



Número: **0020653-88.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65511 334	30/07/2020 11:10	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo de Sóbral,

RG nº 5-553.079, data de expedição 27/03/2012

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 025.866.704-42, com  
domicílio na cidade de Parelhas, no Estado de  
PE,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua de Engez, nº 17,

complemento Louza, 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: Moto

Modelo: Honda CG 150 TITAN ICS

Ano: 2009 / 2009

Placa: KJS 473

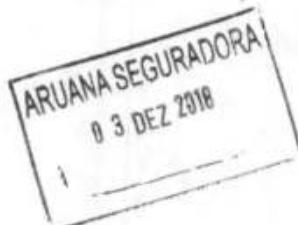
Chassi: GC2KE15409R026317

Data do Acidente: 19.08.2018

Local e Data: Jurema PE - 19.09.2018

\*Paulo de Sóbral

Assinatura do Declarante



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

PE CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RG, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS  
Rua Jandira de Lusana, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 58480-000 - Fone: (87) 8812-3694  
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituto: Edilma Maria da Silva

Reconheço minhas Firma(s):	<< POR AUTENTICIDADE >>
<< PAULO DE SÓBRAL >>	
<< >>	
SELO N°:	0152439.WMRD620180104266
Dou fé: Jurema (PE) 19/09/2018	Em testemunho
Emolumentos: R\$ 3,45	Verdade
TFRN: R\$ 0,75	
FERC: R\$ 0,32	
Total: R\$ 4,56	

Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira  
Tabeliã Substituta

Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira  
Tabeliã

Consulte Aquecimento em: [www.tpe.tjei.jus.br/seadigital](http://tpe.tjei.jus.br/seadigital)

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO  
CNPJ: 08.775.273/0001-10  
Rua Jandira Corrêa de Lusana, nº 11 - Jurema - PE  
Tabelião de Souza Ferraz - Tabelião  
PROTESTO GERAL DE IRMÃES, PROTESTOS,  
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.  
ATESTAÇÃO PELA ATD Nº 1655 DA  
SÉRIE A DO INSTITUCIONAL Nº 22/07  
2012 JULHO DE 1982





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Rosmene Fernanaria da Silveira 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 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	Número	Complemento	
<u>Rua Santa Maria da Boa Vista</u>	<u>700</u>	<u>case</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



Rosmene Fernanaria da Silveira

Assinatura do Declarante

RL.001 V001/2017



CÓPIA COLORIDA

## FICHA DE ATENDIMENTO

Prontuário: 000023452

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

**MÉDICO PLANTONISTA:** DR °**QUEIXAS PRINCIPAIS/HDA**

Pt: alcoolizado, queda de moto hor: 30m - *+ Neurais*  
Nega = Dointo e sincopal, não fez uso de capacete

**PRESSÃO ARTERIAL:** 110X70**TEMPERATURA:****PESO:****PULSO:****HGT:**

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE

AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

**DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:****PREScriÇÃO MÉDICA:**

1) SG 5% 1000 ml 30 2°  
 2) Plaxil 01gr + 10 (TU)  
 3) Dipirona 01 gr + 10 (TU)  
 4) Observação 6h  
 5) voltaren 1amp IM;

Ana Paula Correia da Silva  
 COREN PE 001.028.000 TE  
 18:25

Dra. wedge Viana  
 CRM 24450  
 19 AGO. 2018



**CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO**  
 CNPJ: 00.775.273/0001-10  
 Rua José Joaquim Góes, nº 11 - Jenipava - PE  
 José Mariz de Souza Párraz - Tabelião  
 REGISTRO CIVIL DE NÚCLEOS, PROTESTOS,  
 TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.  
 NOMEADO PELO ATO N° 1656 DA  
 EMERGÊNCIA CONSTITUCIONAL N° 22 DE  
 20 DE JULHO DE 1982.

**ASSINATURA - CRM**

ATENDI  
E 6547 Sepa... 10... 10... 10... 10...

DADOS DO CLIENTE

GÉRCICA ALVES CAVALCANTE  
R CEL MELINHO, N. 00093 - CRUZES PANELAS PE 55470-000  
INSCRIÇÃO: 207.810.033.000.495 GRUPO:13 DEB. AUTOMATICO

MATRÍCULA: 34/50005 10/2018

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A895343302	DATA LEIT. ANTERIOR 09/07/2018	DATA LEIT. ATUAL 08/08/2018		TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA 100

ÁGUA:  
LEIT ANT: 566 CONSUMO:5  
LEIT ATU: RECORRENÇIA TAXA M  
LEIT FAT: 576

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO:

06/2018 01  
05/2018 06  
04/2018 06  
03/2018 05  
02/2018 06  
01/2018 06

MÉDIA: 05

PARAMETROS	NÚMERO DE MÉTRICAS		
	EXIG. PONT.	ANALISE	REALIZADA
TURBIDEZ HS 7.914	10	10	10
COR APARENTE	10	10	10
CLORO RESIDUAL	10	10	10
COLIFORMES TOTAIS	10	10	10
E.COLI	10	10	10

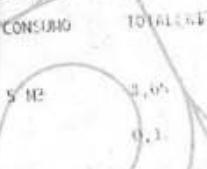
Qualidade de Água: WWW.ECOMPEX.COM.BR  
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS ANOITAS LAMÍTICAS  
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁREA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTE JALIDADE 06/2018



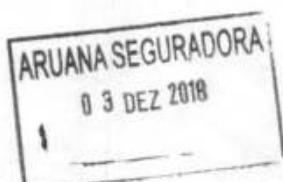
TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
HS CORFIR	8,65 8,65	1,65 7,60	0,13 0,66

VENCIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 8,82

MENSAGEM:

VIA DO CLIENTE





Tarifa Social de Fazenda Elétrica: Criada pela Lei 10.933, de 26/04/03

Sierra Socorro de Encinas, Encinas, Sierra de la Virgen, and San Geronimo.

**Companhia Energética de Pernambuco**  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-802

**DADOS DO CLIENTE**

JOELSON TIBURCIO OLIVEIRA LOPES

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

CEPE 026 518 304-21

CPY 620 818 304-21

JARDIM PANORAMA/CARLI JARU

CARUJARUPE  
16228-180

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofamiliar

021496517 DM-A 2/26/2019

22052018 2014100425 832502

[View Details](#)

2535105017 08/2018  
02/07/2018 24/07/2018  
182,81

Consumo Ativo(WH)	QNTD/TRADE	PRECO UNIT	VALOR UNIT
Acréscimo Bandeira AMARELA	0,00000000	0,3927710	0,37
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,73
Contribuição Iluminação Pública			10,27
ICMS Subvenção CDE-NF 014097588-23/04/18			13,52
Multa por atraso-NF 017881836- 23/05/18			1,25
Multa por atraso-NF 014097588- 23/04/18			2,74
Multa por atraso-NF 014097588- 23/04/18			2,75
Juros por atraso-NF 014097588- 23/04/18			1,18
Juros por atraso-NF 017881836- 23/05/18			0,41
Atualização IOPM-NF 014097588- 23/04/18			2,45
Atualização IOPM-NF 017881836- 23/05/18			0,53

TOTAL DA FATURA 182,80



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 11:10:54  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073011105471800000064281600>  
Número do documento: 20073011105471800000064281600

Núm. 65511334 - Pág. 5



## 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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	074.108.884-31	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		
Profissão:	Endereço:	CPF:	074.108.884-31
Estudante	Rua Cel. Melínia	Número:	93
Bairro:	Cidade:	Complemento:	Panelas
Frederes	Panelas	CEP:	55470-000
E-mail:	Tel.(DDD): 1831-99215-1674		
josé-menezez2008@yahoo.com.br			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 2388 CONTA: 18.259 Dígito: 1  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 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 Lider 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.

ARUANA SEGURADORA  
03 DEZ 2018

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Víeuvo 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:  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima/beneficiário alfabetizada  
 Local e Data: Panecas, 03/12/18  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | 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.

1 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 146ª CIRCUNSCRIÇÃO - JUREMA - DP146 CIRC DINTER 146 DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0236000246

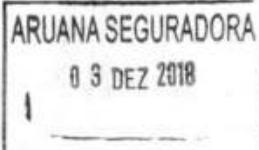
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2018** às **10:20**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 )**  
**JOSE WILLIAN DOS SANTOS ( VITIMA )**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE WILLIAN DOS SANTOS**  
**VEICULO:** (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): **JOSE WILLIAN DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **3000,00 (REAL)**

Placa: **KJB4773 (PERNAMBUCO/PANELAS)** Renavam: **129394769** Chassi: **9C2KC15109R026317**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

'ARECEU A ESTE DEPARTAMENTO DE POLÍCIA O QUEIXOSO INFORMANDO SOBRE O ACIDENTE EM VEÍCULO MOTOR, OCORRIDO PRÓXIMO A BARRAGEM DOS ALMEIDAS. SEGUNDO O QUEIXOSO A REFERIDA BARRAGEM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 11:10:54  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073011105471800000064281600>  
Número do documento: 20073011105471800000064281600

Num. 65511334 - Pág. 7

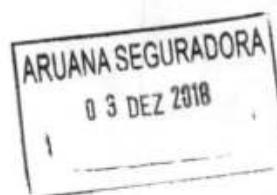
VERGEMERIO DE SOUZA VASCONCELOS - DELEGADO

**FICA PRÓXIMO AO Povoado de QUEIMADAS DE JUREMA, QUE O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA QUITÉRIA, 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** - Matricula: 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**.

00020262  
A standard linear barcode representing the document number 00020262.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 11:10:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073011105471800000064281600>  
Número do documento: 20073011105471800000064281600

Num. 65511334 - Pág. 10



## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José William dos Santos  
 DATA DO ACIDENTE 17/08/18 CPF DA VÍTIMA 07410888431  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rosimere Ferreira  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Santa Monica, nº 700 Bairro Jardim Panorama  
 COMPLEMENTO UF PR CEP 55038-180  
 CIDADE Curitiba TELEFONE (41) 992951674  
 E-MAIL

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)
- UNA 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, TAISS 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 DE 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
- INDIAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO 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, TAISS 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

- 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 LBI 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 FÓRMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA:

DATA 08/12/18

IDENTIDADE

ASSINATURA Rosimere F. da Silva

RESPONSÁVEL PELO CADASTRO DA VÍTIMA NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		Nº 011713195067	
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	CPF / CNPJ	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	129394769	00000000000000000000	2015
PAULO DE SOBRAL			
PANELAS-PE			
ESPECIE TIPO	PLACA		
PAS /MOTOCICLETA/	KJ34773		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
***** /PE	SC2KC15109R026317		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS /MOTOCICLETA/	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN KS	2009	2009	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
29/149CL	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENO / COTAS	
I IFVA 2015 QUITADO		1 <sup>a</sup>	
V FAIXA LIVRA	PARCELAMENTO / COTAS	2 <sup>a</sup>	
A 1		3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO	EURO OBRIGATÓRIO		
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
ENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO			
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
Local		Data	
PANELAS		04/03/15	
Charles Andreu Sousa Ribeiro			
Diretor Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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 KS	
ANO FAB.	CAL TAB.	NP CHASSI	
2009	09	SC2KC15109R026317	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FINS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
SEGURADO PAGO			
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGO			
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.348.666/0001-04			
www.seguradoralider.com.br			
DESTAKE E GUARDE O BILHETE DPVAT.			
ELE NAO È DE PORTO OBRIGATÓRIO.			

ARUANA SEGURADORA  
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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





Receituário



Wando Mídia

José Willom dos Santos, 31 anos, ditado  
vítima de acidente de moto quando  
recebeu três colisões em Quemados.  
atendimento no local pelo SAMU, com  
encaminhamento do paciente para Pará  
Hospital regional do Agreste em 13/08/2018  
Diagnóstico de fratura de punhos  
direitos. Transferido para o hospital  
fazendo repouso (Belgrano) com realização  
de exames em 23/08/2018 com es-  
caneamento com placas e parafusos, com  
descolamento com placas e parafusos, com  
aberto em 24/08/18. Puis x com malha  
de sintese 03 parafusos e placas.  
O sintese o catriz de 07cm em face ante  
aparente e catrizes de 07cm em face ante  
junto de anellos abertos  
receber alta de milão seção femoral

Consulte a padronização de  
medicamentos do seu hospital

CID: 562  
Caruaru 24/08/18

Dra. MÁRCIA VIRGINIA  
Medica  
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 07:00 h manhã

2 REVISÃO

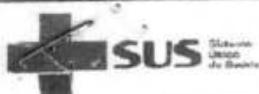
3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

J. 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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 coagão - cirúrgica  
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

① 04.08.02.0427

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

5525

PROCEDIMENTO SOLICITADO

② 04.08.06.0411

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

Cirurgia

③ 04.08.02.0427

28 - Código do procedimento  
04.08.02.0427

Clinica  
Ortopedia

30 - Caráter de Internação

④ 04.08.02.0427

( ) CNS ( ) CPF

⑤ 04.08.02.0427

31 - Documento

( ) CNS ( ) CPF

32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante

04.08.02.0427

33 - Nome do Profissional Solicitante

Maurique Soares

34 - Data da solicitação

22/08/18

35 - Assinatura e Carimbo (n.º do registro do conselho)

⑥ 04.08.02.0427

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ da Seguradora

40 - Nr. do Bilhete

⑦ 04.08.02.0427

37 - ( ) Acidente de Trabalho típico

42 - CNPJ da Empresa

43 - CNA da Empresa

⑧ 04.08.02.0427

38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado ( ) Empregador

47 - Cód. Orgão Emissor

41 - Série

( ) Autônomo ( ) Desempregado

⑨ 04.08.02.0427

( ) Aposentado ( ) Não segurado

CREMEPIE 5379

⑩ 04.08.02.0427

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizado

48 - Documento  
( ) CNS ( ) CPF

50 - Data da Autorização

47 - Cód. Orgão Emissor

49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado

51 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)

52 - Nr. Autorização de internação hospitalar

Prefeitura Municipal de Bezerros

Secretaria de Saúde

NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL

261810542047-0

Conferido Com Documento

Original Bezerros P

Hospital Jesus Pequenino

30/09/20

10/09/2020

10/09/2020

Ana Amorim  
Assessora Social  
CRESS/PE 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	Recepç.:	ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA		
Convênio:	SES- ORTOPEDIA					Matrícula:	898004505258264		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DRA. FERNANDA CECILE RODRIGUES DA COSTA					Cartão SUS:	898004505258264		
Paciente:	120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS					Sexo:	MASCULINO		Cor:
Nascimento:	03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses					Est. Civil:			
Endereço:	RUA CEL MELINHO,					C.P.F.	07410888431		
Bairro:	CRUZES					Identidade:	7358937 SSP PE		
IBGE/Cidade:	2610202 PANELAS UF: PE					Telefone:	81.82126228		
Pai:	AURELIANO XAVIER DOS SANTOS					G.Instrução:			
Mãe:	MARLENE XAVIER DOS SANTOS					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:			

Obs.: SENHA ORTOPEDICA 480723

Queixa do Paciente:

Paciente com intumescimento no momento

H.D.A.:

Exame Físico:

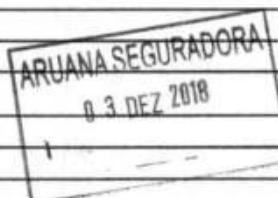
E GBm, com queixas de dor.

H.D.:

① Fratura de rodízio à direita

Tratamento:

① Procedimento cirurgico



Bezerros, 22 de agosto de 2018

Dra. Marlene Soares  
CRM-PE 27006

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento

Original Bezerros P.

Hospital Jesus Pequenino

20/10/18  
Ana Beatriz Soares  
ASSISTENTE SOCIO  
CRESP/PE 4.471

## HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## **FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNACÃO (Complemento)**

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-01  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento:	512179	Data:	22/08/2018	Hora:	22:01	Recep.:	ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA		
Convênio:	SES- ORTOPEDIA					Matrícula:	898004505258264		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DRA. FERNANDA CECILE RODRIGUES DA COSTA					Cartão SUS:	898004505258264		
Paciente:	120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS					Sexo:	MASCULINO		Cor:
Nascimento:	03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses					Est. Civil:			
Endereço:	RUA CEL MELINHO,					C.P.F.	07410888431		
Bairro:	CRUZES					Identidade:	7358937	SSP	PE
IBGE/Cidade:	2610202 PANELAS					UF:	PE	Telefone:	81.82126228
Pai:	AURELIANO XAVIER DOS SANTOS					G.Instrução:			
Mãe:	MARLENE XAVIERDOS SANTOS					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:			

**Repcionista:**

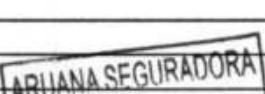
Motivo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
( ) Assinou o termo

<b>Alta Hospitalar</b>	Data: <u>24/08/2018</u>
Médico: _____	
	Dr. Felipe Guedes Ortopedista CRM-21025
<hr/> Assinatura / CRM	

**Transferência Hospitalar** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

<b>Diagnósticos</b>	
Diagnóstico Provisório:	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
<b>Diagnóstico Definitivo:</b>	_____

**Óbito** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário:	<u>_____</u>
 <b>ARUANA SEGURADORA</b> 03 DEZ 2018	

Conferido Com Documento

Content © 2011 by  
Original Resources

Original Bezeiros PE \_\_\_\_\_

Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim

Ana Armonia  
Ass. Soc.  
PRESSPE 4.471





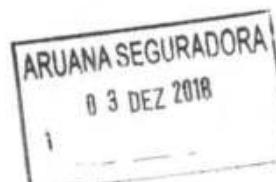
### RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE JOSÉ WILLIAM DOS SANTOS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO 120960
CIRURGÃO 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 CIRÚRGICO 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	
<b>DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB ANESTESIA</li><li>2. ASSEPSIA + ANTSEPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS</li><li>3. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM ANTEBRAÇO</li><li>4. INCISAO VOLAR PARA ACESSO AO RÁDIO</li><li>5. DIVULSAO POR PLANOS</li><li>6. NEUROLISE DO MEDIANO</li><li>7. TENOLISE DOS FLEXORES</li><li>8. REDUCAO DE FRATURA</li><li>9. FIXACAO COM PLACA E PARAFUSOS</li><li>10. REPARO DE LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO</li><li>11. LAVAGEM COM SF0,9%</li><li>12. SUTURA POR PLANOS</li><li>13. CURATIVO</li></ol>	

Conferido Com Documento  
Original Bezerros Re  
30/10/18  
Hospital Jesus Pequenino  
04/06.

Ana Amorim  
Assessora de Socorro  
CRESS/PE 4.471

José Felipe Guedes  
CRM-PB 7451  
CRM-PE 21025

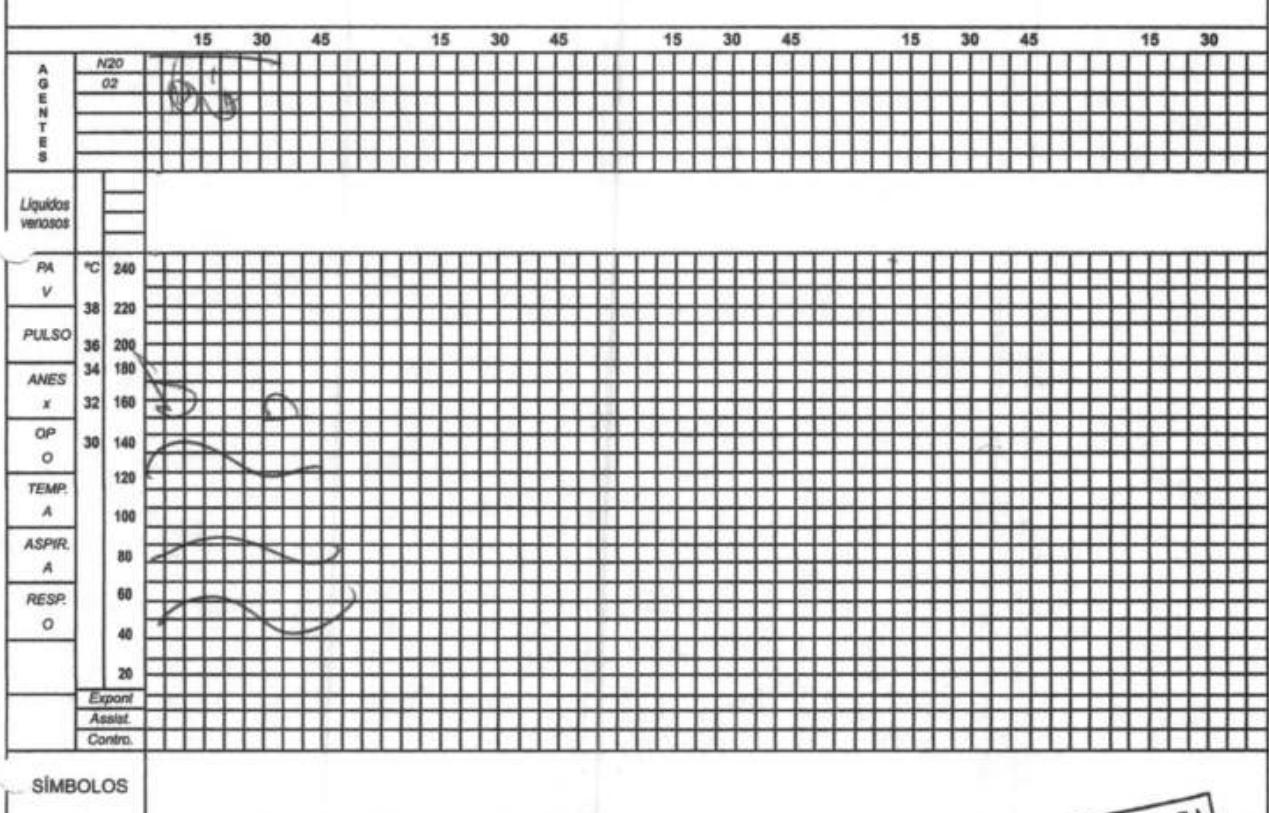


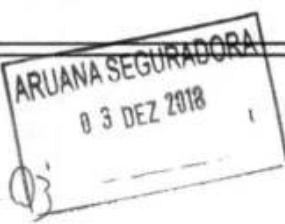
## FICHA DE ANESTESIA

Nº \_\_\_\_\_  
 Data: 23/08/18

Anestesia:	Bloco de flexo fraga		NB
Nome:	José William da Silva	Nº do Registro	Nº na Clínica:
Clinica:	Quarto:	Leito:	Idade:
Operador:	Assist.:	Anestesista: Dr. Felipe	
Diag. Preop.:	Diag. Posop.:	O n/a	
Op. Proposta:	Op. Realizada:	A n/a	
Premeditação:	Hora:	Resultado:	(MO 1-2-3) (AO 1-2-3)
			Risco 1 - 2 - 3 - 4

### PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A.		Bloco de flexo fraga	  Conferido Com Documento Original Bezerros PE 300618 Hospital Jesus Pequenino MPP 05106
B.		extubado	
C.		bloco de flexo	
D.		flexo	
E.			
F.			
G.			
LÍQUIDOS	Mabel	CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	
Tempo de Anestesia			
TOTAL			
OPERAÇÃO:			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vomito Ana Aragon Assessante Social CRM-FPE 4.471
ANESTESISTA: Dr. Antônio Adeliano F. Oliveira Médico CRM-FPE - 19985			CIRURGÃO: Dr. Felipe Guedes Ortopedista CRM: 2102 PERDA SANGUÍNEA:





HOSPITAL  
**JESUS PEQUENINO**

CATEGORIA: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS**

Paciente: José William dos Santos Registro N°: 120960  
Aptº: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 23/08/18  
Cirurgia: Frat de Radice distal Cirurgião: Dr. Felipe  
Anestesia: Bloqueio de pleno Anestesista: Dr. Aderlandro  
Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

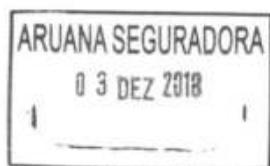
Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	03 amp			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01 amp			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepam				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 500 ml 1.000 ml			
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaína Pesada			
Glicose				Xylocaína 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaína 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaína 1% s/a			
Halotano				Xylocaína Geléia			
Haemaccel				Xylocaína Spray			
Inoval				Dipiridona 02			
Keflin 1g	01 amp						
Ketalar							
Lasix							
Methergin							
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a	01 amp						



Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T 22 + 20	06	Unid		Urofix			
Aguilha Desc. 25x7	04	Unid		Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gengival 10x40	02						
Aguilha Raque plexo	01			FIOS			
Aguilha Sutura insulim	04	l.					
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	11.20	01	Unid
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Espadrado	12			Polycot			
Espadrado Anti-alérgico				Seda			
Espadrado Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	05	pct		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada				Água Oxigenada	50		
Gelfoan				Álcool Simples	20	50	
H. Kuntscher				Álcool Iodado			
Intracath 7,5	04			Éter			
Luva Descartável 3.0	06	Pares		Formol			
Luva Comum m	04	11		Germpol			
Lâmina Bisturi/V:				Glutaril			
Lâmina Gillette				Pov Tópico			
Látex 204				Pov Degermante			
P. S. Petersen				clorhexidina 200 ml			
P. L. Sherman				OXIGÊNIO	T2		
Pr. S. Petersen				oxigênio do pulso T2			
Par. Sherman				Das ás			
Pino Stelman							
Prótese Thompson				PROTÓXIDO			
Scalp							
Seringa 03 cc	01	Unid					
Seringa 05 cc	01	:					
Seringa 10 cc	03	:					
Seringa 20 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc				Aspirador	T2		
Seringa Vidro 10 cc				Artroscopia			
Seringa Vidro 20 cc				Bisturi Elétrico	T2		
Seringa de 01 cc				Desfibrilador			
Sonda Estom nº				Monitor	T2		
Sonda Levine nº				Touca	05		
Sonda Uretral nº				marcas	05		
Sonda Foley nº				pres. pi	10		
Sonda "3v nº				escova plástic	04		
Sonda p/ O <sub>2</sub>	01	Unid					

ARUANA SEGURADORA  
03 DEZ 2018

Conferido Com Documento  
Original Bemers P. 2018  
Hospital Jesus 01/01/2018  
Ana Am. Odontologia  
Assessoria Odontológica  
CRESS/SP 4.471



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 11:10:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073011105471800000064281600>  
Número do documento: 20073011105471800000064281600

Num. 65511334 - Pág. 23

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





ARUANA SEGURADORA  
03 DEZ 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 11:10:54  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073011105471800000064281600>  
Número do documento: 20073011105471800000064281600

Num. 65511334 - Pág. 25

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME:** BEVERIMINA FERNOSINA DA SILVA  
**DOC. EMISSOR/ÓRGÃO EMISSOR/UF:** 6274229 SSP PE  
**CPF:** 626.462.994-04 **DATA NASCIMENTO:** 11/01/1973  
**PLACAS:**  
**PERMISSÃO:** **ACE:** **CAT. HAB:** C  
**Nº REGISTRO:** 03611656616 **VALIDADE:** 06/11/2017 **1ª HABILITAÇÃO:** 18/08/2006  
**OBSERVAÇÕES:**  
Exerce Ativ Remunerada

*Beverimina Fernosina da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL:** CARUARU - PE **DATA EMISSÃO:** 16/11/2012  
*[Signature]*  
ASSINATURA DETRAN-PE  
**DETTRAN-PE (PERNAMBUCO)**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
580083745

