.08.05.055.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		28 - Código do Procedimento	0415020069
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	980016278437533
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF		
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	11/03/2020	Dr. Robson Diniz Médico CRM-PE 29414	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	AIH 262010247251-5
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		AIH 262010247252-6
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	
	Dr. Antônio Diniz CRM-PE 141341 14014045	

Código do Laudo: 520788





CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL

Miguel A. Grais

Nº PEDIDO:

No KIT: 0433

MEMBRO OPERADO: Superior D

Nº PROCED:

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

CÓDIGO

LOTE

Butter	350
--------	-----

Burres 275

Page

Concrete Tiles

come Tones every post to

Comunicamos que utilizamos o(s) material(ais) aqui descrito(s) no paciente supracitado.

Raulist de Maio de 2020 Manoel
Responsável p/ informação

Responsável p/ informação

Cirurgião Especialista

Rua Dr. Manoel de Almeida Belo, 749, Bairro Novo, Olinda-PE | CEP: 53.030-030

WWW.PROSMEDLTDA.COM.BR

PROSMED

Num. 73495557 - Pág. 19

Número do documento: 21011313455966000000072041993

Recebemos de PROSMED PRODUTOS MEDICOS COMERCIO LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: FUND. PROF M. FERNANDES - IMIP HOSP. M. MIGUEL A. DE ALENCAR - ETR DA FAZENDINHA, 000 - JAQUARIBE - PAULISTA - PE. Emissão: 01/04/2020 Valor Total: R\$ 1.277,70		NF-e Nº 000.080.377 Série 001
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	



PROSMED PRODUTOS MEDICOS COMERCIO LTDA

RUA Doutor Manoel de Almeida Belo, 749
 Bairro Novo - OLINDA - PE
 Fone: (81)3432-6301 CEP: 53030-030
 www.prosmedltda.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.080.377
 Série 001
 Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

2620 0441 2494 3400 0107 5500 1000 0803 7712 7186 673

Consulte de autenticidade no portal da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

126200025403271 01/04/2020 15:12:59

NATUREZA DA OPERAÇÃO		Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CPF	
019237650		41.249.434/0001-07	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CPF / CNPJ	DATA DA EMISSÃO
FUND. PROF M. FERNANDES - IMIP HOSP. M. MIGUEL A. DE ALENCAR		09.039.744/0002-75	01/04/2020
ENDEREÇO		BARRIO / DISTRITO	CEP
ETR DA FAZENDINHA, 000		JAQUARIBE	53400-000
MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL
PAULISTA	PE	(81)3118-9622	
			HORA DA SAÍDA
			15:06:00

DUPLICATAS

Nº FICP	001
Vencimento	31/05/2020
Valor R\$	1.277,70

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.277,70
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.277,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		0 - REMETENTE				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CFST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS
903275	BARRA P/FIXADOR 13X275 Valor aproximado dos tributos R\$12,84 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 29214, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	2,00	20,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00
903350	BARRA P/FIXADOR 13X350 Valor aproximado dos tributos R\$12,84 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 26097, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	2,00	20,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0702030384	FIXADOR EXT CIRC/SEMI-CIRCUL ROMP:07.02.03.038-4 Valor aproximado dos tributos R\$280,43 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 24874, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	1,00	873,90	0,00	873,90	0,00	0,00	0,00	0,00
907	CONECTOR BARRA BARRA (TC) Valor aproximado dos tributos R\$28,88 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 31397, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	3,00	30,00	0,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00
906	CONECTOR BARRA PINO (TC) Valor aproximado dos tributos R\$28,88 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 22568, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	3,00	30,00	0,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00
906	CONECTOR BARRA PINO (TC) Valor aproximado dos tributos R\$9,63 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 24856, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	1,00	30,00	0,00	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0702030805	PINO DE SHANTZ ROMP:07.02.03.080-5 Valor aproximado dos tributos R\$36,52 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 25409, Reg. ANVISA: 10209780048,	90211020	040	5102	UN	4,00	28,45	0,00	113,80	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
0451843	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
HOSPITAL: FUND. PROF M. FERNANDES - IMIP HOSP. M. MIGUEL A., DATA DA CIRURGIA: 11/03/2020, MEDICO: HYGINO MARINHO, PACIENTE: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA, CONVENIO: SUS, PROCEDIMENTO: 0408050551 Total aproximado dos tributos federais, estaduais e municipais R\$410,02 Fonte:IBPT, conf. Lei 12.741/2012.	





PRODUTOS MÉDICOS

CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL

HOSPITAL: MIGUEL ARRAES NF: _____ Nº PEDIDO: _____
PACIENTE: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA Nº KIT: _____
CONVÊNIO: SUS MEMBRO OPERADO: MID PRONTUÁRIO: 135087
MÉDICO: DR. ANTÔNIO Nº PROCED: _____ DATA: 25 / 03 / 2020

QTDE	CX. ACETABULAR	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	CÓDIGO	LOTE
02	PARAF. CORTICAIS N° 80			
	CX. 4,5			
01	PLACA EM T 3x8 Furos			
	PARAF. CORTICAIS			
	3, 1, 1, 1, 2			
	30 32 34 38			
	CX. PARAF. ESPONJOSO ROSCA TOTAL AVULSA			
	1, 2, 1, 3, 1			
	40 50 70 75 80			
	CX. PLACA LONGA PL TIBIA PROXIMAL			
01	PLACA 5x10 Furos (DIR)			

Comunicamos que utilizamos o(s) material(ais) aqui descrito(s) no paciente supracitado.

Silvânia K. Marques
COREM-PE 15.164-TE

PAULISTA, 25 de MARÇO de 2020

ELAINE

Responsável p/ informação

André Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 69416

Cirurgião responsável

Rua Dr. Manoel de Almeida Belo, 749, Bairro Novo, Olinda-PE | CEP: 53.030-030

WWW.PROSMEDLTD.COM.BR

PROSMED

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **520791**

Usuário: LUISKNS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA		Prontuário: 135087
Idade: 41a 1m 28d	Sexo: M	Data de Nascimento: 12/01/1979
Profissão:	Estado Civil: SOLTEIRO	
R.G.: 554613918	Escolaridade:	
C.P.F.: 05242529474	Telefone:	CEP 53170075
Endereço: AVENIDA CAPITAO LUIS REIS DE 1 A 9ª, 457 - ALTO DA BONDADE		- OLINDA - PE
Dados da Internação		
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 11/03/2020 12:35	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	07/04/2020
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27/03/2020	Hora da Alta: 12:00
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: Bom	
Diagnóstico Principal.....: FX exposta lateral distal (LD)	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Procedimento.....: 11/03/2020 LC + OCL + FFK TRANSFERENCIAL 306441 25/03/2020 RAKI com placa + parafusos	
Responsável pela retirada do paciente: <i>Goreide m. nra</i>	Assinatura e RG: <i>Dr. Ian Lacerda</i> CRM-PB 9824 CRM-PE 23096

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 11 de março de 2020

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 520788

Senha da Classificação:

P0002

Data e Hora: 11/03/2020 12:18

Paciente: 135087 JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/01/1979 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: IRENE MARIA DA CONCEICAO

Nome do Pai: VALDOMIRO RODRIGUES DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: AVENIDA CAPITAO LUIS REIS --

457

Bairro: ALTO DA BONDADE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

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 Y ITINO DE LORISA (MOTO) com
trauma com trauma com M.L.D.
trauma com trauma com trauma com trauma

Exame Físico

trauma com trauma com trauma com trauma
trauma com trauma com trauma com trauma
trauma com trauma com trauma com trauma
trauma com trauma com trauma com trauma

Hipótese Diagnóstica

FX DE SOS DA Perna (D) Exposta

Prescrição Médica

RX: Trauma
SAT VAT IN
GENTAMICINA 240mg + 100ml SF
CLINDAMICINA 600mg + 100ml SF
DIPLONA + ADEK
TNA 200mg + 100ml SF

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



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

Página.: 0001

Data.....: 25/03/2020

Hora.....: 12:51

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63747

Paciente : 135087

Convênio Atend. : 1

Leito : 198

Dt. Início : 25/03/2020 10:15

Cid Pré-Operatório : S821

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTO-502-LEITO 002

Dt. Fim : 25/03/2020 12:45

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 520791

Carteira :

Idade : 41 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050551

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

ANESTESISTA

9136 JULIO CESAR CAVALCANTI MAIA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIR TIPO VI DE SCHATZKER

INTERVENÇÃO: RAFI DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

OPERADOR: ANTONIO QUEIROZ

1º AUXILIAR: CAIO FRANCISCO

2º AUXILIAR: ANDRE MR1

INSTRUMENTADOR: ELAINE

ANESTESISTA: JULIO MAIA

ANESTESIA: SEDACAO + RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

TURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM POR FO PREVIA ANTEROMEDIAL COM EXTENSÃO PROXIMAL
5. LAVAGEM COM SF 0.9% E DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. REDUÇÃO CRUENTA PROVISÓRIA COM PINÇA OSSEA E FIO K
7. INCISÃO ANTEROLATERAL PROXIMAL COM DISSECCÃO POR PLANOS E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS DE TRAÇÃO 3,5 MM CORTICAIS COM 02 ARRUELAS
8. ESCORREGADO PLACA DE TIBIA PROXIMAL E REALIZADO FIXAÇÃO COM 05 PARAFUSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS E 04 CORTICAIS DISTAIS
9. POSICIONADO PLACA T 4,5 MM MEDIAL E REALIZADO FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS E 03 CORTICAIS DISTAIS
10. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
11. LAVAGEM COM SF 0.9% 2.000ML
12. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 3-0
13. CURATIVO

Ortese e Prótese:

02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM

02 ARRUELAS

01 PLACA DE TIBIA PROXIMAL 5 X 10 FIOS

André Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 29416

SATURADO
07/04/2020
CLAUDIVAN SOUSA
FATURISTA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



REGISTRO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM - BLOCO CIRÚRGICO

Nome: Josuel Rodrigues da Silva Data de Nascimento: 12/01/79
 Nome Social: _____ Registro: 135087
 Data: 25.01.2020 Sala Cirúrgica: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6
 Procedimento cirúrgico: TC-Fixat. Ossoes Min (Tibial) Início: 10:15 Término: 13:30
 Tipo de Anestesia: () Geral () Raqui () Peridural () Bloqueio () Outra: _____ Início: 09:30 Término: 12:45
 EQUIPE CIRÚRGICA:
 Cirurgião: Dr. Antônio Anestesiista: Dr. Julio
 1ª Auxiliar: Dr. Kauo 2ª Auxiliar: _____
 Instrumentador: Elaine Circulante: Silvânia
 PRÉ-OPERATÓRIO:
 Estado geral: () Bom () Regular () Grave () Gravíssimo
 Consciência: () Consciente () Orientado
 Respiração: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
 TRANS-OPERATÓRIO:
 Posição cirúrgica: () Dorsal () Ventral () Lateral () Fowler () Trendelenburg () Ginecológica
 Page Cirúrgica: () Sim () Não
 Transfusão de sangue: () Não () Sim - Nº und: _____
 Exames laboratoriais: () Sim () Não
 Equipamentos: () Oxímetro de pulso () Monitor cardíaco () PNI () Capnógrafo () Bomba de infusão () Artroscópio
 () Esturi elétrico - local da placa: MID () Carro de anestesia () Intensificador Outros: _____
 Procedimentos: () Punção venosa () Sonda gástrica () Cânula urotrocáica () SVD () Drenos: _____
 () Curativo - Local: MID Tipo: Fechado
 Observações / Intercorrências: Adm. Antib. Cefazolima 2g.
 PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO
 () Acordado () Sob narcose () Entubado () Traqueostomizado
 Paciente Encaminhado a: () SRPA () UTI () Outros: _____ Hora: 13:40
 Técnico de Enfermagem: Silvânia F. Marques
 COREN-PE: 164-TE



FICHA DE ANESTESIA		Data	Hospital Miguel Arraes		Acomodação
Paciente		Sexo	Cor	Idade	Risco
CRM		Nome do Anestesiologista		Nome do Cirurgião	
Medicação Pré-anestésica		Urgência		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Cirurgia					

Horário	10:30	11:30	12:30	12:45
O ₂				
N ₂ O				
Líquidos				
O ₂				
CO ₂				
ECG				
DIU				
220				
200				
180				
160				
140				
120				
100				
80				
60				
40				
20				
Anotações				

Drogas Usadas	Quantid.
Propofol 1%	20mg
Propofol 2%	10mg
Propofol 3%	10mg
Propofol 4%	10mg
Propofol 5%	10mg
Propofol 6%	10mg
Propofol 7%	10mg
Propofol 8%	10mg
Propofol 9%	10mg
Propofol 10%	10mg

Técnica Anestésica	
2. repositiva	

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input type="checkbox"/> PHI	<input type="checkbox"/> Analizador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Esnet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

Encaminhado
<input checked="" type="checkbox"/> Acordado
<input type="checkbox"/> Sonolento
<input type="checkbox"/> Intubado
<input type="checkbox"/> Drogas Vasotivas
Destino
<input checked="" type="checkbox"/> SRPA
<input type="checkbox"/> Apart./Enf.
<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Externo

Intercorrência:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Descrever:	
Observações:	
Assinatura do Anestesiologista	





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

DATA 12/01/1979

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

NASC.:

IDADE:41

SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:11/03/2020

REG:135087

DATA DA ALTA: 27/3/2020

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL + FERIMENTO EM PÉ DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 11/03/2020 LC + DC + APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO
- 25/03/2020 RAFI COM PLACA + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- MOVIMENTAR JOELHO E TORNOZELO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA PARCIAL NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA (8 SEMANAS);
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- 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 :

FERIDA OPERATÓRIA:

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: ____/____/____


Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9824
CRM-PE 24590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JOSUELI RODRIGUES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
55462391 SSP PE

CPF
052.425.294-74

DATA NASCIMENTO
12/01/1979

FILIAÇÃO
VALDOMIRO RODRIGUES DA SILVA
SILVA
IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO
AD

PERMISSÃO
VALIDADE
14/12/2023

CAT. HAB.
AB

N.º REGISTRO
05471629759

Y. NABILITAÇÃO
19/04/2012

PROIBIDO PLASTIFICAR
175453330

VALOR NACIONAL
175453330

OTERMO NACIONAL
175453330

COPIAS
175453330

ASSINATURA DO PORTADOR
JOSUELI RODRIGUES DA SILVA

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
17/12/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior
Diretor Presidente

PERNAMBUCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346830 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO (SCHATZKER VI).
TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO JOELHO (FIXAÇÃO EXTERNA/OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS), DEMAIS LESÕES CONSERVADOR.
PÁG 5/9/11/12
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

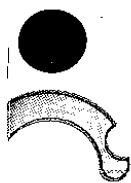
Observações:

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

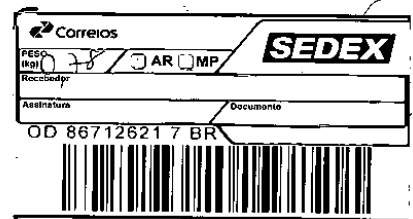




Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



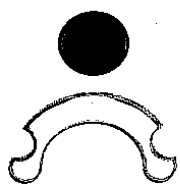
SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
INSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
REÇO / Ao			
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A			
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR CENTRO			
RIO DE JANEIRO CEP: 20011-904			
UF / State	PAÍS / Country		

ATENDIMENTO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:45:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313455966000000072041993>
Número do documento: 21011313455966000000072041993



Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PEL
SEGURADORA LÍDER - DPVA**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

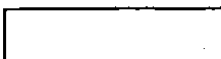
dpvat_oficial DPVAToficial DPVAToficial seguradoralider-dpvat

Blog: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Sosvel Rodrigues da Silva		81-985054275	
ENDEREÇO / Address			
Rua do Amanhecer, 119, Aguas Compridas			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAIS / Country
53190-010	Olinda	PE	BR



RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALCIDO (Deceased)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDI (Non-existing Number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª ___/___/___ às 2ª ___/___/___ às 3ª ___/___/___		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___ (Reintegrated to service post)		
Data ___/___/___ Responsável _____		



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:45:59
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313455966000000072041993>
Número do documento: 21011313455966000000072041993

Num. 73495557 - Pág. 32

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Josuel Rodrigues da Silva

DATA DO ACIDENTE 11/03/2020 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 05242529474

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Josuel Rodrigues da Silva
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____
 E-mail eduardobssilva@gmail.com Tel: () _____
 Data 17/09/2020 Assinatura Josuel Rodrigues da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) P. novo
 Atendente Renata K.S. de Lencastre Matrícula 975 004 7044
 Data 17/09/2020 Assinatura [Assinatura]



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 423941 - ACF BAIUNO DO ARRUDA
RECIFE - PE
CNPJ: 0320494/000160 Ins Est.: 051011905
COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF: 09248608000184
Doc. Post: 62267655
Cont. Fato: 8912288636 Cod. Adm.: 11205709
Carta: 02267655

Movimento: 17/09/2020 Hora: 11:30:25
Data: 97934315 Matrícula: 9750*****
Lançamento: 018 Atendimento: 00015
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1882743111

DESCRIÇÃO	QTD.	PREC(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78+
Valor do Porte(R\$):	24,78	
Peso real (G):	78	
Peso Tarifado:	0,078	
Nome Remetente: JPMIR RICHIRQUES DA SILVA		
CNPJ/CPF Remet: 05242529474		
Endereço Remet: RUA Rua do Amanhacer, 119 C		
Cont Endereço: ASA - Águas Compridas		
Cep Remetente: 53190-010		
Cidade Remet: OLINDA		
UF Remet: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	31,16+
Valor do Porte(R\$):	31,16	
Cep Destino: 20011-904 (RJ)		
Peso real (G):	78	
Peso Tarifado:	0,078	
OBJETO=====> 008671262178R		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,94

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior* RG:
Ass. Responsável: *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior*

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Considerando o impacto momentâneo do
movimento paralisado, somado aos efeitos
restritivos ocasionados em razão da pandemia
da COVID-19, informamos que em algumas
localidades os objetos PAC serão destinados
para entrega interna nas unidades dos
Correios.

O acompanhamento dessas objetos poderá ser
realizado pelos remetentes e destinatários
por meio do portal dos

Correios <https://www.correios.com.br/>
ou pelo aplicativo de rastreamento

Ante tempo!

Baixar o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

52 42529444 SARA B. B. 07



PARA USO EM ECF 40m OS PRODUTOS DE PAPEL LTDA
CNPJ: 32.308.148/0001-31 - FIBRA E PAPEL THERMOSCRIPT KPH 450



Fale com os Correios: correios.com.br/falecomoscorreios
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
Denúncia: correios.com.br/denuncia

Os dados impressos têm vida útil de 100 dias, desde que seja contido dentro de
plástico, sob o qual os produtos químicos. Bem como, a exposição ao calor e

PARA USO EM ECF 40m OS PRODUTOS DE PAPEL LTDA
CNPJ: 32.308.148/0001-31 - FIBRA E PAPEL THERMOSCRIPT KPH 450



Fale com os Correios: correios.com.br/falecomoscorreios
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
Denúncia: correios.com.br/denuncia

Os dados impressos têm vida útil de 100 dias, desde que seja contido dentro de
plástico, sob o qual os produtos químicos. Bem como, a exposição ao calor e

CP 40m OS PRODUTOS DE PAPEL LTDA
150001-31 - FIBRA E PAPEL THERMOSCRIPT KPH 450



Os dados impressos têm vida útil de 100 dias, desde que seja contido dentro de
plástico, sob o qual os produtos químicos. Bem como, a exposição ao calor e



Bruno Flores

De: Alessandra Magalhães
Enviado em: segunda-feira, 30 de novembro de 2020 19:50
Para: Bruno Flores
Assunto: ENC: 3200346830 - JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
Anexos: BOLETIM.pdf; DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR.pdf

Bruno,

Favor atender ao pedido abaixo.

De: Dpvat Pernambuco <dpvat.pe@gentesseguradora.com.br>
Enviada em: segunda-feira, 30 de novembro de 2020 14:55
Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>
Assunto: 3200346830 - JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Boa tarde

A fim de atender a solicitação da vítima que nos procurou, segue anexa documentação do processo referenciado, processo que conforme pesquisa trata-se de Operação Correios, para que seja anexado ao mesmo.

SINISTRO 3200346830 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

CPF/CNPJ: 05242529474

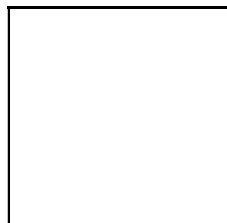
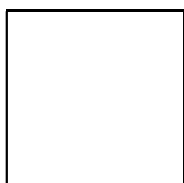
Boletim de ocorrência

Vítima Não Conforme



Documentação médico-hospitalar

Vítima Não Conforme



Marta Marinho dos Santos da Silva

Atendimento DPVAT

Telefone: +55 81 3049-0788



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273492/20

Vítima: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

CPF: 052.425.294-74

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA : 052.425.294-74

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: 28/09/2020
Nome: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
CPF: 052.425.294-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Karine Gomes de Lima

