



VALIDA EM TÔDO O TERRITÓRIO NACIONAL

| | | | |
|--|-----------|----------------------|------------|
| REGISTRO Nº | 4.493.761 | DATA DE EXPEDIÇÃO | 23/08/2011 |
| NOME | | | |
| << IVONILDO FERREIRA DE BARROS JÚNIOR >> | | | |
| PESO | | | |
| << IVONILDO FERREIRA DE BARROS >> | | | |
| << MYRTES MARIA WANDERLEY DE BARROS >> | | | |
| MUNICÍPIO DE Nascimento | | DATA DE Nascimento | |
| RECIFE - PE | | 20/03/1975 | |
| DADOS CIVIS << CN-74847 L.A-B1 F.166 V.CART.SEDÉ- VITÓRIA DE STº ANTÃO-PE 19.12.1985 >> | | | |
| FONE | | | |
| 794.699.224-68 | | | |
| SINtURA DO DIRETOR | | | |
| Nº 7118.06.290083 | | | |
| F-45.29.958 - 4433 | | | |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

| | | | |
|---|--------------|----------------------|-----------|
| DETAN - PE | | Nº 014485237660 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO | | | |
| MVA | CÓD. RENAVAM | R.N.I.R.C. | EXERCÍCIO |
| 1 | 591098128 | ***** | 2019 |
| NOME | | | |
| JOSEILDA SEVERINA DOS SANTOS GOMES | | | |
| GRAVATA - PE | | | |
| OFIC / CNPJ | | PLACA | |
| 045-619-844-02 | | PE82519 | |
| PLACA ANT / OF | | CHASSI | |
| ***** / 94 | | 9C2KC168CER140853 | |
| SPECIE TIPO | | COMBUSTÍVEL | |
| FAB / MOTOCICLETA | | ÁLCO/GASOL | |
| MARCA / MODELO | | ANO FAB. ANO MOD. | |
| HONDA / CG150 FAN ES DI | | 2013 2013 | |
| CAP / POT / CIL | | CATEGORIA | |
| 2E/149CL | | PARTIC | |
| COTA ÚNICA | | VENG. COTA ÚNICA | |
| IPVA 2019 QUITADO | | VENG. COTAS | |
| FAIXA IPVA | | PARCELAMENTO / COTAS | |
| A 1 | | ***** | |
| PRÉMIO TAHUFÁHIO (R\$) | | IOF (R\$) | |
| 80.11 | | 0.37 84.58 | |
| PRÉMIO TOTAL (R\$) | | | |
| DATA DE PAGAMENTO | | | |
| 04/02/19 | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| SEM RESERVA | | | |
| GRAVATA | | DATA | |
| Roberto Fornells | | 26/04/19 | |
| Roberto Carlos Moreira Fornells | | | |
| DIRETOR PRES | | | |

DENATRAN

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567690 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS; EXPLORAÇÃO ARTICULAR E OSTEOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

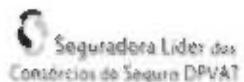
Observações: PG 13 - CIRURGIA @PG 16 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau intenso - 75 % | 37,5% | R\$ 5.062,50 |
| | | Total | 37,5 % | R\$ 5.062,50 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344844/19

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

CPF: 125.240.668-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2019

Titular do CPF: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA : 125.240.668-19

- 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 à 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: 04/10/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVADATA DO ACIDENTE 11/6/19 CPF DA VÍTIMA 125 240 668 19
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIORQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA
ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETONº 13 COMPLEMENTO LIVRAMENTO
CIDADE VITÓRIA UF PE BAIRRO 55602-360
E-MAIL _____ TELFONE (81) 98877-6145MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

IDENTIDADE 4493761ASSINATURA IvoniLdo Ferreira

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA SC Bruna

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567690 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Fratura do calcâneo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta edema em pé direito, limitação dos movimentos da inversão (10 graus) e eversão (5 graus) do pé direito, presença de cicatriz cirúrgica, claudicação da marcha (+++++).

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 15 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567690 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS; EXPLORAÇÃO ARTICULAR E OSTEOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PG 13 - CIRURGIA
@PG 16 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau intenso - 75 % | 37,5% | R\$ 5.062,50 |
| | | Total | 37,5 % | R\$ 5.062,50 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

| | | |
|----------------|----------------------------------|--------------------------|
| Nome: | Járbas Williams de Lira Silva | |
| Nacionalidade: | Brasileira | Estado civil: Divorciado |
| Profissão: | Vendedora | |
| Identidade: | 57.616.00 | CPF: 125.240.668-19 |
| Endereço: | r. Padre Félix Barreto 69 GRANDE | |

DATA DO ACIDENTE: 11/06/19. COBERTURA: INVALIDEZ

OUTORGADO:

| | | |
|----------------|--|------------------------|
| Nome: | IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR | |
| Nacionalidade: | BRASILEIRO | Estado civil: SOLTEIRO |
| Profissão: | | |
| Identidade: | 4.493.761 SSP/PE | CPF: 794.699.224-68 |
| Endereço: | Praça Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO /PE. | |

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: Járbas Williams de Lira Silva

Gravataí/PE 13 de setembro de 2019

LOCAL E DATA:

2º OFÍCIO GRAVATAÍ

Járbas Williams de Lira Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE ITENS DE GRAVATAÍ/PE

Próv. Dr. José da Natividade Nogueira - Sec. Juiz de Paz - Fazenda: Rua Joaquim Nogueira, 15 - Centro - Gravataí/PE - CEP: 59340-000 - Telefone: (011) 3333-0225 - e-mail: juiz@juizdigital.gov.br

Reconheço a firma por autenticidade de: 13/09/2019 14:39:17
JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA. Sou fe

Em testemunho nil da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabelião Substituto

Selo: 0073643.BDX08201901.03731
Custas R\$ 3,89 TSNR R\$ 0,92 Total R\$ 4,81
Consulte autenticidade em www.tjpe.jusbrasildigital.com.br
Usuário: EZTR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344844/19

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

CPF: 125.240.668-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2019

Titular do CPF: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA : 125.240.668-19

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: 04/10/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190567690**

Nome do(a) Examinado(a): **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Padre Cícero, 69 - Gravatá - PE - CEP 55642-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **5761600**

Data e local do acidente: [**11/06/2019**] **Ipojuca, PE**

Data e local do exame: [**10/10/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do calcâneo direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta edema em pé direito, limitação dos movimentos da inversão (10 graus) e eversão (5 graus) do pé direito, presença de cicatriz cirúrgica, claudicação da marcha (+++++).

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 15 dias.

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do pé direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Pé direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567690

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

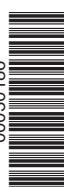
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567690

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

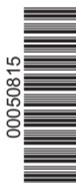
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 23 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190567690**

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JARBAS WILLIAMS DE LIRA 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000000233-X

Conta: 000008563-4

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

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIMA 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: JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA | | 6 - CPF: 12524066819 | | | |
| 7 - Profissão: VENDEDOR | 8 - Endereço: RUA PE CICERO | 9 - Número: 69 | | 10 - Complemento: CASA | |
| 11 - Bairro: CENTRO | 12 - Cidade: GRAVATAI | 13 - Estado: PE | | 14 - CEP: 55642-620 | |
| 15 - E-mail: | | | | | |
| 16 - Tel.(DDD): (81) 98877 6145 | | | | | |

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

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). | | |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> | CONTA: <input type="text"/> | AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |
| Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido. | | |

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|---|
| 23 - Estado civil da vítima: | <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): | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou residiário (aluguel)? <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: <input type="checkbox"/> 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 áqueles 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.

MÓRTE

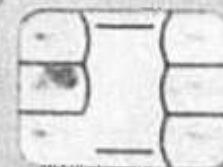
NÃO ALFABETIZADO

| | | |
|---|--|---|
| 34 | 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido | 38 - 1º Nome: CPF: |
| | 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido | Assinatura da testemunha |
| | 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido | 39 - 2º Nome: CPF: |
| | | Assinatura da testemunha |
| 40 - Local e Data: <i>Jaélio Williams Lima Silva</i> | | 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |
| | | 43 - Assinatura do Procurador (se houver) |

PARA SUA SEGURANÇA



-ESTE CARTÃO-ESTA BLOQUEADO.
-CASO DE DESERVOUEIO NÃO SEJA
EFETUADO EM ATÉ 90 DIAS, ESTE PLÁSTICO
SERÁ AUTOMATICAMENTE DESATIVADO.



6112

5061 1550 8137 0012

VALIDO ATÉ

03/24

8 563 - 4

JTBRAZ M L SILVA
0233-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIMA 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: JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA | | 6 - CPF: 12524066819 | | | |
| 7 - Profissão: VENDEDOR | 8 - Endereço: RUA PE CICERO | 9 - Número: 69 | | 10 - Complemento: CASA | |
| 11 - Bairro: CENTRO | 12 - Cidade: GRAVATAI | 13 - Estado: PE | | 14 - CEP: 55642-620 | |
| 15 - E-mail: | | | | | |
| 16 - Tel.(DDD): (81) 98877 6145 | | | | | |

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

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). | | |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> | CONTA: <input type="text"/> | AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |
| Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido. | | |

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|---|
| 23 - Estado civil da vítima: | <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): | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou residiário (aluguel)? <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: <input type="checkbox"/> 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 áqueles 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.

MÓRTE

NÃO ALFABETIZADO

| | | |
|---|--|---|
| 34 | 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido | 38 - 1º Nome: CPF: |
| | 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido | Assinatura da testemunha |
| | 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido | 39 - 2º Nome: CPF: |
| | | Assinatura da testemunha |
| 40 - Local e Data: <i>Jaélio Williams Lima Silva</i> | | 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |
| | | 43 - Assinatura do Procurador (se houver) |

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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00233-X

CONTA: 00000008563-4

Nr. da Autenticação A62E0DDBAFE663F1

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-01674-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

| |
|------------------------------------|
| DADOS DO CLIENTE |
| IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR |
| CPF: 794.689.224-68 |

| |
|--|
| ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA |
| PC PE FELIX BARRETO 13 |
| ULIVAMENTO/VITÓRIA DE SANTO ANTÃO 55602-360 VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PE |

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas Unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

| | | |
|----------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| DATA DE VENCIMENTO | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | CONTA CONTRATO |
| 13/09/2019 | 08/09/2019 | 007006571365 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 0,00 | 2001250677 | 0005363400 |

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| CLASSIFICAÇÃO | B3 COMERCIAL - COMERCIAL |
| | Monofásico |

| | |
|---------------------------|--|
| RESERVADO AO FISCO | 87D7.DD73.38B3.2AED.7329.6DAC.5323.B481 |
|---------------------------|--|

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|--|------------|------------|---------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 163,00 | 0,37952320 | 127,96 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 8,25 |
| Contri. Ilum. Pública Municipal | | | 27,22 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 054718524-08/08/19 | | | 1,11 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 068619481-08/07/19 | | | 1,12 |
| Multa por atraso-NF 072530959 - 07/08/19 | | | 2,62 |
| Juros por atraso-NF 072530959 - 07/08/19 | | | 0,39 |
| Alimentação IGPM-NF 072530959 - 07/08/19 | | | 0,15 |
| TOTAL DA FATURA | | | 168,92 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | PIS | COFINS |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPPOSTO | BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPPOSTO |
| 136,31 25,00 34,07 | 136,31 0,81 1,10 | 136,31 3,72 5,07 |

| Tarifas Aplicadas | | HISTÓRICO DO CONSUMO | |
|--------------------|-----------|----------------------|--|
| Consumo Ativo(kWh) | 8.5493300 | kWh | |
| SET | 19 | 103 | |
| AGO | 19 | 103 | |
| JUL | 19 | 160 | |
| JUN | 19 | 164 | |
| MAI | 19 | 170 | |
| ABR | 19 | 171 | |
| MAR | 19 | 180 | |
| FEV | 19 | 168 | |
| JAN | 19 | 120 | |
| DEZ | 18 | 154 | |
| NOV | 18 | 138 | |
| OUT | 18 | 138 | |
| SET | 18 | 128 | |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | |
|---|------------------------|---------------|-------------|------------|------------|--------------------|---------------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ATUAL DATA | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
| 00000003#11092258 | CAT | 07/08/2019 | 10.427,00 | 08/09/2019 | 10.580,00 | 39 | 1.00000 0,00 163,00 |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/10/2019 | | | | | | | |
| DURADAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO | CONSUMO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL | jul/2019 | |
| DIC-No de horas sem Energia | VITÓRIA DE SANTO ANTAO | 0,00 | 5,78 | 11,48 | 23,16 | | |
| FIC-No de vezes sem Energia | | 0,00 | 3,20 | 5,60 | 12,30 | | |
| DMBC-Duradura máxima de Interrupção contínua | | 0,00 | 5,37 | 0,00 | 0,00 | | |
| DIGR-Duradura de Interrupção em dia crítico | | | | | | Linha DICRI: 12,22 | |
| EUSD-Valor da Encargos de Uso + R\$ 48,65 | | | | | | | |
| <i>Nota: O consumidor pode auxiliar a apuração das Indicadoras DIC, FIC, DMBC e DIGR a qualquer tempo</i> | | | | | | | |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES | | | |
|--|--|--|--|
| Pague no ponto mais perto de Você! ag correios Wagner: avenida mariana amâlia metrô / magazin comercial farmácia: rua primitivo de miranda 197 centro lista completa em www.celpe.com.br . | | | |
| Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . | | | |
| Cobrança ICMS sobre subvenção-CDE, conforme Decreto Estadual 35.459/13. | | | |
| O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. | | | |
| Pág. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês. | | | |
| O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. | | | |

| NÍVEIS DE TENSÃO | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|--|
| TENSÃO NOMINAL(V) | | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | |
| MINIMO | | MÁXIMO | |
| 220 | | 202 | |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | |

| FATÃO DE PAGAMENTO | | | |
|---|--|--|--|
| Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahnoto será usado em leitora ótica. | | | |

DESTAQUE AQUI

| | | | |
|----------------|---------|--------------------|------------|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO |
| 007006571365 | 09/2019 | 0,00 | 13/09/2019 |

| | |
|-------------|-----------------------|
| FATURA PAGA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |
| | |

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-01674-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

| |
|------------------------------------|
| DADOS DO CLIENTE |
| IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR |
| CPF: 794.689.224-68 |

| |
|--|
| ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA |
| PC PE FELIX BARRETO 13 |
| ULIVAMENTO/VITÓRIA DE SANTO ANTÃO 55602-360 VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PE |

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas Unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

| | | |
|----------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| DATA DE VENCIMENTO | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | CONTA CONTRATO |
| 13/09/2019 | 08/09/2019 | 007006571365 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 0,00 | 2001258677 | 0005363400 |

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| CLASSIFICAÇÃO | B3 COMERCIAL - COMERCIAL |
| | Monofásico |

| | |
|---------------------------|--|
| RESERVADO AO FISCO | 87D7.DD73.38B3.2AED.7329.6DAC.5323.B481 |
|---------------------------|--|

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|--|------------|------------|---------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 163,00 | 0,77952320 | 127,96 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 8,25 |
| Contri. Ilum. Pública Municipal | | | 27,22 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 054718524-08/08/19 | | | 1,11 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 068619481-08/07/19 | | | 1,12 |
| Multa por atraso-NF 072530959 - 07/08/19 | | | 2,62 |
| Juros por atraso-NF 072530959 - 07/08/19 | | | 0,39 |
| Alimentação IGPM-NF 072530959 - 07/08/19 | | | 0,15 |
| TOTAL DA FATURA | | | 168,92 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | PIS | COFINS |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPPOSTO | BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPPOSTO |
| 136,31 25,00 34,07 | 136,31 0,81 1,10 | 136,31 3,72 5,07 |

| Tarifas Aplicadas | | HISTÓRICO DO CONSUMO | |
|--------------------|-----------|----------------------|--|
| Consumo Ativo(kWh) | 8.5493300 | kWh | |
| SET | 19 | 103 | |
| AGO | 19 | 103 | |
| JUL | 19 | 160 | |
| JUN | 19 | 164 | |
| MAI | 19 | 170 | |
| ABR | 19 | 171 | |
| MAR | 19 | 180 | |
| FEV | 19 | 168 | |
| JAN | 19 | 120 | |
| DEZ | 18 | 154 | |
| NOV | 18 | 138 | |
| OUT | 18 | 138 | |
| SET | 18 | 128 | |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | |
|---|------------------------|---------------|-------------|------------|------------|--------------------|---------------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ATUAL DATA | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
| 00000003#11092258 | CAT | 07/08/2019 | 10.427,00 | 08/09/2019 | 10.580,00 | 39 | 1.00000 0,00 163,00 |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/10/2019 | | | | | | | |
| DURADAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO | CONSUMO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL | jul/2019 | |
| DIC-No de horas sem Energia | VITÓRIA DE SANTO ANTAO | 0,00 | 5,78 | 11,48 | 23,16 | | |
| FIC-No de vezes sem Energia | | 0,00 | 3,20 | 5,60 | 12,30 | | |
| DMBC-Duradura máxima de Interrupção contínua | | 0,00 | 5,37 | 0,00 | 0,00 | | |
| DIGR-Duradura de Interrupção em dia crítico | | | | | | Linha DICRI: 12,22 | |
| EUSD-Valor da Encargos de Uso + R\$ 48,65 | | | | | | | |
| <i>Nota: O consumidor pode auxiliar a apuração das Indicadoras DIC, FIC, DMBC e DIGR a qualquer tempo</i> | | | | | | | |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES | | | |
|--|--|--|--|
| Pague no ponto mais perto de Você! ag correios Wagner: avenida mariana amâlia metrô / magazin comercial farmácia: rua primitivo de miranda 197 centro lista completa em www.celpe.com.br . | | | |
| Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . | | | |
| Cobrança ICMS sobre subvenção-CDE, conforme Decreto Estadual 35.459/13. | | | |
| O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. | | | |
| Pág. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês. | | | |
| O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. | | | |

| NÍVEIS DE TENSÃO | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|--|
| TENSÃO NOMINAL(V) | | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | |
| MINIMO | | MÁXIMO | |
| 220 | | 202 | |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | |

| FATÃO DE PAGAMENTO | | | |
|---|--|--|--|
| Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahnoto será usado em leitora ótica. | | | |

| | |
|--------------------|------------------------------|
| FATURA PAGA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |
|--------------------|------------------------------|

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu IVONILDO FERREIRA DE B.JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.699.224-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JARBAS WILLIAMS DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.240.668-19, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JARBAS WILLIAMS DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.240.668-19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

| | | | |
|--|---|------------------------|--------------------------|
| Endereço PC PE FELIX BARRETO | | Número 13 | Complemento |
| Bairro LIVRAMENTO | Cidade VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | Estado PE | CEP 55602-360 |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | 81 98877-6145 |

VITÓRIA _____ de _____ de _____
Local e Data

Ivonildo Ferreira de Barreto Júnior
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintoria: 0800 021 91 35

Eu, Josilda Severina dos Santos

RG nº 677.0159, data de expedição 15/11/2020

Órgão SDS, portador do CPF nº 043.619.844-02,

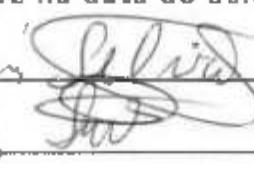
com domicílio na cidade de Gravatá, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rom. Ricardo de Castro Vilela, nº 90

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jairles. Willian de Souza 
Jairles. Willian de Souza 

Veículo: motocicleta Modelo: Fan 650i Ano: 2013/2014

Placa: P65 2519 chassi: 3E2KE1680ER7440653

Data do Acidente: 11/06/19

Local e Data: Gravata, 13 de setembro de 2019



Josilda Severina dos Santos

Assinatura do Declarante

Jairles. Willian de Souza

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE GRAVATA/PE
de São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

Av. Almirante Tamandaré, 22 - Centro - CEP: 13.000-200 - Fone/Fax: (17) 3331-0225 - e-mail: certidao.certidao@jpe.jus.br

Reconheço a firma para autenticidade de: 13/09/2019 08:22:48
JOSEILDA SEVERINA DOS SANTOS. Deu fe

Em testemunho:  da verdade.

Steely Augusto Silva Chaves
Tabelião Substituto

Selo: 0073843.JRG08201901.01203
Custas R\$ 3,89 TSNR R\$ 0,97 total R\$ 4,86
Consulte autenticidade em www.tjepe.jus.br/selodigital
Centro: EZIR



ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

| | | | | | |
|------------------------------------|---|----------------------|---|---------------------------|---|
| Perda de Consciência: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Episódio Epileptico: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Acidente de Trabalho: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Acidente de Trabalho: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Tipo: | | | |
| Colisão: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Tipo: | | Motorista: | <input type="checkbox"/> |
| Alcoolemico: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Local do Impacto: | | Passageiro: | <input type="checkbox"/> |
| Vítima de Furtos: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Tipo: | | Balas/Quebra: | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Altura: m |
| Quimaduras: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Por: | | Transporte realizado por: | |
| Condições de mobilização Adequada: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Por: | | | |

EXAMES FÍSICOS:

Traqueia / Sono e m Color
n / pressão?

EXAMES SOLICITADOS: LABORATÓRIAS:

NH4 + TUB

DIAGNÓSTICO:

| | | | |
|------------------------|-------------------------------------|---|--|
| EXAMES ESPECIALIZADOS: | <input type="checkbox"/> TOCOGRAFIA | <input type="checkbox"/> RESONÂNCIA MAGNÉTICA | <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA |
| | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA | <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA <input type="checkbox"/> LCR |

PRESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: / / HORA: / :

D 16/06/2016 00:00 OK

D 16/06/2016 00:00:00

16/06/2016 - 00:00:00
Trauma Link
16/06/2016 - Trauma Link
16/06/2016 - Trauma Link

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: SIM NÃOCLASSIFICAÇÃO PESARVA:

DEFINIÇÃO DO CASO:

CONDICÃO DE ALTA:

INTERNAÇÃO CIRURGIA CBTO TERMO DE ALTA PEDIDO EVACUADO

CURADO

MELHORADO

TRANSFERIDO PARA:

MÁLTERRADO

PIORADO

INTERNADO NA CLÍNICA:

OBITO

491-5+03+PG

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME:

ASSISTENTE SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS: ALTA TRANSFERÊNCIA EXAME EXTERNO

ASSISTENTE SOCIAL

OBSERVACOES:

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAÇÃO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: COREN: MED CO CRM: DATA: / / HORA:

TERMOS DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAÇÃO:

Estou ciente das normas existentes neste hospital, assinando integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome profissional: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

TERMOS DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

Reconheço-me pelo imediato retorno do paciente desta instituição, bem como falso absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possa advir.

Data: _____ Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Evolução Clínica

Nome: Jarbas Williams de Sá Registro: 113359

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

| Data/Hora | Serviço Social |
|------------------|--|
| 11/06/19 | Realizado atendimento social com espera do paciente. Prestado esclarecimento acerca do seu atendimento, duração das vacinas e SUS. Maria Cecília do Nascimento Assistente Social CRESS nº 7692 - 4º Região PE |
| 12/06/19 #TR 047 | Paciente DFL, espécie homossexual, quando programação cirúrgica. |
| 12/06/19 | # cardio + de 500 seus queixas eram tolerância aos esforços |
| | Antecedentes: HAS 0, ADO, AAC 0, AVC 0 Tec 0, Insu 0, STO 0 |
| | ECG - espúcio, apical, evidente coração e seu edema AM = 11000 UMA RV = Memória de separação (FC = 75 bpm e PA = 130x80 mmHg) |
| | ECG-MS ecocardiograma = +60° (normal) conclusão: apto para cirurgia classe I |

Dr. Fernando Barros Filho
 Cardiologista / Ecocardiografia
 CRM-PE 14855



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

| Data/Hora | |
|-----------|---|
| 12/06/19 | # Serviços Sociais Realizado encontros com familia hospitalar e familia de paciente. |
| 13/06/19 | # TIC OT Sbe Paciente segue estabil sem quim Liquigás programado amanhã |

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: JOAQUIM WILLIANO DE LIMA SILVA Registro: 117354 Nº Atendimento: SC5446
Idade: 50 Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Leito: _____ Ocupação: _____

Quesita Principal e Duração: Doer na testa ()

História da Doença Atual:

DC crônico autonomobilista
motorista

Interrogatório Sintomatológico:

Doer à mobilidade de vez

Exame Físico:

1º CIDE, orientado, Glasgow 15
NEUROLOGICO PRESENTE
mobilidade.

Antecedentes Pessoais:

VG

Medicações em Uso

Q

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Frot. coliforme D

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

nit. Hon

Cabo de Santo Agostinho, _____ / _____ / _____

Dr. Igor Aburral
Médico CRM-PE 3777

17 JUN 2010

Assinatura e Cântido



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 505406

Senha da Classificação:

0036

Data e Hora: 11/06/2019 14:59

Paciente: 117394 JARBAS WILLAMS DE LIRA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 08/09/1968 Idade: 50 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA

Nome do Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: RUA PADRE CICERO

69

Bairro: NOSSA SENHORA DAS GRACIAS

Cidade/UF: GRAVATAI PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

Data de Emissão:

Fone: 998689375

RG (Identidade):

Data de Emissão CRN:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Cartão SUS:

11/06/2019

11/06/2019

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

PCTG VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. VEGO PERTA DA
CONSCIENCIA E U VERMELHA. REFUGIO DE GM HEMORRAX D
GLCZ(D)

Exame Físico

PCTG VITIMA CONSCIENTE, GM VERMELHA, UVEZ UMA CUM
PROVENIENCIA, MENTALMENTE TEC (D) PRESENTE
DB DOME INCRETA CBS: PCTG DCL GM 5500
CCUT GESTAL
AC RX: FRAT GM COLICAS

Hipótese Diagnóstico

Prot. colicase +

Conduita Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIMENTO: SFC/SI (com) TOJAMPO - HAMOL (D)
2 1 DX SRNG TROXIMA
3 14 TC FR + TEC (D) SI (constrito)
AVOIDAR CERURGIA

AVOIDAR

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LERG DO PACIENTECarimbo/Medico
Dr. [ilhavido]
Medico/Cirurgico

11 JUN 2019

RAIO-X

| RAIO-X | | |
|---------|--------------------------|---------------------|
| DATA | LOCAL DO CORPO | QUANTIDADE DE FILME |
| 11/6/15 | Coluna cervical torax | 3 |

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/06/2019 14:22



Nome Paciente: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/09/1968
Sexo: Masculino
Idade: 50
Senha: 0036
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/06/2019 14:40 - 11/06/2019 14:49

ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGÊNCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO.
APRESENTANDO FRATURA EM MID E REFERE DOR EM FLANCO ESQUERDO

✓ Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 8
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 130.00 MMHG

Acolhido(a) por: ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/06/2019 14:49

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Identificação do Paciente: 505428

Data e Hora do Atendimento: 11/06/2019 18:10

Endereço do Atendimento: LAZARONI

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JARBAS WILLAMS DE LIRA SILVA

Prontuário: 117394

Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA

Nome do Pai: NAO DECALRADO

Data do Nascimento: 08/09/1968

Idade: 50 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF: 12524066819

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898005914485675

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA PADRE CICERO

69

NOSSA SENHORA DAS GRACAS

CEP: 55642620

PE

Fone: 998689375

Cidade: GRAVATA

DADOS DO ATENDIMENTO

Figem: SAMU

CRM: 17726

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Evângelia C. Dias de Souza

19 JUN 2019

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leito: LEITO 10

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 11/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

gnostico:

Procedimento:

Alta em: 11/06/19

Horas:

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

Dr. Leonardo Carrejo
CRM 13594 - Traumatologista
TEOT 117394

Hospital Dom Helder Câmara
Atendimento
Saúde/Faturamento

CCIH
ospit. Dom Helder Câmara
12/06/19



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA**, prontuário nº 1176141, admitido neste hospital em 14/06/2019 com diagnóstico de Fratura de calcâneo direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 19/06/2019.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

| | | | | |
|---|---------------------|---|--|------------------------------------|
| SUS Sistema Único de Saúde | Ministério de Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | Folha 1/2 |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | 2 - CNES | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | | | |
| 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | | |
| Identificação do Paciente | | HSA | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO | | |
| JARBAS WILLIAMS DE LIRA-SILVA | | 846474 | | |
| 7 - CLASSEACIONAL DE SAÚDE (CDS) | | 9 - DATA DE NASCIMENTO | | |
| 10 - NOME DA MÃE | | 10 - SEXO | | |
| 11 - NOME DO RESPONSÁVEL | | 11 - FONE DE CONTATO | | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, Bairro) | | 13 - FONE DE CONTATO | | |
| 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO - 16 - UF - 17 - CEP | | |
| 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE METERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | | |
| 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR | | 22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR | | |
| 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | 24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA | | |
| 25 - DESCRITIVO DA MUDANÇA | | 26 - CÓD. PRINCIPAL | 27 - CÓD. DE SECUNDÁRIO | 28 - CÓD. DE CAUSAS ASSOCIADAS |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | | |
| Trat. Cir. de Fratura de Calcâneo Direito + Osteotomia Exploração Articular. | | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | |
| 31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI EAO, DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | 0408050535 / 0408060190 | | |
| DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | DIÁRIA DE UTI TIPO I | DIÁRIA DE UTI TIPO II | DIÁRIA DE UTI TIPO III |
| Parafusos, Cervicais N° 30/01 ; 40/01 | | 0 7 0 2 0 3 0 6 9 4 | 0 2 | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 32 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | |
| Flx de K | | 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | |
| 33 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | |
| 41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | | | | |
| Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Calcâneo Direito. Evoluindo com dor e edema local. | | | | |
| Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado. Alta Hospitalar após melhora. | | | | |
| DR. HENRIQUE BARBOSA | | PROFISSIONAL SOLICITANTE | | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | 45 - 17/06/19 - DATA | | |
| 46 - DOCUMENTO | | 47 - N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 48 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 49 - CNS | | 50 - 17746226440 | 51 - REGISTRO DO CONSELHO | |
| 52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 53 - AUTORIZAÇÃO | | |
| 54 - DOCUMENTO | | 55 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 56 - ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CRM/SC/MS | |
| 57 - DATA | | 58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | |
| 59 - DOCUMENTO | | | | |
| 60 - ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CRM/SC/MS | | | | |
| 61 - DATA | | | | |

CÓD: 1192

SUS - PE / SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

HOSPITAL SANTO AMARO

| | | | | |
|---|-----------------|-------------------------------|-------------------------|--------|
| Nome do Paciente: | | Jarbas Williams de Lira Silva | | |
| Nome da Mãe: | | | | |
| Clinica: | Ortopédica | Enfermaria: | São Luiz | Leito: |
| Prontuário: | 646474 | | Nº AIH | A2 |
| Diagnóstico inicial (Constante no Laudo Médico) | | | CID: | |
| Fratura de Calcâneo Diteito | | | | |
| Procedimento solicitado: | | | Código: 0408060190 | |
| Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Direito + Exploração Articular + Osteotomia | | | 0408050535 / 0408060123 | |
| Tempo de Permanência Previsto: | | | | |
| Procedimento Realizado: | | | Código: | |
| O Mesmo | | | | |
| Cód. | Equipe | Nome | Matricula Nº | |
| 1 | Cirurgião | Dr. Henrique Barbosa | 10531 | |
| 2 | 1.Aux Cirúrgico | | | |
| 3 | 2.Aux Cirúrgico | | | |
| 4 | 3.Aux Cirúrgico | | | |
| 5 | Anestesista | Dr. Breno Fonseca | 13034 | |
| 6 | Clinica Médica | | | |

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

| | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mudança de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> | Uso de Prótese, Órtese |
| <input type="checkbox"/> | Diária UTI | <input type="checkbox"/> | Uso de Fat. De Coagulação |
| <input type="checkbox"/> | Diária de acompanhante | <input type="checkbox"/> | Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> | Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> | Nutrição Parenteral |
| <input type="checkbox"/> | Longa Permanência | <input type="checkbox"/> | |

RESUMO DE CASO

Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Calcâneo Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----|
| Diagnóstico Principal: | Fratura de Calcâneo Direito | CID |
| Diagnóstico Secundário: | | CID |

Ativo da Alta:

Curado Melhorado Transferência Óbito A pedido Outros

| | | | | | |
|--------------------|----------|------------|----------|-------------------------|---------|
| Data Internamento: | 14/06/19 | Data Alta: | 19/06/19 | Dias de Hospitalização: | 05 DIAS |
|--------------------|----------|------------|----------|-------------------------|---------|

Registro: 646474 Prontuário: 1176141 Data de Nascimento: 08/09/68 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: **SEVERINA DE LIRA SILVA**
CPF: 12524066819

Data: 17/06/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 17/06/2019-13:19

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Calcâneo Direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Calcâneo Direito

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Direito + Osteotomia + Exploração Articular

Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão lateral do pé;
4. Abordagem por planos;
5. Dissecção por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado exploração articular a partir de osteotomia(abertura de janela óssea), realizado redução do foco da fratura com aposição de 01 placa bloqueada p/ calcâneo + parafusos de bloqueio + parafusos corticals + fios de k. Verificado boa aposição dos implantes;
6. Limpeza com SF 0,9%;
7. Sutura por planos;
8. Curativo;
9. Tala gessada tipo bota;
10. RX de controle;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 22/06/2019 06:23:27.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 646474 Prontuário: 1176141 Data de Nascimento: 08/09/68 Idade: 50 ANO(S)

Nome do Paciente: **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: **SEVERINA DE LIRA SILVA**

CPF: 12524066819

Data: 17/06/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 22/06/2019 06:23:27.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "HENRIQUE COSTA BARBOSA".



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO

Convênio SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

Jahos W. d' hys Shy

010-55209

AN, +25 M

PCS O P. ESTA

de reabilitação

Fundo AFIA
90 Enrolado) 91 AS

06/11/13

Luzia Gomes
CRM 1031
Médica de Reabilitação

Cód.: 1226

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade desse relatório é agilizar a avaliação da invalidade permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jarbas Williams de Lima Silveira

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

11/06/2019

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

11/06/2019

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jarbas Williams de Lima Silveira

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente vítima de acidente de trânsito com queda de moto com Fratura calcânea direita com dificuldade

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

No atendimento com movimentos pé direito bem preguelados. Presença de material de osteosíntese

EXSTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

SIM NÃO Fisio Kirschner e placas. Marcha com dor residual 80%.

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Segunda fratura calcânea direita com
- 2º material ortopédico intrínseco.
- 3º Alta médica ortopédica e fisioterápica.
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Vitoria Sto Antônio 19/09/19

Abreus
Local: Vitoria Sto Antônio CRM 00027
Data: 19/09/19 Assinatura e Carimbo

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

