



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
73495 557	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://documentospendingentes.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



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

Num. 73495557 - Pág. 1



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%

Banco FiscoSal: Força completa da
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: 00000001

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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: **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 Amanhãecer	8 - Endereço: Agas compridas Olinda
9 - Número: 119	10 - Complemento:
11 - Bairro: Agas compridas	12 - Cidade: Olinda
13 - Estado: PE	14 - CEP: 53190 010
15 - Email: 	16 - Tel. (DDD): 81- 983054275

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 na 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 POLUPANÇA (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: **027 - Banco Inter**

AGÊNCIA: **0001** CONTA: **7058307**

(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, os custos 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 neto(na)res? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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: **Olinda Bezerra da Silva**
CPF: **062 818159 08**

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: **Suely Rodrigues da Silva**
CPF: **060 555 034,58**

Suely Rodrigues da Silva
Assinatura da testemunha

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

Josuel Rodrigues da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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	Name 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 de 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 IMI	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	Apontar 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 o 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 (declarante)	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.seguradoraallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dívidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Queridora: 0800 021 91 95



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **20E0321000364**

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

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

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): DESCONHÉCIDO
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 PROFISSÕES**
Endereço Residencial: **RUA DO AMANHECER, 119 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHÉCIDO (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): **DESCONHÉCIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHÉCIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/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 N° 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



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

Num. 73495557 - Pág. 6



**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 - Culposo (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)

1/2



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) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: **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 Amanhãcer	8 - Endereço: Agas compridas Olinda
9 - Número: 119	10 - Complemento:
11 - Bairro: Agas compridas	12 - Cidade: Olinda
13 - Estado: PE	14 - CEP: 53190 010
15 - Email: 	16 - Tel. (DDD): 81- 983054275

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 na 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 POLUPANÇA (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: **027 - Banco Inter**

AGÊNCIA: **0001** CONTA: **7058307**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0001** CONTA: **7058307**
(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, os custos 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (herdeiro)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1ª Nome: Olindo Bezerra da Silva CPF: 062 818159 08 Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2ª Nome: Suely Rodrigues da Silva CPF: 060 555 034,58 Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Suely Rodrigues da Silva Assinatura da testemunha

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

Josuel Rodrigues da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2020APH000228 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, vêm 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



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

Num. 73495557 - Pág. 10

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



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

Num. 73495557 - Pág. 11



CELPE

DADOS DO CLIENTE
FREDE NASCIMENTO SILVA
MCID 154P09

CPF: 888 897 474-48 M/S: 13-82843938

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIA RENDA COMUM
Monofásico

119048288	DATA	26/07/2020
04/08/2020	2002501828	1891300

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RIUADO AMANHECEIR 119AGUAS COMPRIDAS/OLINDA
OLINDA-PE
53180-010

12603445012	07/2020
12603445012	26/08/2020
VOLUME DE CONSUMO	93,70

	QUANTITADE	PREÇO UNIT.	TAXAS/ IPI
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,000000	0,1451702	4,32
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,1410983	12,31
Consumo-TUSD superior a 100 até 210 kWh	62,010000	0,12110103	19,08
Consumo-TS até 300W	30,000000	0,12473505	3,74
Consumo-TS superior a 30 até 100 kWh	76,000000	0,12683154	14,08
Consumo-TS superior a 100 até 210 kWh	52,810000	0,32014731	16,83
Contrib. Aut. P/Bela Maré			14,00
Multa por atraso-NF 102284157 - 26/03/2020			1,51
Juros por atraso-NF 102284157 - 26/03/2020			1,25
Ajustamento IGPM-ANP 107364157 - 26/03/2020			0,07
Bônus ITAIPU - ext29 da NF 104397002			-1,00

TOTAL DA FATURA

93,70

Nº DO CORRIDOR	TIPO DA FUMADA	DATA ANTERIOR	LEITURA DATA	ATUAL LEITURA	TIPO DE LEITURA	Nº DE CONSUMANTES	ABERTOS	CONSUMO (KWH)
316129711	CAT	26-08-2020	18-94300	26-07-2020	183-0000	33	100000	93,70

MANHÃ	DATA	HORA DE CALCULO	%	VALOR DO CONSUMO	Geração de Energia	R\$	25,00	55,55%
ABR-20	189	ICMB	71,95	29,00	H,21	R\$	3,84	4,44%
MAR-20	171	PB	74,46	0,95	0,01	R\$	0,30	34,36%
MAR-20	175	CONFOP	71,65	3,73	2,08	R\$	5,39	7,73%
MAR-20	168				Luzes	R\$	1,20	1,32%
FEB-20	165				Ar Cond.	R\$	51,96	56,46%
JAN-20	160				Total	R\$	51,96	56,46%
DEZ-19	168							0,010000
NOV-19	158							0,1119367
OCT-19	157							0,2846626
SETE-19	157							0,1096728
AGO-19	157							0,2982293
JUL-19	200							

2063-8740-AD2C 1763 EBC8 B485 5304-3940

PEÇA OS SEUS DOCUMENTOS NA CELPE. Acesse o site www.celpe.com.br ou entre em contato com a sua Agência Celpe. Consulte seu consumo e saiba quanto é que você paga à Votorantim S.A. para gerar energia elétrica. O valor da tarifa de geração de energia elétrica é calculado quando os sistemas de geração de energia elétrica geram energia para a rede de distribuição. A tarifa de geração de energia elétrica é calculada de acordo com a tarifa de geração de energia elétrica estabelecida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (C.N.D.E.S.) e a tarifa de geração de energia elétrica estabelecida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (C.N.D.E.S.).

CONSUMO	VALOR UNITARIO	UNIDADE	VALOR	VALOR DE CONSUMO	VALOR DE CONSUMO
SAC/SEDE/10	0,20	1,00	0,20	18,00	18,00
PFC	0,20	2,01	0,22	12,15	12,15
Desc	0,20	2,21	0,00	0,00	0,00
Total DCP:	0,20				

DCP - Valor do consumo de Ar Condicionado - R\$ 18,00

CONTA CONTRATO	RESUMO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR DIA
12603445012	07/2020	12/08/2020	93,70

838800000005 937000110023 803445012108 184537329738





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

NOME: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

DATA 12/01/1979

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

NASC.:

IDADE: 41 SEXO: M

REG: 135087

DATA DA ADMISSÃO: 11/03/2020

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-PB 5824
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



RECEITUÁRIO		
<u>Lado: m60100</u>		
<p>Deciso, para fins presidenciais e trabalhistas, que o sen. Jeziel Rodrigues da Silva, 41 anos. Foi submetido a tratamento cura de fratura comissão grade 05 profundo ribeirão do joelho direito 25/03/2020. Recomendo afastamento do trabalho por pelo menos que 120 (cento e vinte) dias. CDD = 582</p>		
<p>18/05/2020</p> <p>O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO</p> <p>Dr. Wagner Athayde Materno-Infantil CRM 15653 - EOT 12851</p>		





RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N – JAGUARIBE
PAULISTA/PE, CEP: 53.413-000
FONE: (81) 3481-9600

FISIOTERAPIA

(GRUPO DE ORTOPEDIA)

NOME: Josuel Rodrigues da Silva

Solicito 20 sessões de fisioterapia motora para () ganho de ADM. () controle algico, reforço muscular () carga () zero () parcial () total. Paciente com

diagnóstico de: Inflamação plantar tibial direita - Osteomielite com

placas de suporte e ferida aberta emitida em 15/03/2020

Dr. Luiz Henrique Gomes
Ortopedista
Osteomielite

(Médico)

Data: 24/07/2020





Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

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 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 SÉCREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, 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 DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9624
CRM-PE 213590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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 HISTÓRIA 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 OXIGÉNIO: 99.00 %

RE
SAL
A

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



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

Num. 73495557 - Pág. 17



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT = 520791	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário		
JOSUEL RODRIGUES DA SILVA	135087		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor
706208520994166	12/01/1979	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	02 - Preta
11 - Nome da Mãe	10.1 - Etnia		
IRENE MARIA DA CONCEICAO	0000 - Não Se Aplica		
13 - Nome Responsável	12 - Telefone de Contato		
JOELMA RODRIGUES	8198364000		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	14 - Telefone de Contato		
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
É TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO NA MANHÃ DE HOJE, COM DOR EM MID.
CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, GLASGOW 15
VIREMINTO SANGRANTE COM EM FACE ANTERIOR DA Perna DIREITA, DEFORMIDADE DO MEMBRO, FERIMENTO FACE LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE CIRURGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE+EXAME FÍSICA

591.3

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	28 - Código do Procedimento 0415020069		
29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016278437533
33 - N° do Profissional Solicitante/Assistente SORMANE DE CARVALHO BRITTO	34 - Data da Solicitação 11/03/2020	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) Dr. Robson Diniz Médico CRM-PE-29414	36 - Série 16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetô			

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS	() CPF
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho) Dr. Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior CRM-PE 16339 01/03/2021 201131345596600000072041993

AIH
262010247251-5

AIH
262010247252-6

Código do Laudo: 520788





PROSMED

PRODUTOS MÉDICOS

CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL

HOSPITAL: Miguel Haddad MEMBRO:
PACIENTE: Douglas Rodrigues da Silva
CONVÊNIO: NUS N° PROC:
MÉDICO: Wigino

Nº NF: _____ Nº PEDIDO: _____
Nº KIT: 04 33
PRONTUÁRIO: 135087
DATA: 31/03/20

MEMBRO OPERADO: Suspensor D

Nº PROCED:

QTDE	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	CÓDIGO	LOTE
02	Buporte	350	
02	Buporte	275	
04	Pura	06X	200
104	Lona e Telas	1100	
104	Lona e Telas	1000	posta

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

Paulista de Maio de 2020 Manoel
Responsável p/ informação

Rua Dr. Manoel de Almeida Belo, 749, Bairro Novo, Olinda-PE
CEP: 54010-200 | Fone: (81) 3422-2900 | E-mail: medicomed@hotmail.com

PROSMED
WWW.PROSMEDLTDA.COM.BR

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

Núm. 73495557 - Pág. 19

Recebimento 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

6 - 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

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

126200025403271 01/04/2020 15:12:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL
019237650

CMJ

41.249.434/0001-07

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiro

INSCRIÇÃO ESTADUAL

019237650

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NAME / RAZÃO SOCIAL: FUND. PROF M. FERNANDES - IMIP HOSP. M. MIGUEL A. DE ALENCAR	CMJ / CNPJ: 09.039.744/0002-75	DATA DA EMISSÃO: 01/04/2020
ENDERECO: ETR DA FAZENDINHA, 000	BARRA / DISTRITO: JAQUARIBE	CEP: 53400-000
MUNICÍPIO: PAULISTA	UF: PE	HORA DA SAÍDA: 15:06:00

DUPLICATAS

Nº DO PEDIDO:	001
DATA DO DOCUMENTO:	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,
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESORIAS	VALOR DO IP
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NAME / RAZÃO SOCIAL:	FRETE POR CONTA: 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANNT:	PLACA DO VÉHICULO:	UF:	CNPJ / CPF:
ENDERECO:	MUNICÍPIO:				
QUANTIDADE:	ESPÉCIE:	MARCA:	NUMERAÇÃO:	PESO BRUTO:	PESO LÍQUIDO:

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/NISI	CST	CFOP	UND.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IN	ALISTAMENTO ICMS
903275	BARRA P/FIXADOR 13X275 Valor aproximado dos tributos R\$12,84 Fente: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 Fente:IBPT.Lote do Fornecedor: 26097, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	1,00	20,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0702030384	FIXADOR EXT CIRC/SEMI-CIRCUL ROPM:07.02.03.038-4 Valor aproximado dos tributos R\$28,43 Fente: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 Fente: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 Fente: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 Fente: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 ROPM:07.02.03.080-5 Valor aproximado dos tributos R\$36,52 Fente: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: 0451843	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS:	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN:	0,00	VALOR TOTAL DO ISSQN:
---------------------------------	---------------------------	------	---------------------------	------	-----------------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

RESERVADO AO FISCO





PROSMED

PRODUTOS MÉDICOS

CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL

HOSPITAL: MIGUEL ARRAES MEMBRO
PACIENTE: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA N° PROC
CONVÊNIO: SUS
MÉDICO: DR. AUTÔNOMO

NF: _____ N° PEDIDO: _____
N° KIT: _____ PRONTUÁRIO: 135087
DATA: 25 / 03 / 2020

QTDE	CX	ACABAMENTO	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	CÓDIGO	LOTE
02			PARAF. CORTICais N: 80		
	CX.	4,5			
01			PLACA EM T 3x 8 Furos		
			PARAF. CORTICais		
			<u>3</u> , <u>1</u> , <u>1</u> , <u>2</u> <u>30</u> <u>32</u> , <u>34</u> , <u>38</u>		
			CX. PARAF. ESPONJOSO ROSCA total Avulsa		
			<u>1</u> , <u>2</u> , <u>1</u> , <u>3</u> , <u>1</u> <u>40</u> <u>50</u> , <u>70</u> , <u>75</u> , <u>80</u>		
			cx. PLACA LONGA P/ TIBIA PROXIMAL		
01			PLACA 5x 10 Furos	DR	

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

Silvânia F. Marques
COREX-PSI5.164-TE

E/0.11111

PAULISTA, 25 de MARÇO de 2020

~~André Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P.E.: 69416~~

Cirurgião responsável

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

PROSMED
www.prosmeditdacom.br



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **520791**

Usuário: **LUISKNS**

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

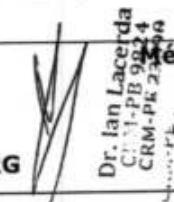
DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA	Prontuário: 135087	
Idade: 41a 1m 28d	Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 12/01/1979
Profissão:	Escolaridade:	
R.G.: 554613918	C.P.F.: 05242529474	Telefone:
Endereço: AVENIDA CAPITAO LUIS REIS DE 1 A 9 ¹ , 457	- ALTO DA BONDADE	CEP 53170075 - 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 :
CLAUDEVAN SOUZA PLANTONISTA Efns.		

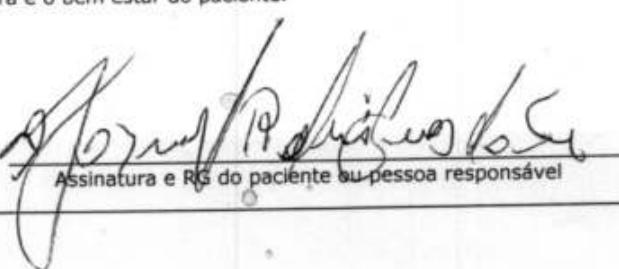
DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: <u>27/10/2020</u>	Hora da Alta: <u>12:00</u>
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: <u>BOM</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>EX ALPOSTO PLASTISOL LP</u>	
Diagnóstico Secundário01.: <u>REVISAO SCI-H-MMA</u>	
Diagnóstico Secundário02.: <u></u>	
Procedimento.....: <u>11/10/2020 LTC 10C + FEE TRANSARTICULAR 30/10/2020 naki com PLACA + PANDUSO 25/10/2020 naki com PLACA + PANDUSO</u>	
*Porém de maneira Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG  Dr. Ian Lacerda CRM-PB 9024 CRM-PB 2396	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 11 de março de 2020


 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 520788
Data e Hora: 11/03/2020 12:18

Senha da Classificação: **P0002**

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

- Prolongado e intenso d^esco de dor na perna

Exame Físico

- Tensão arterial 160/100 mmHg. Coronárias bloquadas
 - pressão arterial 100/60 mmHg. G5 15
 - mal de humor -10 cm na escala anterior
 - dor perna 10 + face posterior de 1/3
 - distal da perna (P)

Hipótese Diagnóstica

DX: desos da perna (D1) exposta.

Prescrição Médica

- Rx: TENS TROMBO
 - SAT VAT LM
 - GENTAMICINA 200mg + 1000SF
 - CINNAMICINA 600mg + 1000SF
 - DIPRIVONA + ADEK
 - TIA 100mg 1.000 + 1000SF

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Dr. Lacerda
Ortopedista-Ortopedia

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____
 () Encaminhado ao setor de internação



FORMULÁRIO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome do Paciente: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Data de Nascimento: 12/01/1979

Nome Social:

Registro: 135087

Data: 11/03/2020

Setor:

Diagnóstico de Internação: FRATURA OSSOS DA Perna DIREITA

Diagnóstico de Saída: Fratura exposta plástica

Internamento anterior na Instituição: () Sim () Não Data: ___/___/___

Uso de antimicrobiano: () Profilático () Terapêutico () Não usou

Precaução/Isolamento: () Padrão () Contato () Gotículas () Aerossóis

Internamento em UTI: () Sim () Não Data de admissão: 11/03/2020 Data de saída: ___/___/___

Cirurgias realizadas:

11/03 LC + DC + TFFC Data da cirurgia: 11/03/2020 Especialidade: _____NATROM PLACA + PLANFUSO Data da cirurgia: 25/03/2020 Especialidade: _____

Data da cirurgia: ___/___/___ Especialidade: _____

Colocação de Implantes Ortopédicos: () Sim () Não Qual: PLACAS + PLANFUSOS

Sinais de Infecção de Sítio Cirúrgico (Critérios Nacionais ANVISA 2017):

() Drenagem Purulenta () Cultura positiva de secreção () Dor () Aumento da sensibilidade () Edema
 () Hiperemia () Calor () Desescrência espontânea () Abscesso

REVISADO

CCIH-HMA

Material Microbiológico:

Tipo de cultura: _____ Data da coleta: ___/___/___ Microorganismo: _____

Tipo de cultura: _____ Data da coleta: ___/___/___ Microorganismo: _____

Tipo de cultura: _____ Data da coleta: ___/___/___ Microorganismo: _____

Protocolo de Sepse: () Sim () Não

Evolução do paciente: Data do evento: 11/03/2020 Tipo de evolução: () alta () óbito () transferência

Assinatura/Carimbo do Médico (a)

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

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

Sala : 0003 SALA 03

Atendimento : 520791

Paciente : 135087

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Carteira :

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Idade : 41 Anos

Leito : 198

ORTO-502-LEITO 002

Dt. Início : 25/03/2020 10:15

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

Cid Prê-Operatório : S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório :

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****SUTURA DRENAGEM - SÍNTese MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM POR FO PREVIA ANTEROMEDIAL COM EXTENSAO PROXIMAL
5. LAVAGEM COM SF 0.9% E DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. REDUÇÃO CRUENTA PROVISORIA COM PINÇA OSSEA E FIO K
7. INCISAO ANTEROLATERAL PROXIMAL COM DISSECCAO POR PLANOS E FIXACAO COM 02 PARAFUSOS DE TRAÇÃO 3,5 MM CORTICAL COM 02 ARRUELAS
8. ESCORREGADO PLACA DE TIBIA PROXIMAL E REALIZADO FIXACAO COM 05 PARAFUSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS E 04 CORTICAIS DISTAIS
9. POSICIONADO PLACA T 4,5 MM MEDIAL E REALIZADO FIXACAO 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 FIJOS

André Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 29416
07/04/2020
CLAUDIA VAN SOUSA
FATURISTA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

REGISTRO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM - BLOCO CIRÚRGICO

Nome: Josue Rodrigues da Silva Data de Nascimento: 12/01/79
 Nome Social: Registro: 135087
 Data: 25/03/2020 Sala Cirúrgica: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6
 Procedimento cirúrgico: TC-Frat. Ossos MID (Tibial) Início: 10:15 Término: 13:30
 Tipo de Anestesia: () Geral () Raqui () Peridural () Bloqueio () Outra: Início: 09:30 Término: 12:45

EQUIPE CIRÚRGICA:
 Cirurgião: Doutor Antônio
 Auxiliar: Doutor Kauê
 Instrumentador: Elaine

Anestesiista: Doutor Julio
 2º Auxiliar:
 Circulante: Silvana

PRÉ-OPERATÓRIO:

Perf. vena geral: () Bom () Regular () Grave () Gravíssimo
 Consciência: () Consciente () Orientado
 Respiração: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado

TRANS-OPERATÓRIO:

Posição cirúrgica: () Dorsal () Ventral () Lateral () Fowler () Trendelenburg () Ginecológica

Paça Cirúrgica: () Sim () Não

Transfusão de sangue: () Não () Sim - Nº und:

Exames laboratoriais: () Sim () Não

Equipamentos: () Oxímetro de pulso () Monitor cardíaco () PNI () Cenógrafo () Bomba de infusão () Artroscópio
() Esturi elétrico - local da placa: MID () Carro de anestesia () Intensificador Outros:

Pr. cedimentos: () Puncão venosa () Sonda gástrica () Cânula orotracveal () SVD () Drenos:
 Pr. Curativo - Local: MID / Tipo: Fechadura

Observações / Intercorrências: Admu. Antb. e paracetamol 2g

POS OPERATÓRIO IMEDIATO

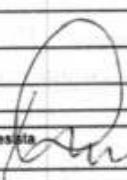
Acordado () Sob narcose () Entubado () Traqueostomizado

Saliente Encaminhado a: () SRPA () UTI () Outros:

Hora: 13:40

Técnico de Enfermagem: Silvana F. Marques
 COREN-PE: 164-TE



FICHA DE ANESTESIA		Data	Hospital Miguel Arraes			Acomodação	
Paciente				Sexo	Cor	Idade	Risco
CRM	Nome do Anestesista	Nome do Cirurgião					
Medicação Pré-anestésica				Urgência	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	
Cirurgia							
Horário	07:20	10:30	11:30	12:30	13:45		
O ₂							
N ₂ O							
Líquidos	1500	2500	2500	1500			
O ₂ e CO ₂	100 - 100 - 100 - 100 - 100 - 100 - 100						
ECG	114 - 114 - 114 - 114 - 114 - 114 - 114						
DIU	220	200	180	160	140	120	
Anestesiador	100	80	60	40	20		
Anestesiador	100	80	60	40	20		
Monitorização	<input type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> BIS	<input type="checkbox"/> Encaminhado	<input type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Intubado	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Observações:
	<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Temperatura	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Vasodilat.	<input type="checkbox"/> Destino	
	<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analizador Gases	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo	<input type="checkbox"/> SRPA	<input type="checkbox"/> Apar./Enf.	
	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> Linha Arterial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Externo	
	<input type="checkbox"/> Capnôgrafo						
	<input type="checkbox"/> Esrat. Pré-Cordial						
	<input type="checkbox"/> Outros						
				Intercorrência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
				Descrever:			
				Observações:			
							
				Assinatura do Anestesista			

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

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL + FERIMENTO EM PÉ DIREITO

DATA DA ALTA: 27/3/2020

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 TORNOZELA;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA PARCIALNO 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 PURULENTA, 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 DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

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

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



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

Num. 73495557 - Pág. 29

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:

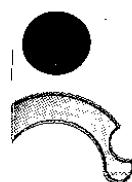
Observações:

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



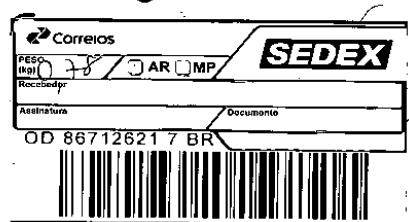


Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



23/10/2020



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO ESTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

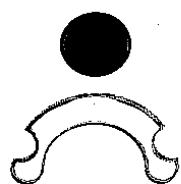
BENEFICIÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
RECO / Ad		Cidade	
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR CENTRO RIO DE JANEIRO CEP: 20011-904		UF / State	PAÍS / Country

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

Num. 73495557 - Pág. 31



Seguro
DPVAT
O Seguro do Acidente de Trânsito

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 DPVATOcial seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Josuel Rodrigues da Silva		81-985054275	
ENDEREÇO / Address			
Rua do Amanhecer, 119, Aguas Compridas			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
53190-010	Olinda	PE	BR
RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE*			
<small>*MATERIAL RECICLÁVEL</small>			



ATENDIMENTO

- DEVOLUÇÃO (Return)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved) | <input type="checkbox"/> FALECIDO (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 IND. (Non-existing Number) |
| <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Unclaimed) | <input type="checkbox"/> OUTROS (Other) |
| <input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent) | |

- TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)
- | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|
| 1 ^a | / | 5 ^a | / | 2 ^a | / | 7 ^a | / | 3 ^a | / | 6 ^a |
|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|
- Informação prestada pelo porteiro ou sínc.
Information provided by doorman or condo manager
- Reintegrado ao serviço postal em _____
- Reinstate to service post

Data ____/____ Responsável -----



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

Num. 73495557 - Pág. 32

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

LIDER
Seguradora
Assumindo o Seguro Social

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 receituários 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)
- 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 Cadáverico (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 Cônjugue (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 Declaração 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:

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Josuel Rodrigues da Silva

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail ed_andrade.silva@gmail.com Tel.: _____

Data 17/09/2020 Assinatura Josuel Rodrigues da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Paraná

Atendente Renate K.S. de Leite Matrícula 9750047044

Data: 17/09/2020 Assinatura: (S)



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS & TELEGRAFOS

Ag: 423941 - AGF BAIRRO DO ARRUDA

RECIFI - PE

CNPJ.: 04284947/00160 Ins Est.: 051011905

COMPROMISSO DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU

CPF/CNPJ.: 09248608000104

Doc. PNL.: 62267655

Contato.: 991288636 Cod. Adm.: 11205709

Carref.: 02267655

Movimentação.: 17/09/2020 Hora.....: 11:30:25

Caixa.: 97934315 Matrícula.: 9756*****

Lançamento.: 018 Atendimento: 00915

Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1882743111

DESCRICAO QTD. PRECO(R\$)

SEGURO DPVAT ATÉ 30 1 24,78+

Valor do Porte(R\$) ..: 24,78

Peso real (G).....: 78

Peso Tarifado:.....: 0,078

Nome Remetente: JONATHAN RODRIGUES 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: 20011-984 (RJ)

Peso real (G).....: 78

Peso Tarifado:.....: 0,078

OBJETO=====> DD8871262178R

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 FATAR

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: RG:

José Luiz Pacheco da Silva
Ass. Responsável.....

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

Considerando o impacto momentâneo do
movimento paralista, somado aos efeitos
restritivos ocasionadas 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 desses objetos poderá ser
realizado pelos remetentes e destinatários
por meio do portal dos
Correios <https://www.correios.com.br/>
ou pelo aplicativo de rastreamento

anhe tempo!

baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
encha sempre em mãos o número do ID Tiquete
este comprovante, para eventual contato com
os Correios.

ST 2 42529474 SARA 8.0.07



Correios

Fale com os Correios: correios.com.br/faleconoscos
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e recomendações)
Ouvir/Dirigir: correios.com.br/ouvidoria
Denúncia: correios.com.br/denuncia

O direito à privacidade é fundamental para a vida privada. Por isso, acreditamos que é importante respeitar a privacidade de todos os cidadãos. Por isso, acreditamos que é importante respeitar a privacidade de todos os cidadãos.



Correios

Fale com os Correios: correios.com.br/faleconoscos
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e recomendações)
Ouvir/Dirigir: correios.com.br/ouvidoria
Denúncia: correios.com.br/denuncia

O direito à privacidade é fundamental para a vida privada. Por isso, acreditamos que é importante respeitar a privacidade de todos os cidadãos. Por isso, acreditamos que é importante respeitar a privacidade de todos os cidadãos.



Correios

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



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@genteseguradora.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 vitima 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

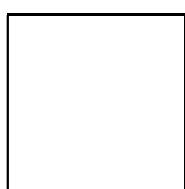
Boletim de ocorrência

Vitima Não Conforme



Documentação médico-hospitalar

Vitima 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

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

