



Número: **0027684-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JONAS CORDEIRO DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67398036	02/09/2020 15:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201164

Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONAS CORDEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15831252

Pag. 00655/00656 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201164

Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONAS CORDEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JONAS CORDEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002546**

Conta: **0000013376-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.431.324-42 4 - Nome completo da vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JONAS CORDEIRO DA SILVA 6 - CPF: 046.431.324-42
7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO 8 - Endereço: RUA DAS CARAMBOLAS 9 - Número: 362 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FORTI ORANGE 12 - Cidade: ITAMARACÁ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.900-000
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00013376 7

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0120000482**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2020** às **09:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/2/2020** às **14:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FORTE ORANGE, 01, RODOVIA ESTADUAL PE 001** - Bairro: **FORTE ORANGE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53900-000** - Ponto de Referência: **PEDRA FURADA**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JONAS CORDEIRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS CORDEIRO DA SILVA**

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Nome Social: **JONAS** Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO** Pai: **JOSE CORDEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/12/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5981054/SDS/PE (RG), 04643132442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 81985494931**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAMARACA, 162, RUA DAS CARAMBOLAS - CEP: 0 - Bairro: FORTE ORANGE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

AUTOMOVEL ONIX PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **4445 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **A VITIMA SO VIU O FINAL DA PLACA DO VEICULO 4445**

16/03/2020 10:17



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONAS CORDEIRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS CORDEIRO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYU4J30** (PERNAMBUCO/RECIFE)

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE, ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA NA VIA PUBLICA PE 001. QUE, ESTAVA A CAMINHO DA CASA DE SUA SOGRA. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO SAIU DE UMA RUA NA LATERAL ESQUERDA. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO PEGOU O MESMO SENTIDO DA VIA QUE ELE ESTAVA. QUE, O IMPUTADO COLOCOU SEU VEICULO NA FRENTE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA EM MOVIMENTO. QUE, O IMPUTADO NÃO DEU A PREFERÊNCIA AO VEICULO DA VÍTIMA. QUE, O IMPUTADO COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, DANIFICOU A LATERA ESQUERDA E A FRENTE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, A VÍTIMA CAIU NA VIA PUBLICA NO MOMENTO DA COLISÃO. QUE, A VÍTIMA SOFREU LESÃO NA PERNA ESQUERDA. QUE, A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO FEMO. QUE, A VÍTIMA DESCONHECE O IMPUTADO. QUE, A VÍTIMA SO VIU O FINAL DA NUMERAÇÃO DA PLACA DO IMPUTADO. QUE, O FINAL DA PLACA ERA 4445. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO NÃO PRESTOU SOCORRO. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI LEVADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES DE ALENCAR. QUE, FOI ATENDIDO PELO MÉDICO IGOR ALCELOS CRM PE 26.446.

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Jonas Cordeiro da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ JÚLIO SANTOS DE MELO** - Matrícula: **296929-7**
(Liberado em **16/03/2020** às **10:15**)

16/03/2020 10:17





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.431.324-42 4 - Nome completo da vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JONAS CORDEIRO DA SILVA 6 - CPF: 046.431.324-42
7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO 8 - Endereço: RUA DAS CARAMBOLAS 9 - Número: 362 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FORTE ORANGE 12 - Cidade: ITAMARACÁ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.900-000
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00013376 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS CORDEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000013376-7

Nr. da Autenticação 1AF12F857794423A





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000, Fone: (081) 0800.081.0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.8014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 202004103786848 Escritório: ITAMARACA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

NOME DO CLIENTE: JOSE CORDEIRO DA SILVA
R DAS CARAMBOLAS, N. 00162 - FORTE ORANGE ILHA DE ITAMARACA PE 53900-000
INSCRIÇÃO: 076.580.060.1171.000 GRUPO: 1 MATRÍCULA: 10378684.8 04/2020-8
OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10378684.8

RESUMO DA FATURA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDUOS	QUANTIDADE DE BOMBEIAS	INDUSTRIAL	PÚBLICO
CORTADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL		
SINCRONIZADO A19N222644	DATA LEIT. AUTOMÁTICA 23/03/2020	DATA LEIT. ATUAL 22/04/2020	VOLUME DE CONSUMO (M³)		
			MÉDIA HD /		

ÁGUA
LEIT. ANT.: 29
LEIT. ATUAL: 34
LEIT. FAT.: 34

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

CONSUMO: 0
HD N LOCAL
ANORMALIDADE DE LEITURA

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIAL/CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (M³)	ANÁLISES
03/2020	4/	ANÁLISES
02/2020	4/	ANÁLISES
01/2020	6/	ANÁLISES
12/2019	5/	ANÁLISES
11/2019	6/	ANÁLISES
10/2019	4/	ANÁLISES
MÉDIA	4/ 0	ANÁLISES

PARÂMETROS

EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDIDADE	44	44
COR APARENTE	44	44
CLORO RESIDUAL	44	44
COLIFORMES TOTAIS	44	43
E. Coli	44	44

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 5/24		64,75
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,35
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2020		13,22

DESCRIÇÃO	VALOR R\$	DESCRIÇÃO	VALOR R\$
PIS	0,00	1,45	0,00
COFINS	0,00	7,60	0,00

VENCIMENTO: 05/05/2020 TOTAL A PAGAR: 80,32

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 3 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 330,83. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET Emitido em: 27/04/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 10378684.8 04/2020-8

VENCIMENTO: 05/05/2020

TOTAL A PAGAR: 80,32

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82800000000-1 80320018076-8 10378684801-5 04202080003-2



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





CNPJ 09.769.033/0001-09
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-290

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 103668667		Jan/2020	
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS					
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170					
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667					
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE CONTAZAS (COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICA) 1		
HIDRÔMETRO A17S224252	DATA LEIT. ANTERIOR 30/12/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/01/2020	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL		
AGUA: LEIT. ANT: 4 CONSUMO: 1 LEIT. ATU: 5 LEIT. FAT: 5					
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERENCIA CONSUMO		PARAMETROS			
12/2019 01		NÚMERO DE AMOSTRAS			
11/2019 01		EXIG. PORT. MS 2.914/11			
10/2019 01		ANÁLISES REALIZ.			
09/2019 01		ATENDEM A LEGIS			
08/2019 01		TURBIDEZ			
07/2019 01		COR APARENTE			
MEDIA: 01		CLORO RESIDUAL			
		COLIF. TOTAIS			
		E. COLI			
Qualidade de Água: www.compesa.com.br					
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO 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 (R\$)		
ÁGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE ÁGUA		1 M3	44,08		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE ÁGUA		0 M3	64,84		
Multa P/IMPONTUALIDADE 12/2019			2,57		
Tributos		Base de Cálculo	Percentual (%)	Valor do Imposto	
IPVA		108,92	1,65	1,80	
		108,92	7,60	8,28	

VENCIMENTO: 15/02/2020 TOTAL A PAGAR: 111,49

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 112,07. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JONAS CORDEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.431.324-42, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima JONAS CORDEIRO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.431.324-42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Assinado e datado em 03 de Junho de 2020.
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/02/2020 16:17



Nome Paciente:

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Senha:

Convênio:

Atendimento:

SAME:

ATENDIMENTO: 518578

REGISTRO: 134572

PACIENTE.....: JONAS CORDEIRO DA SILVA

NASCIMENTO...: 01/12/1983

IDADE: 36

SEXO: MASCULINO

MÃE.....: MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO

ENDEREÇO.....: PE 01 NORTE ORANGE, NÚMERO: 12

BAIRRO.....: BAIXA VERDE

CIDADE.....: ILHA DE ITAMARACA

: 23/02/2020 16:20 - 23/02/2020 16:25

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE ITAPISSUMA VITIMA DE ACIDENTE COLISÃO MOTO CARRO, NEGA VOMITO, DESMAIO, ESTAVA COM CAPECETE. GLASWGOL 15. REFERE FORTE DORES EM FEMUR E.

Observação:

NEGA HAS E DM

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM

- GLICOSE: 105.00 MG/DL

- P.A. SISTOLICA: 148.00 MMHG

- P.A. DISTOLICA: 86.00 MMHG

- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO
16/02/2020

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Kenia Maylla

COREN PE 206.714-30

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/02/2020 16:25

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 518578

Data e Hora: 23/02/2020 16:31

Senha da Classificação:

0014

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/12/1983

Idade: 36 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO

Nome do Pai: JOSE CORDEIRO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: PE 01 NORTE ORANGE

12

Bairro: BAIXA VERDE

Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA

PE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 16:24

Queixa Principal

Paciente vítima de queda, dor, lesão no tornozelo - com há, aprox 4 horas - condutor da moto. Refere uso de capote. Uga ingesta alcoólica. Moto em 40 km/h no momento do acidente. Uga desmaiado, contuso, limitos.

Exame Físico

A - Ugs áreas xifras; em uso de calce cervical e prancha.

B - MV + MMV NKA. 302 x 98 x 1. AA

C - Pulses cheios e rítmicos. RR 20 x 12. FC 104 bpm. TA: 114 x 96 mm Hg

D - ECO - AS; poplitos nototomográficos

E - 20 intencas em ME; com edema de 20x20 cm. Sem fr exposta.

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

Fr ME!

Prescrição Médica

1) Analgésico de 1º e 2º grau + Re de ME

2) An. da ataxia

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JONAS CORDEIRO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	134572
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898003908046051	01/12/1983	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO			12 - Telefone de Contato	8198962624
13 - Nome Responsável	MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	PE 01 NORTE ORANGE, 12 - BAIXA VERDE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ILHA DE ITAMARACA	260760	PE	53900000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO HA 4H, APRESENTANDO DOR INTENSA + DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA.
HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS, NENHUMA DOENÇA CRÔNICA, NENHUMA DOENÇA AGUDA, NENHUMA DOENÇA AGUDA, NENHUMA DOENÇA AGUDA.

21 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

24 - CID 10 Principal
S723

25 - CID 10 Secundário
V239

26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

28 - Código do Procedimento
0408050519

29 - Especialidade
CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento
2

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
204324440460006

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

34 - Data da Solicitação
23/02/2020

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
13925

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajetos

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

42 - CNPJ Empresa

43 - CNAE Empresa

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
262010246510-1

48 - Documento
() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
Auto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20871 TERT: 15886

Código do Laudo: 618593



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 83102	Sala : 0002	SALA 02
Paciente : 134572	JONAS CORDEIRO DA SILVA	Atendimento : 518593
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO	Carteira :
Leito : 340	VERMELHO - EXTRA 009	Idade : 36 Anos
Dt. Inicio : 23/02/2020 23:55	Dt. Fim : 24/02/2020 00:00	
Cid Pré-Operatório : S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	
Cid Pós-Operatório : S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	

Procedimento: 0408050098 INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIAO 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

TIPO DE INTERVENÇÃO: INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TÍBIA ESQUERDA

OPERADOR: DR. JEFFERSON CALUME
1º AUXILIAR: DR. LUIZ ROGÉRIO GOMES

ANESTESIA: SEDAÇÃO
ANESTESISTA: DR. FELIPE

DESCRIÇÃO

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
 02. REALIZADO ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 03. REALIZADO PASSAGEM DE FIO DE KIRSCHNER Nº4.0 EM TÍBIA ESQUERDA. INSTALADO APARELHO DA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA
- CURATIVO
.. VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Dados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05/03/2020
CLAUDEVANI SOUSA
ANESTESISTA

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 27/02/2020
Hora.: 11:31

Aviso de Cirurgia : 63148 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA Atendimento : 518593
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 58 ORTL-508-LEITO 002 Idade : 36 Anos
Dt. Início : 27/02/2020 09:20 Dt. Fim : 27/02/2020 11:10
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica
CIRURGIAO 17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA
ANESTESISTA 10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO
CIRURGIA: HASTE BLOQUEADA DE FEMUR ESQ. RETROGRADA
CIRURGIÃO: DR. RODRIGO AMORIM
1º AUXÍLIO: DR. IAN
ANESTESISTA: DRA. SYLVIA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ACESSO INFRA PATELAR COM DIVULSAO PRO PLANOS
5. PASSAGEM DE FIO K 2,5 COM FRESAGEM INICIAL DO CANAL FEMORAL
6. PASSAGEM DO FIO GUIA
7. FRESAGEM DO CANAL COM FRESA 9, 10, 11.
8. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 11X38
9. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS
10. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS DE ANTERIOR PARA POSTERIOR
11. LAVAGEM DA FERIDA OPERATÓRIA
12. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS
13. CURATIVO
14. BOA PERFUSÃO DISTAL

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

PATUBADO
05/03/2020
CLAUDEVAN SOUSA
PATUBISTA

DR(A) : RODRIGO DE AMORIM SILVA
CRM : 17439

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JONAS CORDEIRO DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 36 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 23/02/2020

DATA NASC.: 01/12/83

REG: 134572

DATA DA ALTA: 28/2/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSINTESE COM HASTE RETROGRADA DE FEMUR ESQUERDO

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO) SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- CARGA PRECOCE CONFORME DOR E MOBILIDADE PRECOCE COM MIE;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Igor Alcedor
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28.446

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **518593**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JONAS CORDEIRO DA SILVA			Prontuário:	134572
Idade:	36a 2m 27d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	01/12/1983
R.G.:	5981054	C.P.F.:	04643132442	Telefone:	CEP 53900000
Endereço:	PE 01 NORTE ORANGE, 12 - BAIXA VERDE			- ILHA DE ITAMARACA - PE	
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	23/02/2020 19:34
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL
Unidade Internação:	5 AND - ORTOPEDIA I			Acomodação:	ENFERMARIA 4 LEITOS
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Leito:	ORTL-508-LEITO 002

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	05/03/2020
Endereço:	- Número:	CLAUDEIAN SOUSA	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	PLANTONISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	28/02/20	Hora da Alta:	
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☐ Evasão	
Condições de Alta:	Boas condições clínicas		
Diagnóstico Principal.....:	Fx Refr. novo P. em (C)		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
Prescrição.....:	Acute Refractive Error (C)		
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 518593

Dt Atendimento: 23/02/2020 - 19:34

Dt Alta: 28/02/2020 - 16:53

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 58 ORTL-508-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JONAS CORDEIRO DA SILVA

NOME SOCIAL:

SETOR:

ENFERMARIA:

DATA DE NASC.: 01/12/1983

REGISTRO: 134572

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
23/02/2020 19:36	ADMISSÃO
	QPD/HDA: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 4H, APRESENTANDO DOR INTENSA + DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA. NEGA TCE, NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NDN
	MEDICAÇÕES DE USO: NDN
	EXAME FÍSICO: EGR, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. MIE COM DEFORMIDADE EM FLEXO EM COXA ESQUERDA, DOLOROSA À MANIPULAÇÃO, COM, NVC PRESERVADO.
	EXAMES DE IMAGEM: RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO
	CONDUTA: ORIENTADO POR DR. LUIZ CARVALHO: INTERNAMENTO AO BLOCO SEM BANHO DIETA ZERO
23/02/2020 20:15	# 501# NOTA OPERATÓRIA Paciente submetido a procedimento cirúrgico com osteossintese. CO: A SR.
24/02/2020	# 512# 501# Po (24/02/2020) Tensão tendão # 1 (C) Paciente estável, sem queixas FO 2 pa e nota CD: A enfermagem bom exame lab
	Dr. Karo M. de C. Pereira Ortopedia e Traumatologia 24/02/2020



25/02/2020

08:20h

SOT

HB: Fratura diafisária de fêmur e
PO: tração transilial em MIE

Paciente uterol, ser gueros.

EGB, afébril, consciente, orientado, eupneico.

cd: Agradeço novo procedimento cirúrgico.

CH-PE 23590

25/02/2020

8:40a

#507*

HD: Armarma

PO: Amsesma

Paciente estável, sem novos queixas

EGD, LOLE, afelbil, eupnico. Boa perfusão distal

CD: - Aguardo protecl. energético

- Solicito exames laboratoriais

João Marcelo Xavier
Médico
CRM-17.725

27/02/2020

17:00h

#50T#

Hd, PD (27/01/20) RFF/ *[Signature]* *[Signature]*

retrograde in form (E)

Scritta sulenter a proachuk
cumpu cum dento, se
interdusse

✓ D. Sa.

L. Buntorf for
sumo 2059

28/02/20

0957

~~1507~~

- Ponto final, o resto do negócio
fora daqui. Foi seu ato de

Amulipira
- Onat 40

- Onatc 40

- *Antibacterio profilaxis*

Dr. Igor Alcenoi
Group 1 Traumatology
Case PE 26.46





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 014961247053

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1021605112	*****	2019

NOME
JONAS CORDEIRO DA SILVA
RECIFE-PE

CPF/CNPJ	PLACA
046.431.324-42	OYU4J30

PLACA ANT/UF	CHASSI
OYU4930/PE	9C2ND1110FR002802

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PA3 MOTOCICLETA	ALCO/GA3OL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/XRE 300	2014	2015

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/291CL	PARTIC	BRANCA

COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	03/03/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL	DATA
RECIFE-PE	26/02/20

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156341/20
Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA
CPF: 046.431.324-42
CPF de: Próprio
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A
Data do acidente: 23/02/2020
Titular do CPF: JONAS CORDEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA : 046.431.324-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200201164 **Cidade:** Ilha de Itamaracá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA/OSTEOSSÍNTESE: HASTE E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG 4-5-6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JONAS CORDEIRO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUX. PRODUÇÃO
Identidade: 5.981.054-SDS/PE CPF: 046.431.324-42
Endereço: RUA DAS CARABOLAS, n° 162, FORTE ORANGE,
ILHA DE ITAMARAIA - PE, CEP=53.600-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 23/02/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU E LIMA-PE, 01/06/2020
Local e data

Jonas Cordeiro da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156341/20
Vítima: JONAS CORDEIRO DA SILVA
CPF: 046.431.324-42
CPF de: Próprio
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A
Data do acidente: 23/02/2020
Titular do CPF: JONAS CORDEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA : 046.431.324-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

