

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo de Sobral,
RG nº 5-553.079, data de expedição 27/03/2012
Órgão _____, portador do CPF nº 025.866.704-40, com
domicílio na cidade de Panellas, no Estado de
PE, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Povoado de Cruzes, nº 17,
complemento Passagem, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José William dos Santos cujo o condutor era
José William dos Santos.

Veículo: Motor
Modelo: Nanda 10G 150 TITAN 1.5
Ano: 2009 / 2009
Placa: KJS 4773
Chassi: GC2KE15409R026337
Data do Acidente: 19.08.2018
Local e Data: Jurema PE. 19.09.2018

CARTÓRIO
Ofício RGI - Jurema - PE
Souza Ferraz

ARUANA SEGRADORA
03 DEZ 2018

* Paulo de Sobral
Assinatura do Declarante

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

PE CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RGI, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jordana de Lucena, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 55480-000 - Fone: (07) 8512-5594
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituto: Edilma Maria da Silva

Reconheço a(s) Firma(s): << POR AUTENTICIDADE >>

<< PAULO DE SOBRAL >>

SELO Nº: 0152439.WMRO6201801.04286

SELO Nº:

Doc. nº: Jurema (PE) 19/09/2018

Emolumentos: R\$ 3,00

TCAN: R\$ 0,75

FERD: R\$ 0,30

Total: R\$ 4,05

Em testemunho da verdade.

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã Substituta

Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã

Consulte Autenticidade em: www.tpe.pe.br/validar

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10
Rua Jordana de Lucena, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
CARTÓRIO GERAL DE PROTESTOS, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
REGISTRO PELO ATO Nº 1656 DA
LEGISLAÇÃO INSTITUCIONAL Nº 22 DE
2012 JULHO DE 1992

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF**².

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 Rosmery Formosinho da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.994 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José William dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.108.884 / 31 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima José William dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.108.884 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso inf Renda: recuso inf e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Santa Maria da Boa Vista</u>		<u>700</u>	<u>casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jardim Panorama</u>	<u>Caruaru</u>	<u>PE</u>	<u>55038-180</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>rose_mere208@yahoo.com.br</u>	<u>181 99215 1674</u>		<u>181-9-9616-4678</u>

Caruaru PE 23 de Novembro de 2018
Local e Data

Rosmery Formosinho da Silva
Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

Prontuário: 000023452

DATA: 19/08/2018	HORA: 17:59	Criado por VALDIRENE em 19/08/2018 18:02	
NOME: JOSE WILA DOS SANTOS		PROFISSÃO: AGRICULTOR	
DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1987		IDADE: 31	COR: Parda
SEXO: Masculino		ESTADO CIVIL: Casado(a)	
CARTÃO DO SUS:		RG:	
ENDEREÇO: RUA CORONEL MELINO 51		CEP: 55470-000	
CIDADE: PANELAS		BAIRRO: CRUZES	
MÃE: MARLENE XAVIER DOS SANTOS			
ACOMPANHANTE: PRIMO			

MÉDICO PLANTONISTA: DR.º

QUEIXAS PRINCIPAIS/HDA

Ex: alcoolizado, queda de moto $h = 30 \text{ m}$
Negar = semito + síncope, não fazer um exame

PRESSÃO ARTERIAL: 110x70		TEMPERATURA:
PESO:	PULSO:	HGT: VALIDO SOMENTE COM O

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

2) ~~SC 5% 1000 ml~~ ~~2º~~
 3) Flavilol q + ps (TU)
 4) Dipirona q + ps (TU)
 5) Observação 6h
 6) Voltar em 1 amp IM:

VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE
AUTENTICIDADE E FIDELIZAÇÃO

009201801.00197 AUTENTICACAO

Certifico que este documento
é uma cópia fiel do original
significado no Juízo Criminal

JUICIAO CRIMINAL

Vera Lúcia Foz de M. Silveira
Tábia Substância

Ana Paula Correia da Silva
COREP 0001.028.000 TE

38:25

Dra. Wiegda Viana
CRM 24460
19 AGO. 2018

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ- 00.775.273/0001-10

ASSINATURA – CRM

Rua Jander de Souza, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
REGISTRO CIVIL DE IMOVEIS, PROTESTOS,
TÍTULOS, CUCUMBITOS E ANEXOS.
COMERCIO VELDATO Nº 1656 DA
EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 22 DE
20 DE JULHO DE 1982.

CRM
ARUANA SEGURODORA
03 DEZ 2018



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOELSON TIBURCIO OLIVEIRA LOPES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA STA MARIA BOA VISTA 700

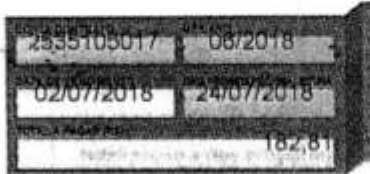
CPF: 026.518.304-21

JARDIM PANORAMA/CARUARU
CARUARU/PE
55038-180

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásica

PERÍODO DE FATURAMENTO
02/07/2018 a 24/07/2018

PERÍODO DE FATURAMENTO
21/06/2018 a 03/07/2018



DESCRIÇÃO DA QUANTIDADE	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	100,0000000	0,73977710	73,97
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,73
Acrescimo Bandeira VERMELHA			10,27
Contribuição Iluminação Pública			13,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 014097588 - 23/04/18			1,25
Multa por atraso-NF 017881836 - 23/05/18			2,74
Multa por atraso-NF 014097588 - 23/04/18			2,75
Juros por atraso-NF 014097588 - 23/04/18			1,79
Juros por atraso-NF 017881836 - 23/05/18			0,41
Atualização IOPM-NF 014097588 - 23/04/18			2,48
Atualização IOPM-NF 017881836 - 23/05/18			0,53
TOTAL DA FATURA			182,81

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FURÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
							1,00000		100,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
PERÍODO	DATA	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)	PERÍODO	DATA	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
JAN 18	180				Transmissão	18	8,71	4,26%	
MAR 18	180				Distribuição (Celpe)	18	21,08	10,34%	
ABR 18	207				Perdas de Energia	18	9,08	4,27%	
MAR 18	180				Energia Retornada	18	8,07	3,77%	
FEV 18	177				Tributos	18	48,33	23,44%	
JAN 18	226				Total	18	107,37	100%	
DEZ 17	232								
NOV 17	203								
OUT 17	171								
SET 17	274								
AGO 17	218								
JUL 17	278								
JUN 17	181								

Nota: O Cliente deve pagar a fatura de energia elétrica antes do vencimento, sob pena de incidência de multa e juros. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas vigentes. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou pessoais decorrentes de uso incorreto da energia elétrica.

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 074.108.884-31 Nome completo da vítima: José William dos Santos

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

Nome completo: José William dos Santos CPF: 074.108.884-31
Profissão: Atendente Endereço: Rua Cel. Melina Número: 93 Complemento: casa
Bairro: Cruzeiro Cidade: Panema Estado: PE CEP: 55470-000
E-mail: jose-mere2008@yahoo.com.br Tel.(DDD): 83 99215-1674

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3388 4 CONTA: 18.259 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ 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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Panema, 07/12/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José William dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 146ª. CIRCUNSCRIÇÃO - JUREMA - DP146ªCIRC DINTER146ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0236000246**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2018** às **10:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/8/2018** no período da **Tarde**

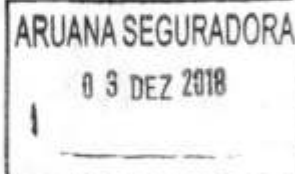
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JUREMA, 1, VIA PÚBLICA - Bairro: QUEIMADAS - JUREMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS (VÍTIMA) ✓

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLENE XAVIER DOS SANTOS Pai: AURELIANO XAVIER DOS SANTOS Data de Nascimento: 3/2/1987 Naturalidade: PANELAS / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PANELAS, 61, RUA CORONEL MELINHO - CEP: - Bairro: - PANELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO HONDA CG 150CC (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a):, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN K5** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **3000,00 (REAL)**

Placa: **KJ54773 (PERNAMBUCO/PANELAS)** Renavam: **129384768** Chassi: **9C2KC15109R026317**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

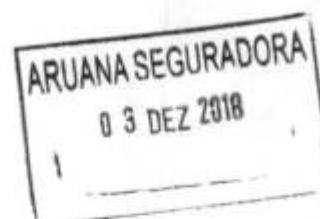
COMPARECEU A ESTE DEPARTAMENTO DE POLÍCIA O QUEIXOSO INFORMANDO SOBRE O ACIDENTE EM VEÍCULO AUTOMOTOR, OCORRIDO PRÓXIMO A BARRAGEM DOS ALMEIDAS, SEGUNDO O QUEIXOSO A REFERIDA BARRAGEM

FICA PRÓXIMO AO POVOADO DE QUEIMADAS DE JUREMA, QUE O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA QUIÊRIA, EM JUREMA/PE.

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

JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDUARDO FRANKLIN SOARES DE MOARAIS SILVA** - Matrícula: 3919404



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180567424

Vítima: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180567424**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13673622



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02388-4

CONTA: 000010018259-3

Nr. da Autenticação CA43D2CD078843ED

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

João William dos Santos

DATA DO ACIDENTE

17/08/18

CPF DA VÍTIMA

07410888431

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Resumo Ferreira

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

() VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Rua Santa Maria das Vistas

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

Jal Panoram

CIDADE

Curitiba

UF

PR

CEP

55038-180

E-MAIL

TELEFONE

(81) 992451674

MARQUE (X) 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, TAIS 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, TAIS 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA

08/12/18

IDENTIDADE

ASSINATURA

Resumo F. de Melo

RESPONSÁVEL PELA ATUALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGURO
12/12/18
[Assinatura]

DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 011713195067
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	129394769	*****	2015

NOME
PAULO DE SOBRAL

CIDADE
PANELAS-PE

CPF / CNPJ	PLACA
025.666.704-42	KJ34773

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** / PE	9C2KC15109R026317

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN K3	2009	2009

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
29/149CL	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA 2015 QUITADO		1ª *****
Faixa IRVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
1	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL	DATA
PANELAS	04/03/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 011713195067 BILHETE DE SEGURO DPVAT
PAULO DE SOBRAL

TRAVESSA CORONEL MELINHO 17 55470-000
CASA CRUZES PANELAS-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	04/03/15

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	025.666.704-42	KJ34773

RENAVAM	MARCA / MODELO
129394769	HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO FAB.	CAL. TAMB.	Nº CHASSI
2009	09	9C2KC15109R026317

PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567424 **Cidade:** Jurema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILLIAM DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

CARUANA SEGURODORA
10 3 DEZ 2018

Receituário



João de Deus

Jose Willom da Santa, 31 anos, do
Vilão de acidente de moto quando
teve colisão em Quermados. Recebeu
atendimento no local pelo SAMU, com
encaminhamento do furo para família
hospital repicar do Afreite em 13/08/2018
Diagnóstico de fratura de punho
direito. Transferido para o hospital
para reparo (Regra) com realiza-
ção de cirurgia em 23/08/2018 com si-
tuatise com placa e parafusos, com
alto em 24/08/18. Raio x com material
de síntese 03 parafusos e placa.
Apresenta cicatriz de 07cm em face ante-
rior de anelproso direito
Recebeu alto de família. Sepulchro fêmea

Consulte a padronização de
medicamentos do seu hospital

CRM: 562
Rua Artur Antônio Silva, 100 - Caruaru - PE
Fone: 81 2103.8600 Cep: 55.015-445 - Caruaru - PE
Dra. Mircia Virginia
Médica
CRM - 11016

NOME: JOSÉ WILLIAM DOS SANTOS

REGISTRO: 120960

DATA DA CIRURGIA: 23/08/2018

ALTA: 24/08

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PUNHO

TRATAMENTO: PLACA + PARAFUSOS

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 13/09

07:00h manhã

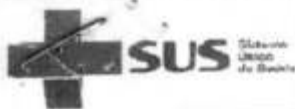
2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Jr. Felipe Guedes
CRM-PB 7451
CRM-PB 21025



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSE WILLIAM DOS SANTOS	6 - Número. do Prontuário 120960			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 898004505258264	8 - Data Nascimento 03/02/1987	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe MARLENE XAVIERDOS SANTOS	12 - Telefone de Contato 81.82126228			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA CEL MELINHO, () - CRUZES				
16 - Município de residência PANELAS	17 - Cod. IBGE município 2610202	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos Paciente admitido para conexão - cirurgica de fratura de rádio à direita
--

ARUANA SEGURADORA

03 DEZ 2018

21 - Condições que justificam a internação Necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) RX + quadro clínico
--

23 - Diagnóstico inicial Fratura de rádio D	24 - CID 10 Principais 5525	25 - CID 10 Sec	26 - CID 10 Causas associadas
--	--------------------------------	-----------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Cirurgia	28 - Código do procedimento 04.03.02.0427		
29 - Clínica ortopedia	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS (X) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 04.64.464-90

33 - Nome do Profissional Solicitante Mouique Soares	34 - Data da solicitação 22/08/18	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) DIO 1100
---	--------------------------------------	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - Nº do Registro
38 - () Acidente de Trabalho trajeto	45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810542047-0
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE

Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim
Assistente Social
CRESSPE 4.471

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-01
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 512179 Data: 22/08/2018 Hora: 22:01
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. FERNANDA CECILE RODRIGUES DA COSTA

Recepc.: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA
Matrícula: 898004505258264
Identidade:
Cartão SUS: 898004505258264

Paciente: 120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS
Nascimento: 03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses
Endereço: RUA CEL MELINHO,
Bairro: CRUZES CEP:
IBGE/Cidade: 2610202 PANELAS UF: PE
Pai: AURELIANO XAVIER DOS SANTOS
Mãe: MARLENE XAVIERDOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 07410888431
Identidade: 7358937 SSP PE
Telefone: 81.82126228
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORTOPEDICA 480723

Queixa do Paciente:

Paciente assintomático no momento

H.D.A.:

Exame Físico:

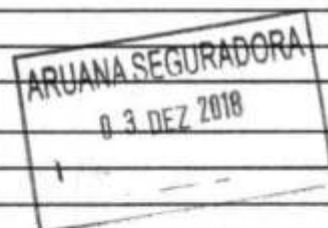
E G bom consciente orientado.

H.D.:

① Fratura de rádio a direita

Tratamento:

① Procedimento cirurgico



Bezerros, 22 de agosto de 2018

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 20/10/18
Hospital Jesus Pequeno

Assinatura e Carimbo do Médico
Dra. Mariana Soares
CRM 27006
CRESPPE 4.471

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-01
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 512179 Data: 22/08/2018 Hora: 22:01
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. FERNANDA CECILE RODRIGUES DA COSTA

Recepc.: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA
Matricula: 898004505258264
Identidade:
Cartão SUS: 898004505258264

Paciente: 120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS
Nascimento: 03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses
Endereço: RUA CEL MELINHO,
Bairro: CRUZES
IBGE/Cidade: 2610202 PANELAS
Pai: AURELIANO XAVIER DOS SANTOS
Mãe: MARLENE XAVIERDOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 07410888431
Identidade: 7358937 SSP PE
Telefone: 81.82126228
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista: _____

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 24/08/2018

Médico: _____

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

Assinatura / CRM

Observação

Transferência Hospitalar

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Óbito

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 30/09/18
Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE 4.471

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSÉ WILLIAM DOS SANTOS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO 120960
CIRURGIÃO JOSÉ FELIPE GUEDES	
ANESTESIA BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	ANESTESISTA DR ADERLANDRO
DATA DA OPERAÇÃO 23/08/2018	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + REPARO DE LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + NEUROLISE DO MEDIANO + TENOLISE DOS FLEXORES + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
1. PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM ANTEBRAÇO 4. INCISAO VOLAR PARA ACESSO AO RADIO 5. DIVULSAO POR PLANOS 6. NEUROLISE DO MEDIANO 7. TENOLISE DOS FLEXORES 8. REDUCAO DE FRATURA 9. FIXACAO COM PLACA E PARAFUSOS 10. REPARO DE LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO 11. LAVAGEM COM SF0,9% 12. SUTURA POR PLANOS 13. CURATIVO	

Conferido Com Documento
 Original Bezerras Re 20/10/18
 Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim
 Assessoria Social
 CRESS/PE 4.471

Dr. Felipe Guedes
 CRM-PB 7451
 CRM-PE 21025

ARUANA SEGURADORA
 03 DEZ 2018
 1

Anestesia: Flavio de Passos Aguiar

Nome: João William de Souza Nº do Registro: _____ Nº. na Clínica: _____

Clínica: _____ Quarto: _____ Leito: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Operador: Dr. Felipe Assist.: _____ Anestesista: Dr. Aguiar

Diag. Preop.: Doença - Coluna L5/S1 Diag. Posop.: 0 - nada

Op. Proposta: Doença Op. Realizada: 1 - nada

Premedicação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
AGENTES	N2O														
	O2														
Líquidos venozos															
PA	°C	240													
V		38	220												
PULSO		36	200												
ANES		34	180												
x		32	160												
OP		30	140												
O			120												
TEMP.			100												
A			80												
ASPIR.			60												
A			40												
RESP.			20												
O															
Expon															
Assist															
Contro.															

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. <u>Indução</u>		<u>Óxido nitroso</u>	<div>ARUANA SEGURADORA</div> <div>03 DEZ 2018</div> <div>Parte 03</div> <div>Conferido Com Documento Original Bezerros PE 30/06/18</div> <div>Hospital Jesus Pequeno</div> <div>Ana Amorim</div> <div>Assistente Social</div> <div>CRESPPE 4.471</div> <div>30/06/18</div> <div>05/10/18</div>
B. <u>Manutenção</u>		<u>+ 2ml de plasma</u>	
C. <u>Extensão</u>		<u>base de sustentação</u>	
D. <u>Reversão</u>		<u>do plano</u>	
E. <u>Coluna</u>			
F. <u>Doença</u>			
G. <u>Doença</u>			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OTOTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	<div>Laringo - Espasmo - Excesso Secre</div> <div>Depressão Respiratória - Hipoxia</div> <div>"BUCKING" - Vômito</div> <div>Hemorragia Arritmia</div> <div>Bradi - Taquicardia - Choque</div>
<u>Nada</u>		Tempo de Anestesia	
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA: <u>Dr. André F. Oliveira</u> Médico CREMEPE - 16988		CIRURGIÃO: <u>Dr. Felipe Guedes</u> Ortopedista CRM. 2102	PERDA SANGÜÍNEA:



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

CATEGORIA: _____

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: José William dos Santos Registro Nº: 120960
 Aptº: _____ Enfermaria: _____ Data: 23/08/18
 Cirurgia: Fret de Rádio Distal Cirurgião: Dr. Felipe
 Anestesia: Bloqueio de plexo Anestesista: Dr. Aderlândia
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>03 amp</u>			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	<u>01 amp</u>			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepan				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil				Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	<u>500ml 1.000</u>		
Furacin Pomada				Thionembital			
Gluconato Cálcio				Xylocaína Pesada			
Glicose				Xylocaína 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaína 2% c/a	<u>01 amp</u>		
Heparina 5.000				Xylocaína 1% s/a			
Halotano				Xylocaína Geléia			
Haemaccel				Xylocaína Spray			
Inoval				<u>Dipirone</u>	<u>02</u>		
Keflin <u>1 g</u>	<u>01 amp</u>						
Ketalar							
Lasix							
Methergin							
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a	<u>01 amp</u>						

ARUANA SEGURODORA
03 DEZ 2018

Conferido Com Documento
Original Bezerra P
Hospital Jesus Pequenininho

Ana Amorim
Assessora Social
RESSPE 4.471

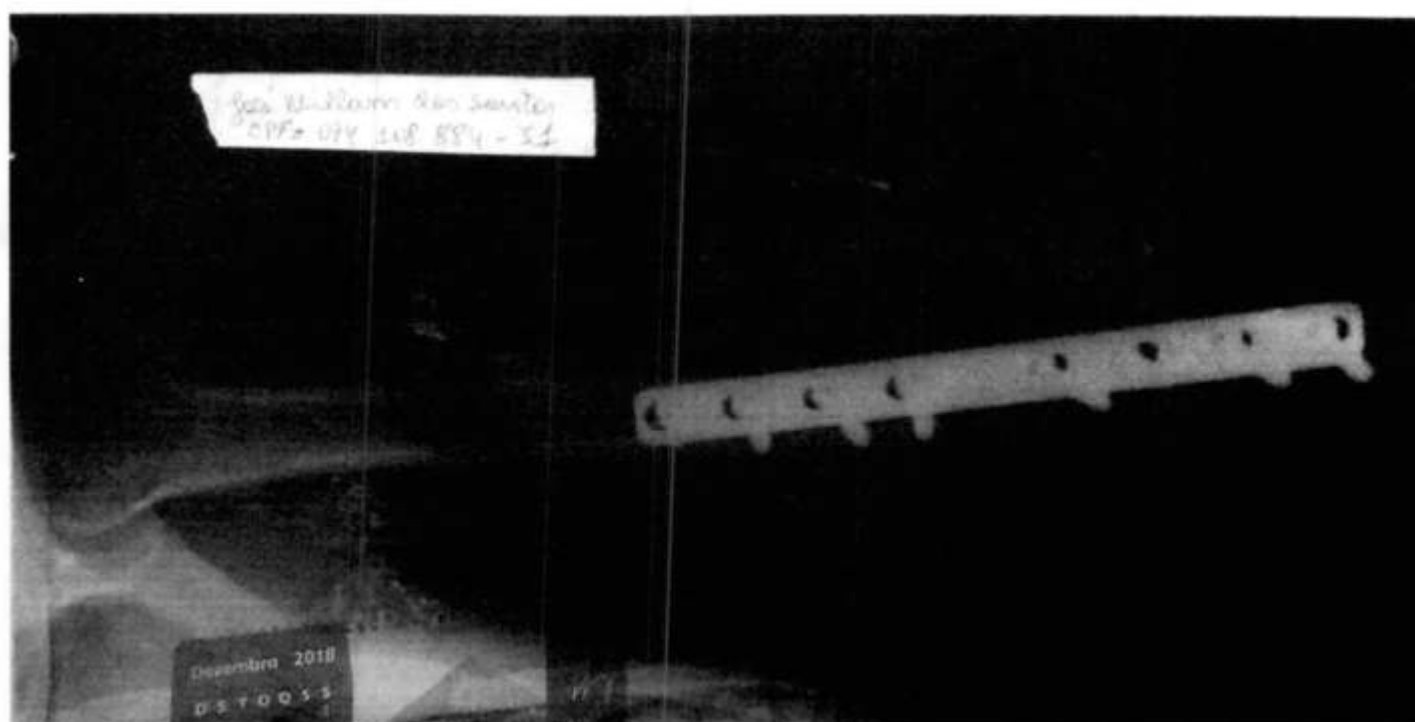
Def 13 de 10/18

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T ⁴ 22+20	06	unid		Urofix			
Agulha Desc. 25x7	04	unid		Vaselina Bisnaga			
Agulha Gengival 40x40	02	..					
Agulha Raque plexo	01	..		FIOS			
Agulha Sutura insulim	04	l. i.					
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe				CatGut Crom c/a 2.0	01	unid	
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica 105	pct			Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon			
Dreno Penrose				Mononylon CIA 20	01	unid	
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Esparrapado	12			Polycot			
Esparrapado Anti-alérgico				Seda			
Esparrapado Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	05	pct		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoan				Água Oxigenada	50	ml	
H. Kuntscher				Álcool Simples c 20	50	ml	
Intracath 7.5 04				Álcool Iodado			
Luva Descartável 500.06	06	Par		Éter			
Luva Comum m	04	..		Formol			
Lâmina Bisturi/V				Germopol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204				Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				Choremitine 200ml			
Pr. S. Petersen				OXIGÊNIO 72			
Par. Sherman				oximetro de pulso 72			
Pino Stelman				Das ____ às ____			
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc	01	unid					
Seringa 05 cc	01	..		Das ____ às ____			
Seringa 10 cc	03	..					
Seringa 20 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador	12		
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico	12		
Sonda Estom n°				Desfibrilador			
Sonda Levine n°				Monitor	12		
Sonda Uretral n°				Tonca 05			
Sonda Foley n°				marcadores 05			
Sonda "3v" n°				pro - pi 10			
Sonda p/ O ₂	01	unid		lesão plasm 04			

ARUANA SEGURADORA

03 DEZ 2018

Conferido Com Documento
Original Beterras PE 010/18
Hospital Jesus Maria e Joao
Ana Amorim
Assistente Social
CRESPPE 4.471



ARUANA SEGUADORA
03 DEZ 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567424 **Cidade:** Jurema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILLIAM DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		
ARTIGO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		
NOME JOSE WILLIAM DOS SANTOS		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 7356937 SSP PE		
CPF 074.108.884-35	DATA NASCIMENTO 03/02/1987	
FILIAÇÃO AURELIANO XAVIER DOS S ANTOS MARLENE XAVIER DOS SAN TOS		
PERFIL DO IDENTIFICADO	ACC REGISTRADO	CAT. HAB. STD
Nº REGISTRO 06223001316	VALIDADE 12/06/2023	Nº HABITAÇÃO 05/11/2007
OBSERVAÇÕES		
<p><i>JOSE WILLIAM DOS SANTOS</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p> <p>LOCAL CARUARU, PE</p> <p>DATA EMISSÃO 12/06/2018</p> <p><i>Charles Anderson Sousa Ribeiro</i> Diretor Presidente</p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p> <p>PERNAMBUCO</p> <p>52580088044 PE096081101</p>		

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1676599908

PROIBIDO PLASTIFICAR
1676599908

ARUANA SEGUROADORA
03 DEZ 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 580083745	NOME ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 6274229 SSP PE	
	CPF 628.462.994-04	DATA NASCIMENTO 11/02/1973
	FILIAÇÃO BEVERINO FIRMINO DA SILVA MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA	
PROIBIDO PLASTIFICAR 580083745	PERMISSÃO 	ACC 
	Nº REGISTRO 03911656616	VALIDADE 06/11/2017
	1ª HABILITAÇÃO 18/08/2006	
	OBSERVAÇÕES Exerce Ativ Remunerada	
Assinatura do Portador <i>Rosemerie Formosina da Silva</i>		
LOCAL CARUARU - PE		DATA EMISSÃO 16/11/2012
Assinatura do Emissor 		93840868064 PRO49957236
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		

ARUANA SEGURADORA
 03 DEZ 2018