



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
65511334	30/07/2020 11:10	ANEXO 1	Outros (Documento)

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 025.866.704-42, com
domicílio na cidade de Pamela, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Povoado de Cruzes, nº 17,
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 José William dos Santos cujo o condutor era
José William dos Santos.

Veículo: Moto
Modelo: Honda 100 150 TITAN 150
Ano: 2009 / 2009
Placa: KJS 4773
Chassi: 9C2KE15409R026317
Data do Acidente: 19.08.2018
Local e Data: Jurema PE. 19.09.2018

CARTÓRIO
Ofício RGZ - Jurema - PE
Sousa Ferraz

ARUANA SEGURADORA
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 - RGZ, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jordana de Luzena, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 55480-000 - Fone: (87) 8512-5594
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituta: Edilma Maria de Silva

Reconhecimento (s) Físico(s):	<< POR AUTENTICIDADE >>
<< PAULO DE SOBRAL >>	
SELO Nº: 0152439.WHARDSD1801.04296	
SELO Nº:	
Des. de Jurema (PE) 19/09/2018	Em testemunho
Emolumentos: R\$ 3,40	
TSRN: R\$ 0,75	
FERC: R\$ 0,30	
Total: R\$ 4,45	

Consulite Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validadigital

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabelião Substituta
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabelião

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10
Rua Jordana de Luzena, nº 11 - Jurema - PE
Tribunal de Justiça de Pernambuco - Tabelião
PROTESTOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
AUTENTICAÇÃO PELO ATO Nº 1655 DA
LEGISLAÇÃO INSTITUCIONAL Nº 22 DE
20 DE JULHO DE 1987



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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosemery Formosa 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 99245-1674</u>	<u>181-9-9616-4678</u>	

Caruaru PE 23 de Novembro de 2018
Local e Data

Rosemery Formosa da Silva
Assinatura do Declarante



CÓPIA COLORIDA

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 °

QUEIXAS PRINCIPAIS/HDA

EXAS PRINCIPAIS/HDA
 Bt. alcoolizado, queda de moto $h_{m} = 30 \text{ m}$ + musculatura
 Negar = semito + síncope, não fazer um capote

PRESSÃO ARTERIAL: 110x70		TEMPERATURA:
PESO:	PULSO:	HGT: <small>VALIDO SOMENTE COM O</small>

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

CARTÃO DE APROVAÇÃO DO VOTO
Município de São Paulo - Estado de São Paulo

SELO Nº 015249.VP009201801.00197 AUTENTICAÇÃO
Emissão em: 09/06/2018

FEBR-2018
VOTAR

Certifico que este documento é uma cópia verdadeira e fiel do original.

JURISCO: MARY HELENA TO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- 2) 5% 1000 L 2°
- 3) Planil de $q_p + p_s$ (TU)
- 4) Dimensione de $q_p + p_s$ (TU)
- 5) Observação 6h
- 6) Voltarem 1 amp IM:

Ana Paula Correia da Silva
COREN-PE 001.028.000 TE

Dr. Wanda Viana
CRM 24480
19 AGO. 2018

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ 06.775.273/0001-10

ASSINATURA – CRM

REGISTRO C. 1. 65 DE MOVEIS, PROTESTOS,
TITULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
NOME DO QUELEITO Nº 1856 DA
EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 22 DE
20 DE JULHO DE 1982.

CRM

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018



ATENDI
1-5547

sepeduvel, joa, naio

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 34050005	
GERICA ALVES CAVALCANTE			
R. CEL. MELINHO, V. 00093 - CRUZES PANELAS PE 55470-000			
INSCRIÇÃO: 207.810.033.0000.495 GRUPO: 13 DEB. AUTOMATICO			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A095343302	DATA LEIT. ANTERIOR 09/07/2018	DATA LEIT. ATUAL 08/08/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA (H)
<p>ÁGUA:</p> <p>LEIT. ANT: 566 CONSUMO: 5</p> <p>LEIT. ATU: RECORRÊNCIA TAXA M</p> <p>LEIT. FAT: 570</p>			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO	PARÂMETROS	EXIG. PORT.	ANAL. REALIZ.
06/2018 01	TURBIDEZ	10	10
05/2018 06	COR APARENTE	10	10
04/2018 06	CLORO RESIDUAL	10	10
03/2018 05	COLIF. TOTAIS	10	10
02/2018 06	E. COLI	10	10
01/2018 06			
MÉDIA: 05			
Qualidade de Água: www.compsa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E FÉCULOS			
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES			
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL: 6,14	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 M2	0,05	
CONSUMO DE ÁGUA		0,1	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2018			

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMPOSTO	8,65	1,65	0,14
CONFIRMA	8,65	7,68	0,66

VENCIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 8,82

RENSAGEM:

ARUANA SEGURADORA
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 50050-902
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 SYA MARIA BOA VISTA 700

CPF 026 618 304-21

JARDIM PANORAMA/CARUARU
CARUARU/PE
55038-180

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

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

02/07/2018 24/07/2018

22/05/2018 20/02/2018 23/05/2018

DESCRIÇÃO DO ÍTEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	198,0000000	0,738277110	146,37
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,73
Acrescimo Bandeira VERMELHA			10,27
Contribuição Iluminação Pública			13,52
ICMS Subvenção CDE-NF 014087588 - 23/04/18			1,25
Multa por atraso-NF 017881836 - 23/05/18			2,74
Multa por atraso-NF 014087588 - 23/04/18			2,75
Juros por atraso-NF 014087588 - 23/04/18			1,78
Juros por atraso-NF 017881836 - 23/05/18			0,41
Atualização IGPM-NF 014087588 - 23/04/18			2,48
Atualização IGPM-NF 017881836 - 23/05/18			0,53
TOTAL DA FATURA			182,81

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
							1,00000		198,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
JAN 18 198		
MAR 18 190		
ABR 18 207		
MAR 18 191		
FEV 18 177		
JAN 18 226		
DEZ 17 232		
NOV 17 203		
OUT 17 121		
SET 17 274		
AGO 17 218		
JUL 17 278		
JUN 17 181		

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	PORCENTAGEM
157,37	25,00		Transmissão	R\$ 9,71	4,39%
157,37	0,75	1,24	Distribuição (Celpe)	R\$ 21,26	10,34%
157,37	3,98	6,78	Perdas de Energia	R\$ 9,86	9,27%
			Energia Setorial	R\$ 8,07	5,13%
			Tributos	R\$ 48,23	29,44%
			Total	R\$ 157,37	100%

Este documento é emitido pelo sistema de gestão de energia da Celpe e representa a leitura dos medidores de energia elétrica. O cliente é responsável por verificar a correta instalação dos medidores e a correta leitura dos mesmos. A Celpe não se responsabiliza por erros de leitura ou de instalação dos medidores.



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 CPF: 074.108.884-31
Profissão: Alameda Endereço: Rua Cel. Melina Número: 93 Complemento: casa
Bairro: Cruzes Cidade: Parelhas Estado: PE CEP: 55470-000
E-mail: jose-william2008@yahoo.com.br Tel.(DDD): 1831-99215-1674

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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Parelhas, 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.

1 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 146ª. CIRCUNSCRIÇÃO - JUREMA - DP146ªCIRC DINTER/18ª 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 - 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: **129394769** Chassi: **9C2KC15109R026317**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

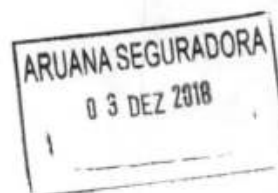
Complemento / Observação

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

UNIVERSITY OF WISCONSIN LIBRARY - 480 LINCOLN DRIVE

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

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

Pag. 00523/00524 - carta_01 - INVALIDEZ



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





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jose William do Santos
DATA DO ACIDENTE 17/08/18 CPF DA VÍTIMA 07410888431
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Roxane Ferreira
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Santa Maria das Vitorias
Nº 700 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Jal. Panoramico
CIDADE Parnarama UF PA CEP 55038-180
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 992451674

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
- () RECIBOS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADOS 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

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 - 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, ACESSO: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 08/12/18
IDENTIDADE _____
ASSINATURA Roxane F. do Santos

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGURADORA

DATA 13/12/18
NOME ARUANA SEGURADORA
ASSINATURA _____



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 1 COD. RENAVAM 129999769 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2015

NOME
PAULO DE SOBRAL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

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

PLACA ANT. / UF 025.666.704-42 PLACA KJS4772

CHASSI 9C2KC15109R026917

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA/ COMBUSTÍVEL GASOLINA

COTA ÚNICA IPVA 2015 QUITADO 1ª VENC. COTA ÚNICA 1ª

FAXA LIVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 IOP (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 04/03/15

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DETRAN/PE

Charles Anderson 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 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 2015 DATA EMISSÃO 04/03/15

VIA 1 CPF / CNPJ 025.666.704-42 PLACA KJS4772

RENAVAM 129999769 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2009 (CAL. DEF.) 09 Nº CHASSI 9C2KC15109R026917

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 0,00 DETRAN (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IOP (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 0,00

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.666/0001-04
www.seguradoralider.com.br

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

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Receituário



laudo médico

Jose Willom dos Santos, 31 anos, docto
vítima de acidente de moto quando
teve colisão em Quermados. Recebeu
atendimento no local pelo SAMU, com
encaminhamento do fureiro para Pólen
Hospital Regional do Apicoll em 13/08/2018
Diagnóstico de fraturas de punho
direito. Transferido para o Hospital
Ferreira Pequeno (Região) com realiza-
ção de cirurgia em 23/08/2018 com os-
teossíntese com placas 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 Sepulchre

Consulte a padronização de
medicamentos do seu hospital

CID: J62

Rua Artur Antônio Silva, 400 - Caruaru - PE
Fone: 81 2103.8600 Cep: 55.015-445 - Caruaru - PE

Dra. Márcia Virginia
Médica

CRM - 11016

Caruaru 24/08/18



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

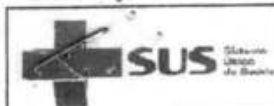
3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Jr. Felipe Mendes
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 cirúrgica de fratura de rádio à direita
21 - Condições que justificam a internação Necessidade de cirurgia

ARIANA SEGURADORA

03 DEZ 2018

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 Secundárias	26 - CID 10 Causas associadas
27 - Descrição do Procedimento Solicitado Cirurgia			
28 - Código do procedimento 014.08.02.013	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS (X) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 014.611.464-90
33 - Nome do Profissional Solicitante Maurício Soares	34 - Data da solicitação 22/08/18	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) CREMER 5379	

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	
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. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)		

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL
261810542047-0

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 Recepc.: 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 CEP: 2610202 UF: PE Identidade: 7358937 SSP PE
IBGE/Cidade: 2610202 PANELAS 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 assintomático no momento

H.D.A.:

Exame Físico:

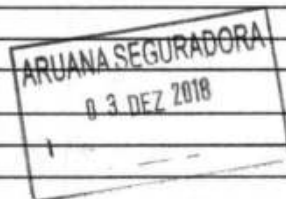
Exame físico cursante orientado.

H.D.:

① Fratura de rádio a direita

Tratamento:

① Procedimento cirúrgico



Bezerros, 22 de agosto de 2018

Dra. Mariana Soares

CRM-PE 27006

Assinatura e Carimbo do Médico

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

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



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
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
IBGE/Cidade: 2610202 PANELAS
Pai: AURELIANO XAVIER DOS SANTOS
Mãe: MARLENE XAVIER DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

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 HospitalarData: 24/08/2018

Médico: _____

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM 21025

Assinatura / CRM

Observação**Transferência Hospitalar**

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

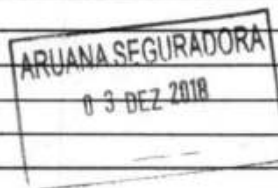
Diagnóstico Secundário: _____

Óbito

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM



Conferido Com Documento

Original Bezerras PE

Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim

Ana Amorim
Assistente Social
CRESSPE 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 + LESÃO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + LESÃO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + REPARO DE LESÃO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + NEUROLISE DO MEDIANO + TENOLISE DOS FLEXORES + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
<ol style="list-style-type: none"> 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 Bezerros R
 Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim
 Assessoria Social
 CRESSPE 4.471

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

ARUANA SEGURADORA
 03 DEZ 2018



Date: 3 Oct 19

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO																	
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30		
AGENTES	N2O																
	O2																
Líquidos venosos																	
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																	
	Exponi																
	Asist.																
	Contro.																
SÍMBOLOS																	

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Indução		Shock induzido	<div>ARUANA SEGURADORA 03 DEZ 2018</div> <p>19/12/03</p> <p>Conferido Com Documento Original Bezerras F. 300618 Hospital Jesus Pequeno Med. Pg 0510</p> <p>Ana Amorim Assistente Social CRESP: 4.471</p>
B. Ventilação		Exatidão de plac	
C. Exatidão		Exatidão de plac	
D. Exatidão		Exatidão de plac	
E. Exatidão			
F. Exatidão			
G. Exatidão			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
Exatidão			
TOTAL		Tempo de Anestesia	
OPERAÇÃO:			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vômito
ANESTESISTA: Dr. M ^{te} Adelino F. Oliver Médico CREMEP - 18980		CIRURGIÃO: Dr. Felipe Guedes Ortopedista	PERDA SANGÜÍNEA: Hemorragia Arterial Bradi - Taquicardia - Choque



Remanda 387428 OK



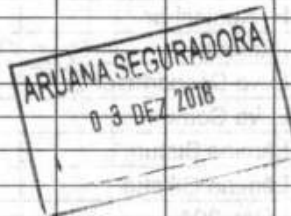
HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

CATEGORIA: _____

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: José William dos Santos Registro Nº: 120960
 Aptº: _____ Enfermaria: _____ Data: 23/08/18
 Cirurgia: Exc + de Rastio 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	03 amp			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemacetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01 amp			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 500ml 1.000 ml			
Furacin Pomada				Thionembatal			
Gluconato Cálcio				Xylocaína Pesada			
Glicose				Xylocaína 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaína 2% c/a	01 amp		
Heparina 5.000				Xylocaína 1% s/a			
Halotano				Xylocaína Geléia			
Haemacel				Xylocaína Spray			
Inoval				Dipiranc	02		
Keflin 1g	01 amp						
Ketalar							
Lasix							
Methergin							
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a	01 amp						



Conferido Com Documento
Original Bazeado PE 30/08/18
Hospital Jesus Pequenininho

Ana Amorim
1.588.000-0000
RESSPE 4.471

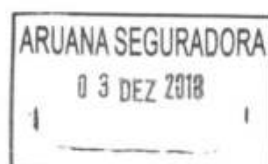
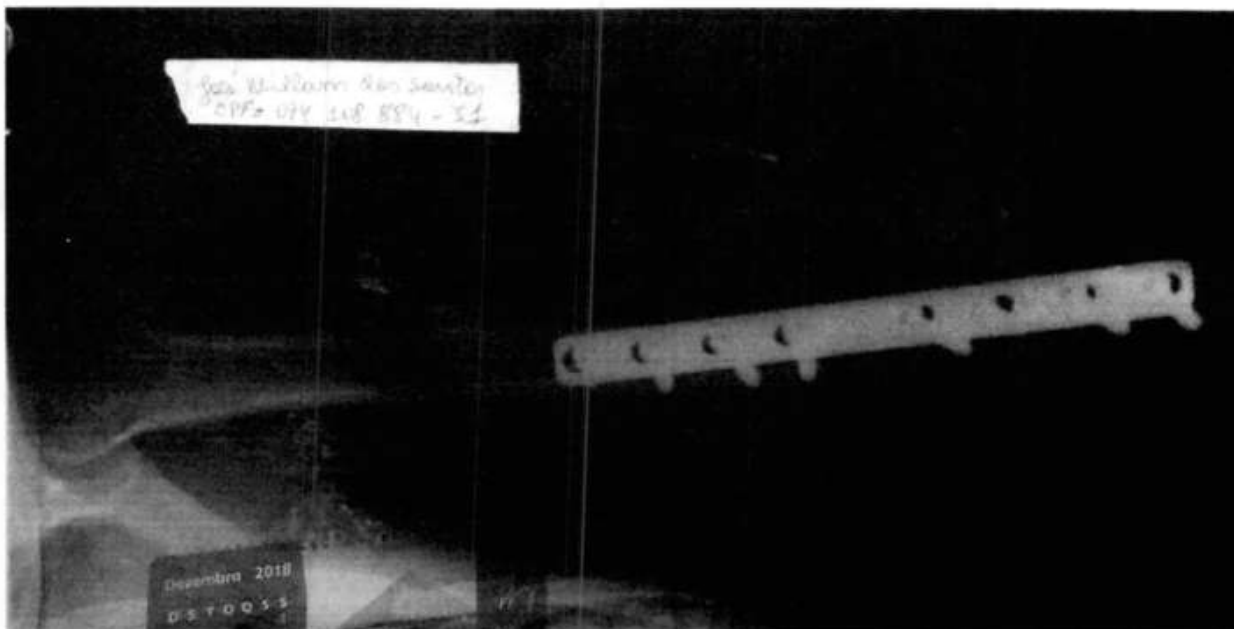


Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T. 22+20	06	unid		Urofix			
Agulha Desc. 25x7	04	unid		Vaselina Bisnaga			
Agulha Gengival 10x20	02						
Agulha Raque plexo	01			FIOS			
Agulha Sutura insulim	04	unid					
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa 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 1/16 30	01	unid	
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Esparadrapo	12			Polycot			
Esparadrapo Anti-alérgico				Seda			
Esparadrapo Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	05	pct		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada				Água Oxigenada	50	ml	
Gelfoam				Álcool Simples 70	50	ml	
H. Kuntscher				Álcool Iodado			
Intracath	7.5 04			Éter			
Luva Descartável 5.0 0.06	06	Par		Formol			
Luva Comum 7	04			Germopol			
Lâmina Bisturi/V				Glutaril			
Lâmina Gillette				Pov Tópico			
Látex 204				Pov Degermante			
P. S. Petersen				clorexidone 200 ml			
P. L. Sherman				OXIGÊNIO	72		
Pr. S. Petersen				oximetro de pulso 72			
Par. Sherman				Das _____ às _____			
Pino Stelman							
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				Aspirador	12		
Seringa Vidro 10 cc				Artroscopia			
Seringa Vidro 20 cc				Bisturi Elétrico	72		
Seringa de 01 cc				Desfibrilador			
Sonda Estom n°				Monitor	72		
Sonda Levine n°				Touca	05		
Sonda Uretral n°				marcadores	05		
Sonda Foley n°				pro - pi	10		
Sonda "3v" n°				lesione plasm	04		
Sonda p/ O ₂	01	unid					

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

Conferência Com Documento
Origina Beternis P
Hospital Jesus Fer
Ana Amador
Assistente Social
CRESPPE 4.471





Scanned by CamScanner



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

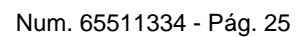
CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



ARUANA SEGURODORA
03 DEZ 2018



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

NOME
ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4274329 SSP PE

CPF
628.462.994-08

DATA NASCIMENTO
15/02/1973

FLAÇÃO
SEVERINO FIRMINO DA SILVA
MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. FVB
C

NP REGISTRO
03911656616

VALIDADE
06/11/2017

1ª HABILITAÇÃO
18/08/2006

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Rosemere Formosina da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
16/11/2012

ASSINATURA DO DIRETOR

93840868064
DETRAN - PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
580083745

PROIBIDO PLASTIFICAR
580083745

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

